

Uppföljning av SiS missbrukarvård

Från tvång till frihet

Jonas Larsson
Vera Segraeus

Från tvång till frihet

Uppföljning av SiS missbrukarvård

Jonas Larsson
Vera Segraeus

Författarpresentationer

Jonas Larsson är utbildad inom matematik, matematisk statistik, statistik och nationalekonomi. Larsson har arbetat som forskningsassistent på Statistiska institutionen i ett internationellt forskningsprojekt (BIOMED). Han har även varit forskningsassistent på SiS och är medförfattare till flera artiklar med inriktning mot missbruksfrågor. Larsson är för närvarande doktorand i statistik vid Stockholms universitet med forskningsanslag från SiS. Hans forskning omfattar modeller inom överlevnadsanalys och longitudinella modeller med kategoriska data.

Vera Segraeus är forskningsledare vid SiS FoU. Hon är också adjungerad professor på Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet samt gästprofessor på Växjö universitet. Segraeus har disputerat i sociologi vid Uppsala universitet på en avhandling med titeln *Institutionell narkomanvård, organisation och innehåll* med inriktning på metodproblem vid utvärdering av social behandling för missbrukare. Hon har varit forskarassistent i socialt arbete vid Stockholms universitet och rekryterades till SiS vid SiS grundande år 1993.

Förord

I rapporten redovisas den första större uppföljning som SiS genomfört som en del av den kontinuerliga dokumentationen SiS-DOK. Uppföljningen omfattar 7 av 14 LVM-institutioner. Såväl tvångsvårdade som frivilligt vårdade klienter ingår i materialet. Grundtanken har varit att institutionerna med stöd från SiS FoU skulle analysera sina data och skriva en rapport om sin egen institution. Hittills har två institutioner gjort det, Hornö LVM-hem och Behandlingshemmet Rällsögården. Materialet består av klienter som skrivits ut under tiden 1999-08-01–2000-07-31. De har intervjuats 6 månader efter utskrivning. Utöver DOK:s uppföljningsintervju valde flera institutioner att formulera egna frågor för att belysa särskilda insatser i sin egen verksamhet. Datainsamlingen har gjorts av personer verksamma på institutionerna, men som inte haft behandlingskontakt med de klienter som ingår i uppföljningen. "Uppföljarna" träffades regelbundet och fick stöd och handledning på SiS FoU.

En projektledningsgrupp bildades under ledning av dåvarande FoU-chefen Vera Segraeus. I gruppen ingick statistisk kompetens från Stockholms universitet genom Ingegerd Jansson, Jonas Larsson och Patrik Rosengren. Noriko Kurube från institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet fungerade som handledare. Kristin Bjurner vid SiS FoU var den sammanhållande länken. Hon deltog även i utvecklandet av olika index tillsammans med Jonas Larsson och Vera Segraeus. Dataanalyserna har genomförts av Jonas Larsson som också är huvudförfattare till rapporten. Intervjuer har genomförts av Kjell Ågren och Unni Lenes (Frösö behandlingshem), Gert Melander, Vera Wallberg (Gudhemsgården), Calle Hahl, Gunnar Hansevi (Hessleby behandlingshem), Lena Falk (Hornö LVM-hem), Eva Thalén, Mai-Louise Björk (LVM-hemmet Lunden), Uno Holmström, Maj Britt Eriksson (Renforsens behandlingshem) och Christina Pettersson (Behandlingshemmet Rällsögården).

Det har varit ett svårt och tidskrävande arbete, delvis beroende på att ingen av deltagarna har haft tid att ägna sig åt projektet på heltid. Förhoppningen är att erfarenheterna från datainsamlingen och analysarbetet skall vara till hjälp vid framtida uppföljningar. Särskilt gäller detta det omfattande arbetet med att konstruera olika index. Projektet har visat att det är svårt att följa upp klienter som en del av den reguljära verksamheten. Särskilt stöd och resurser krävs. Trots att endast 154 av 404 personer med lång inskrivningsintervju följts upp visar bortfallsanalysen att uppgifterna kan anses vara representativa för tre fjärdedelar. Förutom intervjuer finns även socialtjänst-

enkäter för 242 klienter (60%). Överensstämmelsen på många frågor är relativt hög, i flera fall över 80 procent, men för andra frågor betydligt lägre. Avvikelseorna beror ofta på att socialsekreteraren inte vet hur den tidigare klienten har det.

SiS vill tacka alla som medverkat i projektet och möjliggjort detta arbete, inte minst klienterna som ställt upp och låtit sig intervjuas.



Sture Korpi
Generaldirektör

Innehållsförteckning

Förord	3
1 Inledning	7
1.1 Rapportens disposition	7
1.2 Dokumentationssystemet, SiS-DOK	8
1.3 Uppföljningsstudier	10
2 Longitudinell studie	14
2.1 Syfte och frågeställningar	14
2.2 Deltagande enheter	14
2.3 Studiens uppläggning och genomförande	15
2.4 Lagrum	18
2.5 Formulär	19
2.6 Sammanfattningsmått	24
3 Bortfall	27
3.1 Strukturellt bortfall och bortfallsgrupper	27
3.2 Studie av strukturellt bortfall	30
3.3 Uppföljningsgruppen och bortfallsgrupper	35
3.4 Representativitet	45
4 Missbruksmönster i uppföljningsgruppen	47
4.1 Missbruksmönster	47
4.2 Klassificering av missbruksmönster	49
5 Mönstergrupper och utfall	54
5.1 Uppföljningsgruppen och mönstergrupperna	54
5.2 Resultat från uppföljningsstudien	63
5.3 Utfall i mönstergrupper	70
6 Socialtjänstens uppgifter	74
6.1 Socialtjänstens och klientens uppgifter	74
6.2 Resultat från socialtjänstenkäten	77
6.3 Socialtjänstens bedömning av LVM-vården	80
7 Sammanfattning och slutsatser	82

Referenser	88	
Appendix A	Manual för uppföljning	89
Appendix B	Inskrivningsdata för klienter med långt respektive kort inskrivningsformulär	92
Appendix C	Sammanfattningsmått	100
Appendix C.1	Sammanfattningsmått för inskrivningsformulär	100
Appendix C.2	Sammanfattningsmått för utskrivningsformulär	119
Appendix C.3	Sammanfattningsmått för uppföljningsformulär	122
Appendix D	Antal observationer för tabell 10 och 17	131

I Inledning

En fråga som diskuteras mycket idag är LVM-vårdens kvalitet och resultat. Man kan tala om vårdkvalitet på olika nivåer. God omvårdnad är till exempel basalt. Hur klienten själv upplever vistelsen på institution är ett mått, men kvalitet kan också vara hur vården uppfattas av beställaren, socialtjänsten. Målsättningen att motivera till fortsatt frivillig vård kan också ses som ett kriterium på lyckat vårdresultat utifrån LVM-vårdens målsättningar. I det långsiktiga perspektivet är dock tanken att vårdinsatserna skall leda till livsstilsförändringar. För LVM-vården är det väsentligt att följa upp om så sker.

Det övergripande syftet med denna studie är att i större skala testa en modell för uppföljning av klienter 6 månader efter avslutad vård. Det handlar om att introducera en modell för kontinuerlig uppföljning inom Statens institutionsstyrelse (SiS), där institutionerna själva står för uppföljningen. Modellen får ses som ett led i ett kvalitetsutvecklingsarbete.

I.1 Rapportens disposition

I det inledande kapitlet beskrivs SiS dokumentationssystem DOK som omfattar intervjuer med klienter vid inskrivning, utskrivning och uppföljning. Därefter presenteras resultat från några undersökningar av förändrat drogintag och livsstil som genomförts inom SiS LVM-vård under 1990-talet. De studier som refereras har till största delen genomförts av personer anställda inom SiS, men ett försök till kontrollerad studie som genomförts av utanförstående forskare redovisas också avslutningsvis. De refererade studierna utgör på ett naturligt sätt en bakgrund till denna studie som skall ses som ett led i LVM-vårdens ambition att kvalitetsgranska sin verksamhet.

I kapitel 2 beskrivs studiens syfte och frågeställningar samt undersökningens uppläggning och genomförande. Formulärens områdesindelning med olika frågor presenteras mer ingående. Kapitel 3 ägnas helt åt bortfallsanalys. Här talas först om strukturellt bortfall, som består av de klienter från urvalet som inte uppfyller kriteriet på att delta, d v s har genomfört en lång inskrivningsintervju. Därefter analyseras bortfallet bland de klienter som uppfyller kriteriet, men som av olika anledningar inte följts upp. Möjligheterna är goda att se ifall det finns några skillnader mellan de uppföljda och olika bortfallsgrupper eftersom lång inskrivningsintervju finns för 2/3 av de 600 personer som ingår i urvalet och därutöver kort inskrivningsintervju för hälften av de resterande.

Resterande kapitel rör resultatpresentationen. I kapitel 4 presenteras en modell för analys av data från uppföljningsintervjun baserad på missbruks-

mönster. Den resulterade i tre grupper med varierande mönster, *de avhållsamma* (M1), *de moderata* (M2) och *de med tungt missbruk* (M3). I första delen av kapitel 5 granskas de tre grupperna för att finna eventuella skillnader vad gäller livssituationen vid inskrivning och vårdhändelser under inskrivningstiden. Det innebär att vi utgår från utfallet vad gäller missbruk och söker finna eventuella samband med bakgrundsdata och information från vården. I andra delen av kapitlet studeras utfallet på andra livsområden fördelat på de tre grupperna med olika missbruksmönster, för att finna om det finns något samband. I kapitel 6 presenteras resultatet från en enkät riktad till socialtjänsten. Den är främst ägnad att ge kompletterande information för de klienter som av olika anledningar inte intervjuats, men omfattar även 3/4 av de intervjuade, vilket möjliggör jämförelser på vissa frågor mellan klienternas och socialtjänstens svar. Rapporten avslutas i kapitel 7 med sammanfattning och slutsatser utifrån de i kapitel 2 presenterade frågeställningarna.

Det finns en omfattande bilagedel till denna rapport. Framförallt har konstruktioner av sammanfattningsmått (appendix C) för inskrivningsformulär, utskrivningsformulär och uppföljningsformulär fått stort utrymme. Det beror på att vi anser att det är viktigt att i detalj kunna följa hur de olika måtten är konstruerade för att kunna bedöma resultaten samtidigt som vi inte velat tynga rapporten med denna komplexa information.

1.2 Dokumentationssystemet, SiS-DOK

SiS har i samarbete med Institutet för Kunskaps- och Metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården, IKM, byggt upp ett dokumentationssystem (Jenner & Segraeus, 1996). DOK-systemet är unikt inom svensk behandlingsforskning. Det möjliggör en kontinuerlig dokumentation av personer vid vårdtidens början och slut och ger på så sätt underlag för en kvalitetssäkring av vården. Det skapar också underlag för uppföljning av vårdresultat på längre sikt och studier av olika grupper av personer med olika vårdbehov. Systemet används lokalt som ett underlag för självutvärdering och verksamhetsutveckling och nationellt för årliga sammanställningar av epidemiologisk information om SiS klienter och som ett underlag för utvärdering av SiS LVM-vård.

DOK-systemet gör det möjligt för institutionerna att ta ut sin egen statistik samt textsammanställningar av intervjuer, som en grund för behandlingsplanering tillsammans med klienten. Härigenom upplevs systemet som mer användbart. Ändå är det svårt att nå 100-procentig täckning. Flera typer av bortfall förekommer. Det finns ett bortfall bestående av individer som aldrig dokumenterats. Jämfört med antalet registrerade i SiS placeringsregister saknar vi årligen information om 5–10 procent. Ungefär 2/3 av klienterna har intervjuats vid inskrivningen. För de klienter som inte intervjuats har en grundläggande klientdokumentation gjorts. Bortfallsanalyser hjälper oss

att se ifall de intervjuade klienterna markant skiljer sig från de icke-intervjuade. Klientbeskrivningar har publicerats årligen i SiS rapportserie *SiS följer upp och utvecklar* men från och med årsdata 2002 i serien *Allmän SiS-rapport*.

Det finns olika förebilder för DOK-systemet. Under arbetets gång har vi tagit intryck av såväl utländska som svenska idéer och erfarenheter av dokumentations- och utvärderingssystem. En viktig inspirationskälla har varit EBIS-systemet vid Institut für Therapieforschung, IFT, i München, som började utvecklas i slutet av 1970-talet (Simon et al, 1992). Institutet samlar in data från behandlingsfältet, bearbetar dessa och ger tillbaka resultaten till fältet. Liknande system finns på flera håll i Europa, exempelvis i Nederländerna, Storbritannien och Schweiz. Inom ramen för EU pågår ett försök att få till stånd en basdokumentation i samtliga EU-länder, s k Treatment Demand Indicators (TDI), som skall mäta drogutvecklingen i olika länder. I DOK-systemet ingår de efterfrågade variablerna i en särskild modul.

Vi har också tagit del av en modell som utvecklats i Minnesota, USA (Harrison, 1993). Modellen, som har byggts upp i samarbete med McLellan-gruppen i Philadelphia består av tre delar; 1) en totalundersökning där grunddata samlas in om alla klienter vid samtliga enheter 2) en urvalsstudie där varje klient kartläggs noggrant bland annat med hjälp av ASI (Addiction Severity Index) 3) uppföljning görs på klienter i urvalsundersökningen 6 månader efter utskrivning.

Ett av syftena med DOK-systemet är att på ett liknande sätt kombinera kraven på dokumentation och utvärdering. På samma sätt som i det amerikanska Minnesotasystemet menar vi att det behövs mer ingående information om den grupp som skall följas upp. Av dessa skäl finns en långversion av DOK som bygger helt på intervju. Den innehåller alla ASI-områdena, men är förenklad på vissa punkter och alla ASI-frågorna ingår inte. Å andra sidan tillkommer frågor om barndom och uppväxt. Dessutom finns ett särskilt utskrivningsformulär där vårdhändelser och vårdinsatser dokumenteras samt planering av fortsatt vård och myndighetskontakter efter utskrivning. Här skiljer sig DOK-systemet från ASI. DOK uppföljningsformulär finns endast i långversion och innehåller, förutom de frågor som upprepas från inskrivningsformuläret, ett antal frågor om myndigheter och vårdkontakter under uppföljningstiden samt en tillbakablick på vårdtiden.

Detta är ett försök att i större skala testa denna modell för uppföljning. Sju institutioner ingår, dvs halva LVM-vården. Nästan alla de deltagande institutionerna tar enbart emot män, vilket gör att det i stort sett bara är en uppföljning av män inom LVM-vården. Vår förhoppning är att en uppföljning av kvinnor inom LVM-vården följer. Uppföljningsdelen i DOK-systemet har hittills provats på två institutioner, Behandlingshemmet Älvgården och LVM-hemmet Lunden (Gerdner, 2000). Resultaten från den studien refereras nedan.

1.3 Uppföljningsstudier

Arne Gerdner har gjort en sammanställning av utfallsstudier från LVM-vård (Gerdner, 2004). Studien omfattar 32 uppföljningsstudier. Uppföljningstiden varierar mellan 6 månader och 2,5 år med ett genomsnitt på 12 månader. Utfallsmåtten är förbättring vad gäller missbruk, total nykterhet/drogfrihet och överlevnad. Förbättringsmåttet är förknippat med vissa problem genom att olika studier använder olika kriterier på förbättring. Genomsnittlig andel förbättrade i översikten var 30 procent. Det har skett en positiv utveckling av andelen förbättrade under de år LVM-vården funnits (från 1982). Perioden 1995–2000, det vill säga under SiS tid som huvudman för LVM-vården, är andelen förbättrade 38 procent. Andelen som uppfyller det strängare kravet på drogfrihet ligger på 9 procent i genomsnitt, men på 14 procent under SiS-tiden. Det årliga dödstalet är omkring 9 procent och denna siffra har inte förändrats påtagligt.

Arne Gerdners avhandling *Compulsory Treatment for Alcohol Use Disorders* (Gerdner, 1998) behandlar metodologiska frågor, dvs om vi kan lita på självrapporterade data från tvångsvårdade alkoholister och hur vi kan förbättra representativiteten i våra data. Dessutom studeras behandlingsutfall i tre olika tidsperspektiv. Vilken effekt har införandet av ett strukturerat motivationsprogram på en låst avdelning? Har tvångsvårdade sämre prognos än frivilligt vårdade om man tar hänsyn till gruppernas bakgrundsfaktorer? Vilken betydelse har behandlingsutfallet 10 månader efter utskrivning för överlevnaden? Dessa frågor studeras utifrån Runnagården i Örebro som tillämpade 12-stegsorienterad behandling inom ramen för tvångsvård vid tiden för datainsamlingen. Här presenteras resultat från uppföljningen av Runnagårdens klienter.

121 patienter/klienter följdes upp 10 månader efter ett fullföljt AA-orienterat femveckorsprogram. Av dem var 26 tvångsvårdade och resten frivilliga (Gerdner, 1998). Resultaten visar att 13 procent varit helnyktra och ytterligare 42 procent hade förbättrats, vilket motsvarade i regel 1–2 återfall. Frivilliga hade förbättrats i högre utsträckning än de tvångsomhändertagna.

Arne Gerdner har också deltagit i en studie av Rällsögården (Möller m fl, 1998). Studien består av två delprojekt, dels en registerstudie över klientprofilens utveckling vid Rällsögården under 10 år, dels en enkätstudie angående behandlingsresultat för en mindre grupp. Uppföljningsstudien omfattar samtliga 135 personer inskrivna på Rällsögården åren 1991–92. Sammanlagt frånräknades 46 personer, till vilka enkät inte skickades av olika skäl. 17 hade avlidit och 21 återgått i behandling. Av de kvarvarande 89 klienterna svarade 30. För att kompensera för det stora bortfallet skickades en enkät även till socialsekreteraren. Sammanlagt finns minst ett enkätsvar för 75 klienter. Uppföljningen två år efter utskrivning visade att 29 procent var förbättrade i alla missbrukshänseenden. Även här fanns klara skillnader i utfall vad gäller drickande mellan dem som deltagit i AA-aktiviteter efter behand-

lingen och dem som inte gjort det. Ännu 2 år efter behandlingen kan resultatet ses som gott. Samtidigt får svaren tolkas med försiktighet eftersom en stor del av de ursprungliga 135 klienterna inte ingår.

Arne Gerdner har även genomfört en pilotstudie på Lunden och Älvgården 1997 med uppföljningsintervjuer inom ramen för DOK-systemet. Projektets huvudsyfte var att pröva en modell som kunde ligga till grund för kommande uppföljningar. Ett annat syfte formulerades efterhand, nämligen att ge underlag för diskussionen om behandlingens kvalitet genom att studera vården dels ur ett klientperspektiv, dels ur placerande socialsekreterares perspektiv. Resultaten finns redovisade i *Utfall och kvalitet inom LVM-vården* (Gerdner, 2000). Älvgården är en institution för enbart män och Lunden en institution för enbart kvinnor. Kvinnorna på Lunden har betydligt längre vårdtider än männen på Älvgården. Andelen tvångsomhändertagna var också högre på Lunden, många var gravida eller hade barn. Majoriteten av Älvgårdens män var omedelbart omhändertagna (LVM § 13). Vi kan alltså konstatera att det finns betydande skillnader vad gäller både klientkaraktäristika och behandlingssituation, vilket försvårar direkta jämförelser.

Från de två institutionerna följdes ett konsekutivt urval av 30 klienter som skrevs ut före december 1996. För Lunden är det en totalundersökning av klienter utskrivna ända sedan DOK-systemet introducerades i augusti 1995. Uppföljningstiden är därför längre på flera klienter från Lunden. För den större institutionen, Älvgården, kan urvalsgruppens representativitet jämföras med samtliga inskrivna klienter under 1996, 97 personer. Det fanns inga direkta skillnader mellan Älvgårdens urval och årskohort 1996 när det gäller bakgrundsdata, men urvalsgruppen hade vistats något kortare tid såväl på Älvgården som på dess låsta avdelning. Totalt finns intervju eller ifyllt enkät för 90 procent av klienterna. Förutsatt att båda dataslagen kan användas har studien god täckningsgrad. Viss osäkerhet finns dock eftersom svaren bygger på olika typer av data. I 17 fall finns både klientintervju och socialtjänstenkät. Vid Älvgården hade två klienter avlidit, en hade emigrerat och en avböjde intervju. Vid Lunden hade en klient avlidit och en hade inte kunnat lokaliseras. Det förefaller som om den absoluta bortfallsgruppen skiljer sig relativt lite från svarsgruppen. Uppföljningen visar att sammanlagt 23 av 59 klienter (39%) förbättrats varav 14 klienter (24%) bedömts vara helt nyktra och drogfria. Som förbättring räknas en minskning i kvantitet och frekvens av drogtag för samtliga drogotyper jämfört med tiden före vård eller högst två återfall varav inget varat i tre veckor. De faktorer som vid båda institutionerna var starkast relaterade till förbättring av missbruket var deltagande i eftervård. De flesta av de intervjuade anser att de fått stöd och hjälp för sitt missbruk, hälften att de fått hjälp med familjerelationer och psykiska problem men endast var tredje att de fått hjälp med fysisk hälsa, fritid och ekonomi. Det kan skönjas ett samband mellan förbättring och problemspecifik hjälp på de flesta områden.

Björn Sallméns avhandling *Compulsory Treatment of Alcoholics – Psychiatric Comorbidity, Psychological Characteristics, Coercive Experiences and Outcome* handlar om tvångsvård av alkoholister på Karlsvik LVM-hem under första delen av 1990-talet (Sallmén, 1999). Som framgår av titeln handlar det om diagnos av psykiatrisk problematik, psykologiska karaktäristika, erfarenhet och upplevelse av tvångsvård samt uppföljning av resultat efter avslutad behandling. Här presenteras resultat från en av artiklarna.

Artikeln är en 18 månaders uppföljning av ett urval klienter från 1990–93. Det är en intervjuuppföljning med test-retest metodologi som innehåller en strukturerad intervju om livskvalitet (Kajandi), psykiatriska screeninginventorier DTES (Psychiatric Self Evaluation Scale, Drug taking Evaluation Scale), processutvärderingsinstrument angående förändring i social, medicinsk och psykiatrisk status och ett psykologiskt-psykiatriskt testbatteri. Dessutom har information hämtats både från klienten och socialassistenten och via medicinska journaler. Resultaten visar att var fjärde klient hade dött fram till 18 månader efter vård. Dödligheten var inte relaterad till tyngden i missbruket eller behandlingsvillkoren (tvång eller frivillig). Förändringar i alkoholkonsumtion året efter utskrivning skiljde inte heller mellan tvångsinskrivna och de frivilligt vårdade. Trots den höga andelen psykiatriska störningar var dessa inte relaterade till utfall vad gäller att minska sitt drickande. Ett intressant undantag utgjorde klienter med så kallade kluster-B personlighetsstörningar. Dessa klienter lyckades sämst vad gäller drickande, de hade sämst social situation vid uppföljningen, men överlevde i högre grad än klienter utan denna störning. Den huvudsakliga förklaringsvariabeln till utfall var social stabilitet. Bland de klienter som saknade bostad eller partner var dödligheten 41 procent och antal dryckesdagar 110. Av klienter med bostad och strukturerad dagverksamhet och/eller partner dog ingen och medelantalet dryckesdagar var mindre än 60. Social stabilitet var inte relaterad till psykiatrisk komorbiditet.

När SiS tog över huvudmannskapet för LVM-vården 1994 förändrades klientpopulationen på Karlsvik. I ett urval från 1994–95 som följdes upp var klienterna mer socialt anpassade, bättre utbildade och togs i betydligt högre grad in akut enligt LVM § 13. 1990 togs ungefär 10 procent in akut enligt denna paragraf jämfört med 45 procent 1998. Idag är siffran betydligt högre.

I en studie av *Berglund och Kronberg* jämförs LVM-anmälda missbrukare i områden med högt respektive lågt antal LVM-ansökningar efter 24 respektive 48 månader. Sedan juli 1994 har de olika socialnämnderna själva ansvaret för att ansöka om tvångsvård, vilket har medfört stora regionala skillnader. Detta kan inte förklaras av olika sociala förhållanden eller olikheter i frekvensen anmälningar. Preliminära resultat från studien visar att inga skillnader i förlopp förelåg för missbrukare i distrikt med hög respektive låg frekvens av LVM-ansökningar. Detta trots att skillnaderna i andelen LVM-ansökningar i förhållande till LVM-anmälningar var mycket stora (56 respektive 13%).

Graden av tvångsindikation bedömdes på en 10-gradig skala. En tredjedel av samtliga hade värdet 9,5–10 på skalan. I denna grupp tillämpades också LVM-vård i mycket hög utsträckning i distrikt med hög andel LVM-ansökningar, 95 procent mot 19 procent i distriktet med låg andel LVM-ansökningar. I en analys av gruppen med hög tvångsindikation, där skillnaderna i tillämpandet av LVM-vård var mycket stora, fanns inga skillnader i förloppet. De med hög tvångsindikation som blivit missbruksfria efter LVM-vården uppvisade klara gemensamma karaktäristika. Sju av åtta hade fått intensiv behandling efter LVM-vården, ofta i form av ytterligare institutionsvistelse. Många hade fått behandling för psykisk sjukdom eller kunnat lämna sin destruktiva partner. I denna studie finns inga data om eftervården efter avslutad LVM-vård. I den allmänna diskussionen om hur LVM-vården skall göras mer effektiv poängteras att det viktigaste tycks vara att intentionerna under LVM-vården kan överföras i eftervården. En förklaring till att man inte kunnat dokumentera större effekter av LVM-vård än kontrollalternativen kan vara att en systematisk effektiv eftervård inte har genomförts.

En 5-årsuppföljning av klienter vid två LVM-hem som genomförts av *Bengt-Åke Armelius* forskargrupp i Umeå har rapporterat resultat från 1-årsuppföljningen (Larsson & Ollus, 1999). Undersökningen visade att av 28 klienter har 17 fått fortsatt behandling, 4 har slutat med sitt missbruk och 7 har fortsatt. Av samtliga 28 har 11 sysselsättning och 13 har egen lägenhet. De som klarat sig bäst efter behandling har planerat eftervård, har egen bostad, eller har kontakt med socialsekreterare.

2 Longitudinell studie

2.1 Syfte och frågeställningar

Det övergripande syftet med denna studie är att i större skala testa en modell för uppföljning av klienter 6 månader efter avslutad LVM-vård. Uppföljningen planerades och genomfördes med användande av två skilda datakällor, intervjuer med klienter och enkäter till placerande socialsekreterare. DOK-systemet är tänkt att användas av vårdenheterna som ett sätt att kontinuerligt följa upp resultaten av sin egen verksamhet. De deltagande institutionerna har själva genomfört uppföljningsintervjuerna. De frågor som vi ville få besvarade var:

1. Är det praktiskt genomförbart att göra efteruppföljningar genom att intervjua LVM-klienter inom ramen för institutionens arbete? Vad kräver det i tid och resurser?
2. Hur ser klienterna ut i uppföljningsgruppen i jämförelse med olika bortfallsgrupper?
3. Hur ser resultatet ut i olika utfallsgrupper vad gäller alkohol- och drogbruk?
4. Vilka förändringar har skett i social situation, relationer, fysisk och psykisk hälsa, kriminalitet, alkohol- och drogintag och deltagande i självhjälsgrupper från inskrivning till uppföljning i olika utfallsgrupper?
5. Hur bedömer socialtjänsten klienternas situation 6 månader efter avslutad LVM och hur väl överensstämmer deras bedömning med klienternas?

Rapporten är upplagd så att frågeställningarna besvaras i ovannämnd ordning. Innan resultatpresentationen beskrivs deltagande enheter, studiens uppläggning, lagrum, de formulär som använts och ges en allmän beskrivning av sammanfattningsmått.

2.2 Deltagande enheter

Sju LVM-institutioner deltog i uppföljningsstudien; Frösö, Gudhemsgården, Hessleby, Hornö, Lunden, Renforsen och Rällsögården. De har lite olika inriktningar i sin verksamhet, vilket framgår av tabell 1.

De flesta institutionerna har omkring 20 platser med undantag av Hessleby och Hornö som har 35 platser, och Lunden som har betydligt färre platser. Dessa 7 institutioner förfogar tillsammans över 177 platser, d v s ungefär hälften av alla LVM-platser. Alla har läsbara avdelningar. Tendensen är att antalet läsbara platser ökar. Det rör sig oftast om intagningsavdelningar men

Tabell 1. Deltagande institutioner och antal platser, typ av avdelning samt målgrupp

Enhet	Antal platser	Låsbar avdelning	Öppen avdelning	Målgrupp
Frösö	21	2	1	män
Renforsen	25	1	2	män/kvinnor
Rällsögården	24	1	2	män
Hornö	35	4	1	män
Gudhemsgården	25	3	3	män
Hessleby	35	1	2	män
Lunden	12	1	0	kvinnor

kan vara avgiftningsavdelning som på Frösö eller en särskild diagnos-/utredningsavdelning som på Hornö. Det finns även låsbara motivations-/behandlingsavdelningar, som på Lunden, som bara har en låst avdelning. Lunden vänder sig särskilt till gravida missbrukare. Alla utom Lunden (samt en avdelning på Renforsen) har manliga klienter, vilket betyder att det nästan bara är män i uppföljningsgruppen. Frösö, Gudhemsgården och Hessleby tar emot klienter med psykisk problematik och tungt missbruk, medan Rällsögården och Renforsen har klienter med något lättare problematik, och som oftare missbrukar alkohol men sällan har våldspenetrering. De institutioner som tar emot psykiskt störda klienter med våldstendenser, främst Gudhemsgården och Frösö, har många överflyttningar, dvs klienter som inte kunnat hanteras på andra ställen.

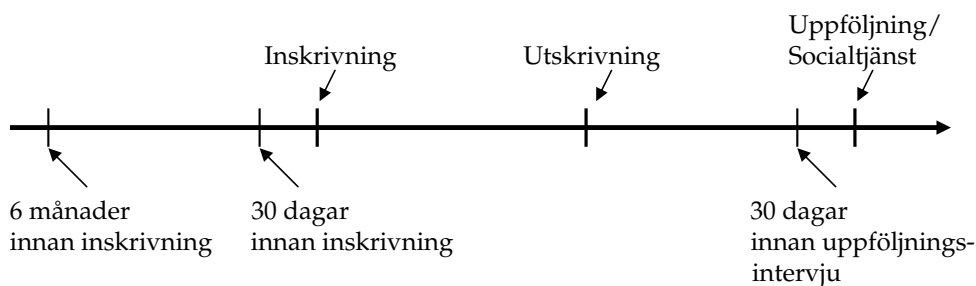
Utredningsarbetet skiljer sig mellan institutionerna. Rällsögården, Lunden och Hornö har en utvecklad modell för utredningsarbetet. Hornö och Lunden har en anställd psykolog i utredningsarbetet. Vad gäller motivations- och behandlingsarbete har Rällsögården ett särskilt program för kriminella missbrukare och Hessleby har byggt upp ett eget utslussningssystem i samarbete med socialtjänsten i Nässjö och Eksjö och en särskild utslussningsverksamhet med syfte att träna eget boende, och att jobba med sitt missbruk under dagtid. Utslussningsenheten består av 5 lägenheter 5 km från Hessleby.

2.3 Studiens uppläggning och genomförande

Utgångspunkten var att initiera ett uppföljnings- och utvecklingsarbete baserat på SiS-DOK. Det handlar om ett försök att introducera uppföljning som en del i institutionernas egen kvalitetsutveckling. Institutionerna uppmanades att formulera egna frågeställningar som de särskilt ville ha belysta. Tanken var också att varje institution skulle genomföra intervjuerna och skriva sin egen rapport baserad på de egna resultaten med stöd från SiS FoU.

Undersökningen har en före-efter design. Klienternas allmänna livssituation och missbruk beskrivs vid in- och utskrivning respektive vid uppföljningstillfället samt 6-månadersperioden före inskrivning och uppföljning. Detta ger två utfallsmått. Avsikten är att fånga situationen nu och under en längre tidsperiod. Valet av en 6 månaders uppföljningstid beror på att erfarenheten visar att de flesta återfallen sker i nära anknytning till utskrivning

från behandling och att det är svårt att mäta effekter av ett givet vårdtillfälle efter alltför lång tid.



Figur 1. Översikt av datainsamlingen

Erfarenheterna från Gerdners pilotprojekt visade att det var svårt att uppnå en acceptabel svarsfrekvens vid uppföljningsintervju av tvångsvårdade klienter. Därför beslöts att använda två datakällor, dels klienterna själva, dels placerande socialsekreterare. Det senare innebär för det första att vi har större möjlighet att få tag på några uppföljningsdata för dem som ingår i studien. För det andra får vi en möjlighet att studera validiteten i data genom jämförelser mellan klientens och socialsekreterarens svar på samma fråga.

Urvalet består av klienter som skrivits ut från de aktuella institutionerna under tiden 1999-08-01–2000-07-31 vare sig de skrivits in jml LVM eller SoL. Klienterna skall ha genomfört en lång inskrivnings- och utskrivningsintervju och förklarat sig villiga att delta i uppföljningen 6 månader efter avslutad LVM-vård. Kravet på lång utskrivningsintervju fick släppas eftersom det visade sig att antalet klienter med lång utskrivningsintervju var lägre än förväntat. Bortfallet är i vissa fall ganska stort och kommer att granskas närmare i kapitel 3.

En projektledningsgrupp bildades på SiS FoU. I gruppen ingick statistisk kompetens från Stockholms universitet. Handledningsresurs fanns från Institutionen för socialt arbete vid Stockholms universitet. Formulären presenterades, tilläggsfrågor diskuterades och tillvägagångssätt och resurser gick igenom. De deltagande institutionerna utsåg en person var som ansvarig för uppföljningen på den egna institutionen.

På Rällsögården ville man ha tilläggsfrågor angående olika frivilliga program som institutionen erbjuder klienterna, till exempel kriminalitetsprogrammet, nätverk och akupunktur. På Hornö var man speciellt intresserad av att ställa frågor om den psykologutredning som klienterna erbjuds. Även Gudhemsgården ville ställa frågor om sin psykologutredning. Man ville också specialstudera de klienter som flyttas mellan SiS institutioner, klienternas förväntningar och upplevelse av överflyttning. Frösö var särskilt intresserade av dem som flyttats till Frösö från andra institutioner inom SiS

och hur klienterna upplevt överflyttningen. Hesseby ville ställa frågor om utslussning, nätverksarbete och den öronakupunktur som erbjuds på institutionen. Vissa av dessa frågeställningar modifierades och kompletterades efterhand.

Det praktiska genomförandet av projektet finns utförligt beskrivet i Appendix A. Här skall bara kortfattat beskrivas hur planen växte fram i dialog med representanterna för enheterna. Man enades efter diskussion om att de 7 deltagande institutionerna skulle följa upp alla som det finns lång inskrivningsintervju på. Uppföljningen skulle ske 6 månader efter utskrivning, absolut senast 7 månader efter utskrivning accepterades. En allmän förutsättning var att klienterna under LVM-vistelsen tillfrågats om deltagande, vilket sker vid inskrivningsintervjun. (Om en klient inte tillfrågats skulle det ändå vara tillåtet att ta kontakt och fråga i efterhand.) När det gäller intervjuernas genomförande beslöts att man skulle försöka vara två intervjuare och att man i möjligaste mån skulle genomföra personliga intervjuer och endast i undantagsfall telefonintervjuer. En tanke som framkom tidigt var att man skulle hjälpa varandra genom att ta de intervjuer som gällde närområde till institutionen för att minska resandet. Exempelvis kunde Frösö (Jämtland) ta en intervju med en norrlandsklient som ingick i urvalet från Hesseby (Småland). Institutionerna fick ett bidrag om 1000 kr per genomförd intervju och 500 kr per socialtjänstenkät, summor som bara täckte en mindre del av kostnaderna för varje intervju och enkät.

De deltagande statistikerna begärde in listor över de klienter som tillhörde uppföljningsgruppen. Detta för att reda ut var de klienter som flyttat mellan institutionerna skulle intervjuas och som underlag för bortfallsanalys. Just detta arbete visade sig vara oerhört viktigt och har lagt grunden för de omfattande bortfallsanalyser som finns redovisade i denna rapport. Sedan träffades gruppen i stort sett en gång per månad under det år datainsamlingen pågick och en tid efteråt. Under den första tiden diskuterades formulär, intervjugenomförande, etik och förhållningssätt samt frågor om praktiskt genomförande.

Följande riktlinjer för intervjuarbetet fastställdes i samförstånd med institutionerna:

- Helst bör två intervjuare närvara vid intervjutillfället.
- Intervjuaren bör vara en person som inte haft en nära relation till klienten tidigare. Intervjupersonen skall i princip vara nykter eller inte påverkad av drog.
- Intervjuplats bör helst inte vara personens hem utan socialkontor, öppenvårdslokal, café etc.
- Man skall göra minst 5 försök att nå klienten.
- Intervjun skall genomföras inom 6 månader; 5½–6½ månader godtas och i undantagsfall 7 månader.

- Man skall alltid sträva efter en personlig intervju, endast i undantagsfall telefonintervju.
- Socialtjänsten kontaktas samtidigt som man söker klienten för intervju, för att minska bortfallet.
- Orsakerna till bortfall skall dokumenteras noga.
- Belöning för genomförd intervju ges ej, däremot är det lämpligt att bjuda på lunch eller kaffe som tack för medverkan. Varje institution gör sin egen bedömning.
- Man får inte föra vidare till institutionen vad klienten sagt utan medgivande av klienten.

De uppföljningsansvariga från varje institution uppmanades att dokumentera nedlagd tid på projektet; dels redovisa tiden för genomförda intervjuer inklusive förberedelsetid och dels förberedelsetiden för icke-genomförda intervjuer. Detta för att det skulle bli möjligt att göra en tids- och resurskattning för kommande uppföljningar.

Insamlade intervjuer sändes till SiS FoU och matades in centralt, all bortfallsinformation likaså. Institutionerna har vid projektets slut fått sina egna data för att skriva egna rapporter.

2.4 Lagrum

De flesta klienterna är tvångsintagna enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM (1988:870). Det vanligaste är att de kommer in akut enligt LVM § 13 (ca 70%). Socialnämnden eller polismyndigheter får besluta att en missbrukare omedelbart omhändertas om det är sannolikt att personen kan beredas vård enligt LVM § 4 och rättsens beslut inte kan avvaktas p g a att personen kan få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat om han inte får omedelbar vård. Ungefär 2/3 av de omedelbart omhändertagna döms till tvångsvård jml LVM § 4. Tvångsvård kan beslutas om någon på grund av fortgående missbruk är i behov av vård som inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen och han till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller löper risk att förstöra sitt liv eller kan befaras allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Tvångsvården får pågå i längst 6 månader men efter 3 månader skall den omprövas. Tiden på en SiS-institution är i allmänhet 2–3 månader, därefter skrivs personen ut enligt LVM § 27, vilket kan ses som en slags försöksutskrivning. Under tiden som personen är § 27-placerad på institution, i familjevård eller i hemmet med särskild öppenvårdsinsats finns en plats reserverad på LVM-hemmet ifall placeringen skulle misslyckas. De flesta är formellt inskrivna i 6 månader fastän tiden på LVM-institutionen är betydligt kortare.

De som skrivs in frivilligt enligt socialtjänstlagen har ofta valt en frivillig placering efter påtryckningar. Det är inte ovanligt att LVM används som ett hot. Det kan vara en förklaring till att de frivilligt vårdade i medeltal stannar

bara en månad på institutionen. De enbart omedelbart omhändertagna och de frivilligt vårdade har alltså ganska korta vårdtider. Av det skälet har vi valt att i kapitel 5 bara redovisa de klienter som vårdats enligt LVM § 4 när det gäller insatser under behandlingen.

2.5 Formulär

DOK-systemet består av inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsformulär. Dessutom finns ett så kallat avstämningsformulär som används vid LVM § 27-placering, vilket dock inte kommer att behandlas vidare i denna rapport. Tanken är att via inskrivningsformuläret få information om klientens livssituation vid inskrivningstillfället. Utskrivningsintervjun skall fånga upp genomförda insatser under behandlingstiden och planerade insatser samt vad som skett under behandlingstiden i form av bland annat missbruk, psykisk hälsa och vårdinsatser. Uppföljningsformuläret är utformat på så vis att det skall vara möjligt att göra jämförelser med tiden före behandling.

In- och utskrivningsformulären kan genomföras i två varianter, en där alla frågor i formuläret ställs (lång version) och en förkortad version (kort version) som omfattar ett antal utvalda frågor. Frågorna i kortformuläret skall också kunna besvaras av behandlingspersonalen med hjälp av journaluppgifter. Kortversionen innehåller den information som behövs för att ge nödvändig basdokumentation till SiS centralt samt underlag till TDI (Treatment Demand Indicators) och även den svenska nationella behandlingsstatistiken, de så kallade KIM-variablerna (Klient Inom Missbrukarvården) som Socialstyrelsen samlar in.

Inledningsvis får klienterna genomgå en inskrivningsintervju när de kommer till behandlingshemmet. Sedan genomförs en utskrivningsintervju innan klienterna lämnar LVM-vården. Sex månader efter behandlingstidens slut genomförs en uppföljningsstudie. Samtidigt som uppföljningsstudien genomförs har en enkät sänts ut till klientens socialtjänsthandläggare. De fyra frågeformulären beskrivs närmare nedan.

Strukturen i in- och utskrivningsformulären och socialtjänstenkäten är att frågor ställs inom ett antal livsområden rörande den allmänna livssituationen de senaste sex månaderna respektive de senaste 30 dagarna. I inskrivningsformuläret frågas även om klientens situation totalt i livet och i några fall om uppväxtmiljön (upp till 18 års ålder). Utskrivningsformuläret innehåller frågor avseende tiden i vård, situationen vid utskrivningstillfället och planering efter vårdtiden. I uppföljningsformuläret gäller frågorna bara den senaste 6-månadersperioden och de senaste 30 dagarna. Det görs inga distinktioner om tid i utskrivningsformuläret.

I tabell 2 ges en översikt över de delområden som behandlas i respektive formulär. Områdesindelningen i det enskilda formuläret kan skilja sig något mot indelningen som ges i tabellen. Två områden har ibland slagits samman

till ett men för att lyfta fram likheterna mellan formulären får de sortera under två olika rubriker i tabellen. Antalet frågor per område skiljer sig också mellan formulären. Så långt möjligt är frågekonstruktionen enhetlig mellan formulären för att möjliggöra jämförelser över tid.

Tabell 2. Översikt av områdesindelning för respektive formulär (X indikerar att området ingår i det aktuella formuläret)

	Inskrivnings- intervju	Utskrivnings- intervju	Uppföljnings- intervju	Socialtjänst- enkät
Information om kontakten	X	X	X	X
Levnadsform	X	X	X	X
Familj och umgänge	X		X	X
Uppväxtmiljö	X			
Utbildning och försörjning	X	X	X	X
Alkohol och narkotika	X	X	X	X
Behandlingshistoria/ vårdhändelser	X	X	X	X
Kontakter med frivilligorganisationer	X		X	X
Fysisk hälsa	X		X	X
Psykisk hälsa	X	X	X	X
Kriminalitet	X		X	X
Myndighets- och vårdkontakter	X	X	X	
Behov av hjälp/stöd	X	X		
Insatser		X	X	
Kommentarer om behandlingstiden			X	X
Kommentarer till intervjun/enkäten	X	X	X	X

Nedan ges en kort översikt av respektive område och de fyra formulären behandlas simultant.

Information om kontakten

I detta område finns information om klientens ålder, kön, vem som initierat vården (socialtjänsten, polismyndigheten etc), om det rör sig om tvångs- eller frivilligvård, datum för in- och utskrivning och hur formuläret har besvarats. I in- och utskrivningsintervjun kan frågorna besvaras direkt av klienten i en personlig intervju, via telefon eller med hjälp av aktmaterial. Uppföljningen är alltid en intervju. I uppföljningsformuläret frågas varför en intervju eventuellt inte kunde genomföras. I socialtjänstenkäten frågas vilken relation handläggaren har haft till den aktuella klienten.

Levnadsform

Området består i huvudsak av två frågor där den ena berör boende och den andra levnadsform. Svarskategorierna för boendeform (egen bostad, familjevård, föräldrar etc) och levnadsform (ensamlevande, samlevande med part-

ner etc) är samma i de fyra formulären. För inskrivnings- och uppföljningsformulären samt socialtjänstenkäten ställs dessa frågor för den senaste sexmånaders- respektive 30-dagarsperioden medan det handlar om planerat boende/samlevande i utskrivningsformuläret.

Familj och umgänge

Området ingår i inskrivnings- och uppföljningsformulären samt i socialtjänstenkäten. Flest frågor finns i inskrivningsformuläret och minst antal i socialtjänstenkäten. I alla tre formulären frågas om klienten har umgått med missbrukande vänner/bekanta det senaste halvåret/30 dagarna. I inskrivnings- och uppföljningsformulären frågas även om klientens relationer till släktingar (mor, syskon, egna barn etc). I inskrivningsformuläret är det fråga om perioderna de senaste 30 dagarna och totalt i livet men den senaste 6-månadersperioden i uppföljningsformuläret. I inskrivningsformuläret behandlas även om klienten har några barn och om vårdnaden är gemensam eller delad.

Uppväxtmiljö

Detta område behandlas bara i inskrivningsformuläret. Första delen behandlar vem/vilka klienten har vuxit upp med (biologisk mor/far, adoptivfamilj, på institution etc). Frågan är uppdelad efter åldersintervall 0–2 år, 3–6 år o s v upp till 16–18 år. Den andra delen består av hur många gånger klienten var fosterhemsplacerad som barn och om det förekom missbruk eller psykiska problem under uppväxten.

Utbildning och försörjning

I samtliga formulär frågas om försörjning senaste halvåret/30 dagarna (planerad vid tidpunkten för utskrivningsintervjun). Svartalternativen är lön, sjukpenning, socialbidrag, o s v. I de olika formulären finns också frågor som berör anställningsform och om klienten prostituerat sig. I inskrivningsformuläret finns ytterligare frågor bland annat om utbildning och yrke.

Alkohol och narkotika

I inskrivningsintervjun frågas om vilken typ av bruk som ligger till grund för inskrivningen och klienten får rangordna tre huvudsakliga droger efter problemtyngd. Huvudkategorierna är alkohol, opiater, dämpande mediciner, centralstimulantia, cannabis, hallucinogener, lösningsmedel, dopingpreparat eller någon annan drog. För dessa kategorier får klienten besvara frågor om debutålder, antal år av användning, antal dagar av de 30 senaste och intagningsätt (oralt, nasalt, rökning etc). Det ställs även frågor angående hur många veckor under de senaste 6 månaderna klienten varit drogfri och hur mycket pengar han spenderat på sitt missbruk.

I utskrivningsformuläret ingår frågor rörande eventuellt missbruk under behandlingstiden. Har missbruk förekommit frågas hur ofta det skett (enstaka tillfälle, högst 1 dag/vecka, o s v) och intagningsätt för samma kategorier av droger som i inskrivningsformuläret. En ytterligare fråga gäller var missbruket har ägt rum; på LVM-institutionen, under avvikning och så vidare.

I uppföljningsformuläret ställs frågor om det förekommit något bruk av alkohol eller narkotika sedan utskrivningen och på liknande sätt som i inskrivningsformuläret besvaras sedan frågor om frekvens, frekvens senaste 30 dagarna och intagningsätt för de olika drogtyperna. Det frågas även när ett eventuellt återfall inträffat och hur många återfall klienten haft. I denna studie bifogades ett ytterligare frågebatteri angående missbruket efter utskrivningen vilket behandlas närmare i kapitel 4. Frågorna om alkohol och narkotika i socialtjänstenkäten är uppbyggda på samma sätt som i uppföljningsformuläret.

Behandlingshistoria/Vårdhändelser

I inskrivningsformuläret ställs frågor om tidpunkten för första myndighetskontakt på grund av missbruksproblem, om klienten varit på avgiftning inom öppen-, dag- eller dygnsvård, vårdad inom psykiatri (frivilligt eller i tvångsvård). Det frågas även om klienten tidigare vårdats jml LVU eller LVM och när det senaste vårdtillfället för missbruksproblem var. Slutligen frågas klienten om han fått metadonbehandling tidigare, om det pågår eller är planerad.

Ett stort antal frågor i utskrivningsformuläret gäller vilka insatser som satts in under inskrivningstiden. De är uppdelade i fyra huvudgrupper: medicinsk karaktär (13 frågor), psykologisk karaktär (5 frågor), social/pedagogisk karaktär (13 frågor) och remiss/hänvisning (9 frågor). Dessa frågor besvaras i två omgångar eftersom de delats upp efter dels den egna enheten dels annan enhet. Dessa frågor ingår också i uppföljningsformuläret men där skall klienten själv bedöma insatsernas betydelse.

I uppföljningsformuläret och socialtjänstenkäten ställs frågor om klienten fått vård i form av tillnyktring, avgiftning, behandling för missbruk inom öppenvård/dagvård eller på behandlingshem och om han omhändertagits omedelbart (LVM) eller i enlighet med en LVM-dom i länsrätten. I båda formulären frågas på samma sätt som i inskrivningsformuläret om metadonbehandling. I uppföljningsenkäten ställs ytterligare en fråga om klienten efter utskrivning fortsatt i frivillig vård för missbruksproblem.

Kontakter med frivilligorganisationer

Detta område ingår i inskrivnings- och uppföljningsformulären och i socialtjänstenkäten. Frågan gäller om klienten deltagit/haft någon kontakt med frivilligorganisationer (AA, NA, Länkarna eller någon annan grupp) under det senaste halvåret. I de två första formulären frågas även hur ofta kontakter ägt rum.

Fysisk hälsa

Området finns med i inskrivnings- och uppföljningsformulären samt i socialtjänstenkäten. Flest frågor finns i inskrivningsformuläret. Där frågas om klienten har några allvarliga fysiska sjukdomar, om han/hon är HIV-testad och dess resultat, om klienten har hepatit B eller C, samt om han/hon utsatts för misshandel av fysisk, psykisk eller sexuell karaktär efter missbruksdebuten. I de två andra formulären frågas om klienten behandlats för fysisk skada eller sjukdom i öppen/dagvård eller i dygnsvård under det senaste halvåret och vid hur många tillfällen detta skett.

Psykisk hälsa

Detta område finns i samtliga formulär. Frågorna är konstruerade på liknande sätt för inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsformulären. Det är åtta gemensamma frågor som behandlar psykisk hälsa; allvarlig depression, allvarlig ångest, svårigheter att förstå/minnas eller koncentrera sig, upplevt hallucinationer, ordinerats läkemedel för något psykologiskt problem, svårigheter att kontrollera våldsamt beteende, självmordstankar och självmordsförsök. I inskrivningsformuläret besvaras frågorna avseende perioderna det senaste halvåret och de senaste 30 dagarna, i utskrivningsformuläret avser frågorna behandlingstiden respektive vid utskrivningstillfället och i uppföljningsformuläret de senaste 6 månaderna. Det finns ytterligare några frågor i utskrivnings- och uppföljningsformuläret om klienten vårdats inom psykiatrin och om vård har ägt rum med stöd av LPT. I socialtjänstenkäten ingår de två sistnämnda frågorna.

Kriminalitet

Frågor om kriminalitet ingår i inskrivnings- och uppföljningsformulären och i socialtjänstenkäten. Här ser frågorna likadana ut i uppföljningsformuläret och socialtjänstenkäten. Det finns sju frågor om klienten varit föremål för följande samhällsåtgärder; tagen av polis för fylleri, tagen för rattfylleri/rattonykterhet, varit anhållen/häktad, fått skyddstillsyn, lagen om rättspsykiatrisk vård och andra samhällsåtgärder. Det finns även ett antal gemensamma frågor med inskrivningsformulären; om klienten väntar på åtal/dom eller straffverkställighet. I inskrivnings- och uppföljningsformulären finns en fråga om hur många dagar av de senaste 30 som ägnats åt kriminell verksamhet. Inskrivningsformuläret innehåller också uppgifter om hur många månader klienten blivit dömd till fängelse respektive rättspsykiatrisk vård.

Myndighets- och vårdkontakter

Frågor om kontakter ingår i inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsformulären. Frågorna behandlar kontakt med bland annat socialtjänst, sjukvård, öppenvårdsprojekt etc. Det som skiljer formulären åt är att det i inskrivnings- och uppföljningsformulären gäller kontakt under den senaste

6-månadersperioden och i utskrivningsformuläret om kontakt med dessa instanser ägt rum vid den egna enheten eller på någon annan enhet respektive planerad kontakt efter avslutad behandling.

Behov av hjälp/stöd

I inskrivningsformuläret ställs frågor om klienten önskar få stöd/hjälp med relationen till bland annat mor, far, syskon med flera och vad gäller utbildning, arbete, boende etc. I utskrivningsformuläret frågas sedan klienterna om de har fått sådant stöd och hjälp.

Kommentarer om behandlingstiden

I uppföljningsformuläret frågas bland annat vad klienterna upplevde som positivt respektive negativt under behandlingstiden, hur de upplevde att bli tvångsomhändertagna och hur planeringen har fungerat efter att vården avslutats.

I socialtjänstenkäten ställs frågor om hur socialtjänsten bedömer institutionernas insatser, hur kontakten mellan institutionen och socialtjänsten har fungerat och kvaliteten på institutionens tjänster (omhändertagande, motivationsarbete, information om verksamheten etc).

Kommentarer till intervjun/enkäten

Socialtjänstenkäten avslutas med några frågor om något i enkäten varit svårt att besvara och om formuläret kunnat fyllas i på egen hand eller om det varit nödvändigt att konsultera kollegor alternativt journalhandlingar. I de övriga tre formulären fyller intervjuaren i frågor om svarens tillförlitlighet för respektive område och om några viktiga upplysningar inte kommit fram i formuläret.

2.6 Sammanfattningsmått

På grund av den stora mängden information i formulären har det i analysen blivit nödvändigt att göra sammanfattande mått för de olika områdena. Måtten skall präglade problemlinjen på respektive område. De har konstruerats för de olika områdena i in- och utskrivningsformuläret samt uppföljningsformuläret. Där frågorna behandlar olika tidsperioder (totalt i livet, senaste 6 månaderna och senaste 30 dagarna) inom samma område har ett sammanfattningsmått konstruerats för respektive tidsperiod. Sammanfattningsmått har konstruerats utifrån en eller flera frågor men har det gemensamt att de består av 2 till 4 kategorier på ordinalskalenivå. Vissa sammanfattande mått består enbart av en variabel där kategorierna har klassificerats på en ordinalskala. Ett exempel är sammanfattningsmåtten huvudsaklig boendeform under de senaste 6 månaderna. Boendeform är indelad i fyra kategorier. Den första kategorin Låg (L) består av en av de ursprungliga kategorierna, eget boende, vilket är den mest stabila boendeformen. Mellan

(M) består av boende i andra hand eller inneboende, boendekollektiv, försöks- eller träningslägenhet, hotell, föräldrar, släktingar och annat. Denna kategori kan betecknas med boende i någon ordnad form. Hög (H) utgörs av boende på institution eller kategorihus, familjevård och fängelse eller häkte. Den sista kategorin Mycket Hög (MH) består av bostadslösa.

Andra sammanfattningsmått är mer komplexa och består av flera variabler och sammanslagning av kategorier, exempelvis familj och umgänge de senaste 30 dagarna från inskrivningsformuläret. Detta index består av tre huvuddelar/komponenter vilka i sin tur utgörs av flera variabler. Den första komponenten består av sex frågor från formuläret och behandlar om klienten upplevt perioder av svårigheter med att komma överens med släktingar (mor, far syskon, make/maka/partner, egna barn och annan nära släkting). Här beräknas hur stor andel av släktingarna klienten har haft svårigheter att komma överens med. Dessa andelar ligger till grund för indelning i tre problemnivåer, där den lägsta nivån betyder att klienten inte haft några stora svårigheter att komma överens med släktingar, den andra nivån står för att klienten haft svårigheter att komma överens med 1–30 procent av släktingarna och den högsta nivån utgörs av de klienter som haft svårigheter med mer än 30 procent. Dessa tre problemnivåer utgör den första komponenten i sammanfattningsmättet.

Den andra komponenten utgörs av två frågor; om klienten har haft regelbundet umgänge med icke-missbrukande vänner/bekanta och om klienten haft regelbundet umgänge med missbrukande vänner/bekanta. Dessa två frågor har slagits samman till en ny variabel med tre kategorier. Den första kategorin består av umgänge med icke-missbrukande vänner/bekanta (IMB), den andra av umgänge både med icke-missbrukande vänner/bekanta och missbrukande vänner/bekanta (IMB & MB), och slutligen den tredje kategorin som utgörs av dem som haft umgänge endast med missbrukande vänner/bekanta eller inte haft något regelbundet umgänge överhuvudtaget (MB eller E).

Den tredje komponenten i sammanfattningsmättet består i grunden av två frågor; klientens huvudsakliga levnadsform och förekomst av missbruksproblem hos hans samlevande. Dessa två frågor är omkodade så att den första kategorin utgörs av dem som är ensamlevande och de två andra kategorierna delas upp efter om det förekommer missbruksproblem hos samlevande eller inte.

De tre komponenterna har tre kategorier var vilket ger totalt 27 kombinationer av svarsmöjligheter. Dessa 27 kombinationer har sedan klassificerats i tre problemnivåer på en ordinalskala. De tre problemnivåerna betecknas med L för *låg problemnivå*, H står för en *hög problemnivå* och M betecknar *mellan-nivå*. För en detaljerad beskrivning av klassificeringen hänvisas till appendix C och tabell C.5.

Rimligheten i de sammanfattande måtten är i hög grad beroende av de bedömningar som gjorts i kategoriseringen. Kategoriseringarna är noga genomtänkta och relevanta. Bedömningen har gjorts av flera personer med såväl klinisk som forskningsbakgrund. När oenigheter framkommit har bedömningen ånyo granskats och i vissa fall har variabler fått utgå ur sammanfattningsmättet.

3 Bortfall

3.1 Strukturellt bortfall och bortfallsgrupper

För att fastställa antalet klienter som skrevs ut under den studerade perioden fick representanter från de deltagande institutionerna fylla i listor på vilka klienter som var inskrivna och även fylla i planerat datum för utskrivning. Detta arbete pågick kontinuerligt under projektets gång och listorna fick revideras allteftersom klienterna skrevs ut i förtid från institutionen eller blev överflyttade till någon annan enhet. Om en klient överflyttades till en enhet som ingick i studien övergick ansvaret för uppföljningsintervjun till den nya. För de klienter som överflyttades till en enhet inom SiS som inte ingick i studien eller till en anstalt eller fängelse genomfördes inte någon uppföljningsintervju. Institutionerna skickade regelbundet sina listor med information om de inskrivna klienterna och planerat datum för utskrivning till SiS huvudkontor. Där jämfördes denna information med de uppgifter som fanns i DOK-systemets databaser för att minimera olika felkällor. Vid arbetets slut, när alla uppgifter var samlade i databaser, visade det sig dock att ett par av klienterna som skrevs ut under den aktuella perioden inte hade följts upp på grund av administrativa misstag. I de fall en klient hade flera avslutade vårdtillfällen under den angivna tidsperioden räknades det första tillfälle som klienten genomfört en lång inskrivningsintervju. Det totala antalet utskrivna klienter under perioden uppgick till 600.

Ett relativt stort antal klienter saknar både lång in- och utskrivningsintervju. En orsak till detta är att en del klienter bara är en kortare tid på behandlingshemmet i och med att det akuta omhändertagandet enligt LVM § 13 inte följs av en ansökan om vård enligt LVM § 4. Det är då svårt för behandlingspersonalen att hinna med en utskrivningsintervju innan klienten lämnar behandlingshemmet. En annan förklaring är att klienten är i dålig fysisk eller psykisk form, vilket gör det svårt och ibland till och med omöjligt att genomföra en intervju.

I figur 2 redovisas en schematisk bild av populationen och bortfallet. Överst i figuren återfinns de 600 utskrivna klienterna samt hur många av dessa som genomfört en lång respektive kort inskrivningsintervju (404 respektive 107) samt hur många som saknar inskrivningsintervju (89). Dessa tre grupper har delats in i två grupper, en med lång inskrivningsintervju (vilket var ett villkor för att genomföra en uppföljningsintervju) och en med kort inskrivningsintervju/saknar inskrivningsintervju vilka betecknas som *strukturellt bortfall*. De två grupperna redovisas i två boxar på mellannivå i figuren. I boxarna redovisas vilken typ av utskrivningsintervju som genomförts. I den

vänstra boxen finns även uppgifter om hur många socialtjänstenkäter som finns.

I gruppen med lång inskrivningsintervju ingår 404 klienter. Bland dessa finns tre undergrupper. Den första är de med lång utskrivningsintervju (222) och dessa finns uppgifter från socialtjänsten för 144 klienter, den andra utgörs av dem med kort utskrivningsintervju (133) och dessa finns socialtjänstenkät för 76 klienter. Slutligen har vi den fjärde gruppen med 49 klienter som saknar utskrivningsintervju och för 22 av dessa finns uppgifter från socialtjänsten.

I den högra boxen på mellannivå ingår 196 klienter, det strukturella bortfallet, och av dem har 107 gjort en kort inskrivningsintervju och 89 saknar inskrivningsintervju. Bland dem som gjorde en kort inskrivningsintervju har 18 en lång utskrivningsintervju, 82 en kort utskrivningsintervju och 7 saknar utskrivningsintervju. Av dem som saknar någon form av inskrivningsintervju har 4 gjort en lång utskrivningsintervju, 4 en kort utskrivningsintervju och 81 saknar utskrivningsintervju.

Längst ned i figuren redovisas sex boxar som baseras på klienter som gjorde en lång inskrivningsintervju och uppfyllde villkoren för att följas upp. De första fem grupperna är olika bortfallsgrupper och består av totalt 250 klienter. De har delats in efter bortfallsorsak. Uppföljningsgruppen består av de klienter som genomförde en uppföljningsintervju.

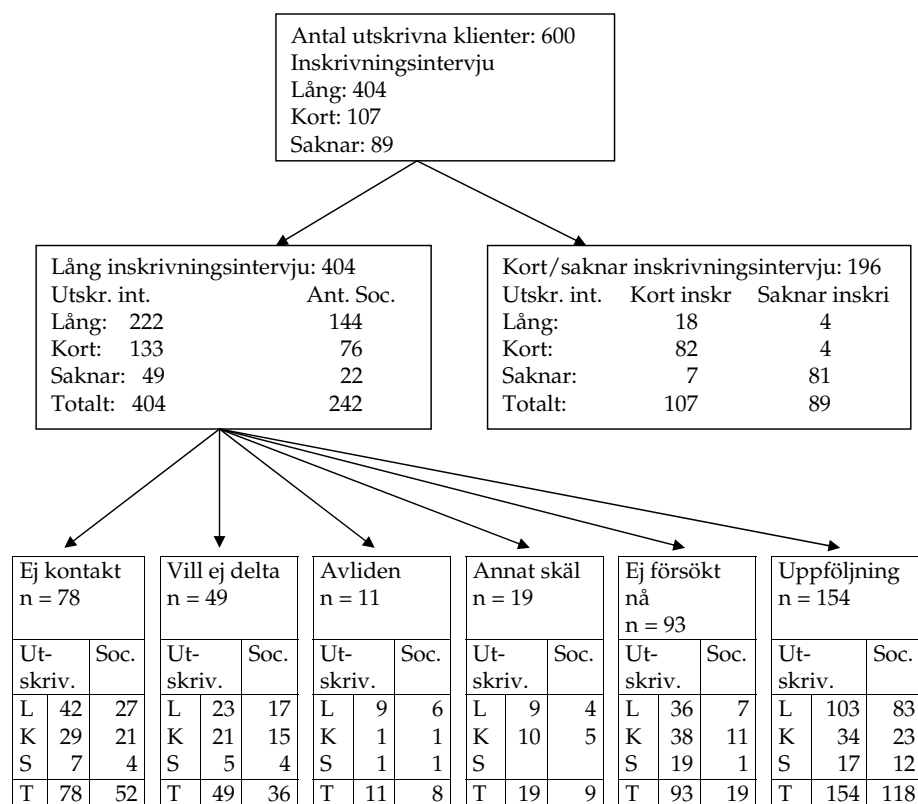
Av de 404 klienterna med lång inskrivningsintervju genomförde 154 en uppföljningsintervju. För de övriga 250 finns alltså ingen uppföljningsintervju och orsaken till detta redovisas nedan.

Ej kontakt

I dessa fall har försök gjorts att nå klienten via telefon och/eller brev åtminstone 5 gånger (ibland upp till 8 försök). I de fall klienterna inte har haft en fast adress, egen telefon eller av någon annan anledning inte svarat har de deltagande institutionerna försökt få kontakt genom bland annat föräldrar, någon annan anhörig, socialsekreterare eller någon annan kontaktperson. Bland dessa 78 klienter som inte kontaktats trots upprepade försök har 42 genomfört en lång utskrivningsintervju och för 27 finns uppgifter från socialtjänsten. För 29 klienter finns en kort utskrivningsintervju och för dessa finns information från socialtjänsten i 21 fall. Slutligen saknas utskrivningsintervju för 7 klienter och för 4 av dessa finns en socialtjänstenkät.

Vill ej delta

Vid en förfrågan vid utskrivningstillfället uppgav 49 klienter att de inte ville delta i någon uppföljningsintervju. Av dessa har 23 gjort en lång utskrivningsintervju och en socialtjänstenkät finns för 17 klienter. 21 genomförde en kort utskrivningsintervju och information från socialtjänsten finns i 15 fall. Av de 5 som saknar utskrivningsintervju finns socialtjänstenkät för 4.



Figur 2. Bortfallsträd

Avliden

Vid tiden för uppföljningsintervjun visade det sig att 11 klienter hade avlidit. Av dem hade 9 genomfört en lång utskrivningsintervju och för 6 av dessa finns information från socialtjänsten. För en klient finns en kort utskrivningsintervju och en annan saknar utskrivningsintervju men för båda finns en ifylld socialtjänstenkät.

Annat skäl

Denna grupp om 19 klienter har inte intervjuats i uppföljningsstudien därför att de har varit alltför psykiskt sjuka för att kunna genomföra någon intervju, rest utomlands, varit gravt dement eller har skyddad identitet. Bland dessa har 9 gjort en lång utskrivningsintervju och 10 en kort utskrivningsintervju. För 4 respektive 5 av dessa finns socialtjänstenkätsuppgifter.

Ej försökt nå

Denna grupp består av 93 klienter. Det är i huvudsak två anledningar till att man inte har gjort försök att nå vissa klienter. För det första kunde en av de

deltagande institutionerna inte slutföra studien på grund av bristande resurser, för det andra beror det på att förutsättningarna förändrades i inledningskedet av studien. Initialt krävdes att klienterna skulle ha genomfört både en lång in- och utskrivningsintervju. Det kravet skulle dock ha lett till ett alltför stort bortfall och fick ändras till att klienterna enbart skulle ha genomfört en lång inskrivningsintervju. Ett par klienter föll bort på grund av att det felaktigt hade antecknats i deras journaler att de inte hade genomfört någon lång inskrivningsintervju. Bland dessa 93 klienter finns lång inskrivningsintervju för 36. För 7 av dem finns uppgifter från socialtjänsten. Vidare har 38 gjort en kort utskrivningsintervju och för 11 av dem finns socialtjänstenkät. Slutligen saknas utskrivningsintervju för 19 klienter. För en av dem har vi information från socialtjänsten.

Uppföljning

Det finns en genomförd uppföljningsintervju för 154 klienter. Av dessa har 103 genomfört en lång utskrivningsintervju och för 83 av dessa finns socialtjänstenkät, 34 har en kort utskrivningsintervju varav det finns socialtjänstenkäter för 23 och slutligen saknar 17 någon form av utskrivningsintervju och för dessa finns det information från socialtjänsten i 12 fall.

3.2 Studie av strukturellt bortfall

För att om möjligt kunna uttala sig om samtliga 600 klienter är det viktigt att kontrollera om det strukturella bortfallet skiljer sig från dem med lång inskrivningsintervju och i så fall hur. Om det inte finns några större skillnader mellan de olika grupperna kan informationen från dem med lång inskrivningsintervju ses som representativ för samtliga utskrivna klienter. På samma sätt kommer bortfallsgrupperna att jämföras med uppföljningsgruppen för att se om det föreligger några skillnader mellan grupperna (avsnitt 3.3), återigen för att om möjligt kunna uttala sig om en större grupp än själva uppföljningsgruppen. Om det är stora skillnader mellan grupperna indikerar det att de som ingår i uppföljningsgruppen inte är representativa för alla som skrevs ut under den aktuella perioden. Kapitlet avslutas med en diskussion om representativitet.

Informationen som finns för samtliga 600 klienter är begränsad till klienternas personnummer. Utifrån detta kan klienternas ålder och kön bestämmas vilket redovisas i tabellerna 3 och 4. Medelåldern är ganska jämn mellan grupperna. Det är inte heller några större skillnader i könsfördelning mellan grupperna.

En mer ingående jämförelse är möjlig mellan gruppen med lång inskrivningsintervju och den med kort inskrivningsintervju. I de fall det inte genomförts någon intervju fyller behandlarna själva i kortformuläret med hjälp av journalhandlingar. För vissa av frågorna i kortversionen är det svårt för behandlarna att fylla i svaren, t ex förekomst av missbruksproblem hos sam-

Tabell 3. Medelålder och standardavvikelse för samtliga klienter (n=600)

	Inskrivningsintervju			Totalt
	Lång	Kort	Saknar	
Medelålder	39	39	42	39
Standardavvikelse	12	11	11	12
Antal	404	107	89	600

Tabell 4. Könsfördelning i procent för klienter med lång, kort och de klienter vilka saknar inskrivningsintervju

	Inskrivningsintervju			Totalt
	Lång	Kort	Saknar	
Män	88	85	84	87
Kvinnor	12	15	16	13
Totalt	100	100	100	100
Antal	404	107	89	600

levande och därmed kan det partiella bortfallet bli stort för vissa frågor. Frågor med ett partiellt bortfall större än 30 procent har uteslutits i redovisningen eftersom de inte tillför någon information i jämförelsen mellan grupperna. Nedan följer först data från inskrivningstillfället (tabellerna redovisas i appendix B).

Behandlingskontakt

Andelen klienter som haft kontakt med behandlingshemmet redan tidigare och andelen nya klienter är ungefär densamma för grupperna med lång respektive kort inskrivningsintervju. För en något högre andel bland dem med kort inskrivningsintervju har LVM-vården initierats av psykiatrin eller av en annan LVM-institution.

Boendeform

Gruppernas boendeform under de senaste 6 månaderna innan inskrivning skiljer sig på några punkter men det finns också likheter. En majoritet av båda grupperna har egen bostad (57% av dem med långa versionen och 55% av dem med kort). Gruppen med lång inskrivningsintervju bor i större utsträckning hos föräldrar (10%) än de med kort (2%). En större andel av dem med kort inskrivningsintervju (17%) saknar bostad jämfört med dem med lång inskrivningsintervju (10%).

En majoritet av båda grupperna är ensamlevande. Ungefär lika stora andelar är samlevande med partner. Något större andel av dem med lång inskrivningsintervju är samlevande med föräldrar eller släkt. Det är små skillnader mellan grupperna ifråga om att ha barn.

Utbildning och försörjning

Ungefär lika stora andelar i båda grupperna har inte fullföljt folkskola, grundskola eller motsvarande. En högre andel av dem med lång inskrivnings-

intervju har fullföljt gymnasium, fackskola eller högre utbildning än av dem med kort inskrivningsintervju (39 respektive 22%). De med lång inskrivningsintervju har alltså högre utbildningsnivå än de med kort.

En högre andel bland dem med lång inskrivningsintervju har lön (11%) och socialbidrag (31%) de senaste 6 månaderna än bland dem med kort (3 respektive 23%). Det omvända gäller för sjukpenning (8 respektive 18%) och förtidspension (21 respektive 32%). I övrigt är skillnaderna relativt små mellan grupperna.

Alkohol och narkotika

Inga större skillnader mellan grupperna finns ifråga om typ av missbruk (alkohol, lösningsmedel, narkotikaklassade läkemedel och dopingmedel) som har föranlett inskrivning. Det visar sig dock att narkotika är något vanligare (56%) bland dem med kort inskrivningsintervju än de övriga (51%). Primär drog skiljer sig åt mellan grupperna. En större andel heroinmissbrukare finns bland dem med lång inskrivningsintervju (21%) än bland dem med kort (15%), det omvända förhållandet gäller för amfetaminmissbruk (16 respektive 25%). Om kategorierna regelbunden alkoholanvändning och alkohol till berusning slås samman till en kategori är andelarna ungefär desamma för grupperna. I övrigt finns inga nämnvärda skillnader mellan grupperna ifråga om vad som missbrukas.

Fysisk hälsa och rättspsykiatrisk vård

En något högre andel av dem med kort inskrivningsintervju (51%) har kroppsliga skador eller sjukdomar som påverkar livsföringen än bland dem med lång intervju (46%). Det är inga större skillnader mellan grupperna med avseende på om de har dömts till rättspsykiatrisk vård.

Myndighets- och vårdkontakter

De med lång inskrivningsintervju har i något högre utsträckning varit i kontakt med myndigheter eller en vårdinrättning. I följande fall föreligger skillnader mellan grupperna: haft kontakt med arbetsförmedling (29 respektive 20%), socialtjänst (65 respektive 57%), kronofogde (32 respektive 17%), öppenvårdsmottagning (36 respektive 22%) och psykoterapeut (22 respektive 15%). I fråga om övriga myndighets- och vårdkontakter är skillnaderna mindre.

Hittills har jämförelsen avsett inskrivningstillfället. I fortsättningen kommer data från utskrivningsintervjun att jämföras mellan grupperna. Av dem med lång inskrivningsintervju har 88 procent en lång eller kort utskrivningsintervju och motsvarande siffra för dem med kort inskrivningsintervju är 93 procent. Vi har alltså inte hundraprocentig täckning och det finns även partiellt bortfall för de flesta frågorna vilket ökar osäkerheten vid jämförelsen av grupperna.

Ungefär lika stora andelar har skrivits in och ut med stöd av LVM § 4 (tabell 5). Samma sak gäller för dem som behandlats jml 4 kap paragraf 1 i socialtjänstlagen. Det är betydligt större skillnader mellan de grupper som skrivits in jml LVM § 13. Större andel av dem med lång inskrivningsintervju (40%) övergår från LVM § 13-placering till LVM § 4-placering än av dem som intervjuats med det korta inskrivningsformuläret (26%). Bland klienter med kort inskrivningsintervju är det betydligt vanligare att utskrivning skett enligt LVM § 13, alltså inom en vecka.

Tabell 5. In- och utskrivningsparagraf för klienter med lång respektive kort inskrivningsintervju i procent

	Inskrivningsintervju		Totalt
	Lång	Kort	
Kontraktsvård enligt brottbalken och KvL §34	2	2	2
Inskrivnen enligt SoL §6 och utskrivnen enligt SoL §6	19	18	19
Inskrivnen enligt LVM §4 och utskrivnen enligt LVM §4	25	22	25
Inskrivnen enligt LVM §13 och utskrivnen enligt LVM §4	40	26	37
Inskrivnen enligt LVM §13 och utskrivnen enligt LVM §13	14	32	17
Totalt	100	100	100
Antal	396	107	503

Antalet dagar i behandling (tiden från inskrivningsdatum till utskrivningsdatum) är längre för dem med lång inskrivningsintervju (133 dagar) jämfört med dem med kort (94 dagar). Tabell 6 visar att de klienter som skrivits ut enligt LVM § 4 och har en lång inskrivningsintervju i större utsträckning har planerad vård i frivillig form efter avslutad behandling än de med kort inskrivningsintervju (42 respektive 33%).

Tabell 6. Fortsatt vård i frivillig form i direkt anslutning till avslutad tvångsvård (utskrivna enligt LVM § 4) för klienter med lång respektive kort inskrivningsintervju i procent

	Inskrivningsintervju		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	58	67	59
Fortsatt vård enl SoL §6 i samma HVB där LVM avslutades	11	14	11
Vård enligt SoL §6 i annat HVB	7	4	7
Vård i familjehem	4	2	4
Öppenvårdsinsatser	20	13	19
Totalt	100	100	100
Antal	233	49	282

Sammanfattningsmått

I appendix C beskrivs konstruktionen av sammanfattningsmått. Samtliga mått är konstruerade på en ordinalskala med två till fyra kategorier där *L* betyder låg problemnivå, *M* står för mellan och *H* för hög problemnivå. I

några fall används även *MH* som står för mycket hög problemnivå. För några områden kan en fråga eventuellt vara "ej relevant" för en klient vilket betecknas med *ER*. I tabell 7 har ett sammanfattningsmått kallats för "strulpelle". Detta mått belyser klientens problembild under behandlingstiden och består av de tre föregående frågorna i tabellen som rör händelser på institution under vårddagen; om klienten avskilts, avvikit respektive placerats enligt LVM § 27 under vårddagen (se appendix C.2 för en detaljerad beskrivning av sammanfattningsmättet).

I tabell 7 redovisas sammanfattningsmåten för utskrivningsformuläret för klienter med lång respektive kort inskrivningsintervju. Dessa sammanfattningsmått är mest intressanta för de klienter som är utskrivna enligt LVM § 4 eftersom de har varit på behandlingshemmet under en längre tid. Antalet klienter med lång inskrivningsintervju som skrevs ut enligt LVM § 4 är 258 och motsvarande antal för dem med kort inskrivningsintervju är 52. Det är

Tabell 7. Problemnivåer för sammanfattningsmått vid utskrivning för klienter som skrivits ut enligt LVM § 4 med långt respektive kort inskrivningsformulär i procent

Område		Inskrivningsintervju		Totalt
		Lång	Kort	
Avskild	L	78	72	77
	H	22	28	23
	Totalt	100	100	100
	Antal	233	47	280
Avviken	L	32	35	33
	H	68	65	67
	Totalt	100	100	100
	Antal	234	49	283
Placerad enligt §27	L	75	65	74
	H	25	35	26
	Totalt	100	100	100
	Antal	228	48	276
"Strulpelleindex"	L	29	30	29
	M	42	37	41
	H	29	33	30
	Totalt	100	100	100
	Antal	224	46	270
Droger	L	21	29	23
	H	79	71	77
	Totalt	100	100	100
	Antal	235	49	284
Boende/levnadsform efter avslutad kontakt/utskrivning	L	40	36	39
	M	29	34	30
	H	25	24	25
	MH	6	6	6
	Totalt	100	100	100
	Antal	234	47	281
Försörjning efter avslutad kontakt/utskrivning	L	29	31	29
	H	71	69	71
	Totalt	100	100	100
	Antal	233	48	281

inte någon större skillnad mellan gruppernas andelar som avskilts respektive avvikit från behandlingshemmet. De med lång inskrivningsintervju har dock i större utsträckning placerats enligt LVM § 27. De med lång inskrivningsintervju har i något större utsträckning använt droger under behandlingstiden än de med kort (79 respektive 71%). Några större skillnader finns inte mellan grupperna för planerat boende, levnadsform och försörjning efter avslutad behandling.

Sammanfattning/slutsatser

I detta avsnitt har skillnader och likheter mellan klienter med lång och dem med kort inskrivningsintervju studerats. De med kort inskrivningsintervju har i något större utsträckning varit bostadslösa, de har lägre utbildningsnivå och det är en mindre andel som har planerad vård i frivillig form efter avslutad behandling. De med kort inskrivningsintervju har i högre utsträckning blivit utskrivna enligt LVM § 13 vilket tyder på att de inte har ett lika svårt och omfattande missbruk vid inskrivningstillfället som de med lång inskrivningsintervju eftersom tingsrätten har beslutat att avslå en begäran om tvångsvård enligt LVM § 4. Det finns också stora likheter mellan grupperna. Majoriteten och ungefär lika andelar av båda grupperna har egen bostad respektive är ensamlevande. Ungefär hälften av klienterna från båda grupperna lider av kroppsliga skador eller sjukdomar. Det är endast mindre skillnader i andelarna för vilken typ av missbruk (alkohol, narkotika, lösningsmedel, narkotikaklassade läkemedel och dopingpreparat) som föranlett inskrivning. Andelarna som har avskilts eller avvikit är lika stora. Det är också små skillnader för flertalet av frågor om myndighets- och vårdkontakter. Eftersom det inte råder några större skillnader mellan grupperna kan de ses som homogena vilket betyder att resultatet från dem med lång inskrivningsintervju också gäller för dem med kort inskrivningsintervju. Det är svårare att uttala sig om dem som saknar inskrivningsintervju men eftersom anledningen till att inskrivningsintervju saknas ofta beror på tidsbrist på behandlingshemmet finns det knappast anledning att tro att denna grupp skulle avvika från de övriga två.

3.3 Uppföljningsgruppen och bortfallsgrupper

Det är av stort intresse för de allmänna slutsatserna att kontrollera om det råder några skillnader mellan bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen och i så fall vilka. Till skillnad från föregående avsnitt där jämförelsen var begränsad till de frågor som ingår i det korta inskrivningsformuläret har samtliga klienter i bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen genomfört en lång inskrivningsintervju vilket betyder att det finns fler frågor att basera jämförelserna på. Detta avsnitt inleds med en kort redovisning av utfallet i bortfallsgrupperna respektive uppföljningsgruppen från de deltagande enheterna. Sedan följer en jämförelse mellan uppföljningsgruppen och bortfalls-

grupperna. Dessa jämförelser baseras i hög grad på sammanfattningsmått från inskrivningsformuläret (appendix C.1) och utskrivningsformuläret (appendix C.2).

Frösö och Renforsen har en stor del av bortfallet i gruppen Ej kontakt (tabell 8). På Frösö kunde man inte lägga ned tid och resurser på personliga intervjuer i den utsträckning som planerats. Renforsen å sin sida kom i ett senare skede in i projektet, varför ett antal klienter inte blev aktuella för intervju eftersom tidsgränsen (6 månader) för en uppföljningsintervju överskridits. Både Frösö och Renforsen som är belägna i Norrland hade ofta långa resvägar för att nå sina intervjupersoner. Förhållandevis många klienter från Hornö ville inte delta eller har inte kunnat nås. Lunden som behandlar kvinnor har endast lyckats intervjua 3 klienter av 24. Bortfallet beror på att klienten inte kunnat nås. Tabell 9 visar att medelåldern är ganska jämn mellan grupperna förutom i grupperna Ej kontakt där den är något lägre och Annat skäl där den är högre än i uppföljningsgruppen.

Tabell 8. Antalet klienter i bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen för respektive enhet

Enhet	Ej kontakt	Vill ej delta	Avliden	Annat skäl	Ej försökt nå	Uppföljning	Totalt
Frösö	11	13		2	19	10	55
Gudhemsgården	6	7	2	4		20	39
Hessleby	6	7	2	6	38	21	80
Hornö	15	16	3	2	2	44	82
Lunden	14	1	2		4	3	24
Renforsen	5	1			17	18	41
Rällsögården	21	4	2	5	13	38	83
Totalt	78	49	11	19	93	154	404

Tabell 9. Medelålder och standardavvikelse för bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen

	Ej kontakt	Vill ej delta	Avliden	Annat skäl	Ej försökt nå	Uppföljning	Totalt
Medelålder	33	38	43	45	40	40	39
Standardavvikelse	10	12	13	13	12	12	12
Antal	78	49	11	19	93	154	404

I tabell 10 finns sammanfattningsmått samlade för inskrivningsdata för bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen. I vissa fall skiljer sig andelarna för grupperna Avlidna och Annat skäl från de övriga vilket närmast beror på att grupperna endast omfattar ett fåtal klienter.

Boendeform

Tabell 10 visar att det råder vissa skillnader mellan bortfallsgrupperna och Uppföljningsgruppen. Ej kontakt och Vill ej delta har högre problemnivå för boende än Uppföljningsgruppen. Gruppen Ej försökt nå har liknande eller

något mindre problemnivå än Uppföljningsgruppen. Grupperna Avliden och Annat skäl har något högre problemnivå i boendeförhållandena för perioden de senaste 6 månaderna men en något lägre problemnivå för den senaste 30-dagarsperioden.

Familj och umgänge

Ej kontakt och Vill ej delta har högre problemnivå än Uppföljningsgruppen för familj och umgänge totalt i livet och de senaste 30 dagarna. Uppföljningsgruppen och Ej försökt nå har liknande fördelningar för båda tidsperioderna. För familj och umgänge totalt i livet uppvisar grupperna Avliden och Annat skäl lägre problemnivå än Uppföljningsgruppen. Detsamma gäller för gruppen Avliden under perioden 30 dagar innan inskrivning medan det har försämrats något för gruppen där bortfallet beror på Annat skäl.

Uppväxtmiljö

Bortfallsgrupperna Vill ej delta, Avliden, Annat skäl och Ej försökt nå uppvisar lägre problemnivå ifråga om uppväxtmiljön än Uppföljningsgruppen. Gruppen Ej kontakt har haft något högre problemnivå under uppväxten än Uppföljningsgruppen.

Försörjning

Uppföljningsgruppen uppvisar en mer stabil försörjning än de övriga grupperna för samtliga tre perioder. Skillnaderna mellan Uppföljningsgruppen och bortfallsgrupperna är något mindre för perioden totalt i livet.

Alkohol

Bortfallsgrupperna Ej kontakt och Vill ej delta har i mindre utsträckning än Uppföljningsgruppen använt alkohol. Gruppen Ej försökt nå har ungefär samma problemnivå som Uppföljningsgruppen. De två övriga grupperna Avliden och Annat skäl har i något mindre utsträckning använt alkohol men har å andra sidan en högre problemnivå än Uppföljningsgruppen. För perioden de senaste 30 dagarna är mönstret ungefär detsamma men andelarna är förändrade.

Opiater

För opiatanvändning utkristalliserar sig i huvudsak två grupperingar bland de sex grupperna. Det råder inga större skillnader mellan Uppföljningsgruppen och Vill ej delta, Annat skäl och Ej försökt nå. De två återstående grupperna Ej kontakt och Avliden uppvisar en högre användningsnivå och högre problemnivå än de övriga. Samma mönster gäller för båda tidsperioderna.

Tabell 10**. Problemnivåer för sammanfattningsmått vid inskrivning för bortfallsgrupperna* och uppföljningsgruppen* i procent

Område		Totalt i livet						Senaste 6 månaderna						Senaste 30 dagarna						
		Ek	Ed	A	As	En	U	Ek	Ed	A	As	En	U	Ek	Ed	A	As	En	U	
Boendeform	L							46	48	55	53	64	63	40	44	55	53	55	57	
	M							32	30	18	21	19	24	35	32	18	26	21	23	
	H							8	8	18	16	12	4	5	8	18	16	14	5	
	H							14	14	9	10	5	9	20	16	9	5	10	15	
Familj och umgänge	L	39	42	64	67	50	51							32	29	73	24	42	41	
	M	25	30	27	11	20	18							40	42	9	41	28	29	
	H	36	28	9	22	30	31							29	29	18	35	30	30	
Uppväxtmiljö	L	28	56	55	50	45	35													
	M	21	13	18	22	15	18													
	H	51	31	27	28	40	47													
Försörjning	L	23	26	40	20	29	38	26	30	27	5	27	44	21	26	18	0	27	42	
	M	35	40	50	40	36	32													
	H	42	34	10	40	36	29	74	70	73	95	73	56	79	74	82	100	73	58	
Drog	Alkohol	ER	17	15	12	17	7	9							46	40	34	27	22	31
		L	22	26	12	17	23	14							22	17	22	33	29	30
		M	24	24	13	8	24	30							16	19	11	33	21	16
		H	37	35	63	58	46	47							16	24	33	7	28	23
	Opia-ter	ER	32	61	38	64	64	58							48	68	50	83	81	72
		L	23	9	12	18	15	19							11	6	10	0	11	9
		M	11	11	13	12	9	9												
		H	34	19	38	6	12	14							41	26	40	17	8	19
	Dämp-ande medi-ciner	ER	50	51	86	53	63	57							63	57	70	69	75	67
		L	18	16	14	13	10	12							17	17	10	0	11	12
		M	13	9	0	7	11	8												
	Central-stimu-lantia	H	19	24	0	27	16	23							20	26	20	31	14	21
		ER	33	57	45	70	47	51							69	83	78	100	70	74
		L	27	21	11	12	19	14							21	15	22	0	14	15
		M	6	9	22	6	9	11												
	Canna-bis	H	34	13	22	12	25	24							10	2	0	0	16	11
		ER	35	49	38	70	52	51							65	77	90	88	77	77
		L	31	17	38	12	19	22							22	6	10	6	10	13
		M	16	13	12	0	12	13												
	Behandling/vård	H	18	21	12	18	17	14							13	17	0	6	13	10
		L	31	22	12	31	22	13												
		M	12	15	25	15	19	16												
	Självhjälp	H	57	63	63	54	59	71												
		L							17	10	27	6	16	17						
M								8	8	0	18	9	8							
Fysisk hälsa	H							75	82	73	76	75	75							
	L													29	27	18	21	27	34	
	M													31	39	27	50	31	29	
Övergrepp	H													40	34	55	29	42	37	
	L	47	37	54	53	55	61													
	H	53	63	46	47	45	39													
Psykisk hälsa	L	37	40	50	62	37	43							34	28	20	33	24	32	
	M	20	17	20	13	18	18							43	49	70	47	60	46	
	H	43	43	30	25	45	39							23	23	10	20	16	22	
Kriminalitet	L	12	20	18	33	19	18	68	86	64	100	74	81							
	H	88	80	82	67	81	82	32	14	36		26	19							

*Ek = Ej kontakt, Ed = Vill ej delta, A = Avliden, As = Annat skäl, En = Ej försökt nå och U = Uppföljning.
** En tabell med antalet observationer för respektive cell återfinns i appendix D (tabell D.1).

Dämpande mediciner

I användningen av dämpande mediciner finns inga större skillnader mellan bortfallsgrupperna och Uppföljningsgruppen, vare sig totalt i livet eller under de senaste 30 dagarna.

Centralstimulantia

Gruppen Ej kontakt har i större utsträckning använt centralstimulerande medel än Uppföljningsgruppen. De har också högre problemnivå än Uppföljningsgruppen. Gruppen Vill ej delta har något lägre problemnivå än Uppföljningsgruppen och Annat skäl skiljer sig genom att en lägre andel av dem har använt dessa droger jämfört med Uppföljningsgruppen. Fördelningen för de övriga två grupperna Ej försökt nå och Avliden är ungefär densamma som för Uppföljningsgruppen. Detta mönster går i stort sett igen för perioden de senaste 30 dagarna.

Cannabis

Gruppen Annat skäl har i mindre utsträckning än Uppföljningsgruppen använt cannabis totalt i livet. Gruppen Ej kontakt har i större utsträckning än Uppföljningsgruppen använt cannabis. I övrigt är det endast mindre skillnader mellan bortfallsgrupperna och Uppföljningsgruppen.

Behandling/vård

Bortfallsgrupperna har lägre problemnivå med avseende på behandling totalt i livet än Uppföljningsgruppen. Nivåerna varierar mellan bortfallsgrupperna men grupperna Ej kontakt och Avliden utmärker sig med lägst problemnivå i detta sammanfattningsmått.

Självhjälp

Endast mindre skillnader finns i problemnivå mellan Uppföljningsgruppen och bortfallsgrupperna utom för Vill ej delta som har något högre problemnivå.

Fysisk hälsa

Bortfallsgrupperna har ungefär samma problemnivå som Uppföljningsgruppen för fysisk hälsa.

Övergrepp

Här finns i stort sett tre olika problemnivågrupper. Uppföljningsgruppen har lägst problemnivå och grupperna Avliden, Annat skäl och Ej försökt nå ligger på en mellannivå och grupperna Ej kontakt och Vill ej delta återfinns bland dem med högst problemnivå.

Psykisk hälsa

Det finns inga påtagliga skillnader mellan Uppföljningsgruppen och bortfallsgrupperna.

Kriminalitet

För kriminalitet totalt i livet finns mindre skillnader mellan Uppföljningsgruppen å ena sidan och grupperna Vill ej delta, Avliden och Ej försökt nå å den andra. Gruppen Ej kontakt har högre problemnivå för kriminalitet än Uppföljningsgruppen för båda tidsperioderna totalt i livet och de senaste 6 månaderna. Gruppen annat skäl har lägre problemnivå än Uppföljningsgruppen.

Vid jämförelse av utskrivningsdata mellan bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen finns uppgifter om in- och utskrivningsparagraf, antal dagar i behandling, fortsatt vård i frivillig form samt sammanfattningsmätt från utskrivningsintervjun. Inte alla klienter har genomfört en lång eller ens en kort utskrivningsintervju och detta bör beaktas vid jämförelsen mellan grupperna. Andelen som har en lång eller kort utskrivningsintervju i de olika grupperna är: Ej kontakt (91%), Vill ej delta (90%), Avliden (91%), Annat skäl (100%), Ej försökt nå (80%) och Uppföljning (89%). Ytterligare en begränsning i bortfallsanalysen är att flertalet av frågorna/sammanfattningsmått bara är relevanta för dem som skrivits ut enligt LVM § 4. Detta får till följd att gruppstorlekarna för några av bortfallsgrupperna (Avliden och Annat skäl) är små och därför ökar osäkerheten i resultaten.

In- och utskrivningsgrund

Tabell 11 visar att en betydligt högre andel av gruppen Ej kontakt har skrivits in respektive ut enligt LVM § 4 än av dem tillhörande Uppföljningsgruppen. Det omvända förhållandet gäller för dem som skrivits ut enligt LVM § 13 där den högre andelen återfinns i Uppföljningsgruppen. Det är mindre skillnader mellan Uppföljningsgruppen och grupperna Vill ej delta

Tabell 11. In- och utskrivningsparagraf efter tillhörighet i bortfalls- respektive uppföljningsgrupperna i procent

	Ek*	Ed*	A*	As*	En*	U*	Totalt
Annat lagrum	3				3	2	2
Inskreven enl SoL §6 och utskreven enl SoL §6	16	13	18	11	28	19	19
Inskreven enl LVM §4 och utskreven enl LVM §4	40	20	55	26	24	19	26
Inskreven enl LVM §13 och utskreven enl LVM §4	39	54	27	47	24	45	40
Inskreven enl LVM §13 och utskreven enl LVM §13	3	13		16	21	16	14
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Antal	77	46	11	19	89	154	396

*Ek = Ej kontakt, Ed = Vill ej delta, A = Avliden, As = Annat skäl, En = Ej försökt nå och U = Uppföljning.

och Annat skäl. En större andel av gruppen Avliden har skrivits in respektive ut enligt LVM § 4 i jämförelse med Uppföljningsgruppen medan andelarna är lägre för dem som skrivit in enligt LVM § 13 oavsett under vilken paragraf de skrivits ut. Även gruppen Ej försökt nå avviker från Uppföljningsgruppen.

Tid i behandling

Tabell 12 ger att skillnaden i medelantalet dagar i behandling är mindre än 30 mellan Uppföljningsgruppen och bortfallsgrupperna. Det är alltså inte särskilt stora skillnader i behandlingstid.

Tabell 12. Antal dagar i behandling efter tillhörighet i bortfalls- respektive uppföljningsgrupperna

	Ek	Ed	A	As	En	U	Totalt
Medelantal dagar	159	141	159	151	101	130	133
Standardavvikelse	78	81	86	87	85	86	86
Antal	73	46	11	19	79	154	382

* Ek = Ej kontakt, Ed = Vill ej delta, A = Avliden, As = Annat skäl, En = Ej försökt nå och U = Uppföljning.

Vård i frivillig form efter avslutad behandling

Grupperna Ej kontakt och Vill ej delta har i lika stor utsträckning som Uppföljningsgruppen planerad vård i frivillig form efter avslutad behandling. Gruppen Avliden har i högre grad än Uppföljningsgruppen planerad frivillig vård och de två resterande grupperna Annat skäl och Ej försökt nå i mindre utsträckning.

Avskild

Grupperna Ej kontakt, Vill ej delta och Annat skäl har i något högre grad avskilts under behandlingstiden än Uppföljningsgruppen medan grupperna Avliden och Ej försökt nå avskilts i något lägre utsträckning. Skillnaderna mellan Uppföljningsgruppen och bortfallsgrupperna är inte särskilt stora.

Tabell 13. Fortsatt vård i frivillig form i direkt anslutning till avslutad tvångsvård (utskrivna enligt LVM § 4) efter tillhörighet i bortfalls- respektive uppföljningsgrupperna

	Ek	Ed	A	As	En	U	Totalt
Nej	57	54	38	72	71	54	57
Fortsatt vård enl SoL §6 i samma HVB där LVM avslutades	11	6		7	17	11	11
Vård enligt SoL §6 i annat HVB	7	6	12	7	3	9	7
Vård i familjehem	7	3				7	5
Vård i öppenvård	18	31	50	14	9	19	20
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Antal	55	32	8	14	35	89	233

* Ek = Ej kontakt, Ed = Vill ej delta, A = Avliden, As = Annat skäl, En = Ej försökt nå och U = Uppföljning.

Tabell 14. Problemnivåer för sammanfattande mått vid utskrivning efter bortfallsgrupperna respektive uppföljningsgruppen (gäller endast utskrivna enligt LVM § 4)

Område		EK*	Ed*	A*	As*	En*	U*	Totalt
Avskild	L	74	69	88	71	89	80	78
	H	26	31	12	29	11	20	22
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	54	32	8	14	36	89	233
Avviken	L	24	34	38	29	40	34	32
	H	76	66	62	71	60	66	68
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	54	32	8	14	35	91	234
Placerad enligt §27	L	75	71	71	64	77	78	75
	H	25	29	29	36	23	22	25
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	53	31	7	14	35	88	228
Strulpelleindex	L	23	26	29	14	41	30	29
	M	39	39	57	64	35	43	42
	H	38	35	14	22	24	27	29
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	52	31	7	14	34	86	224
Droger	L	22	22	25	29	25	18	21
	H	78	78	75	71	75	82	79
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	55	32	8	14	36	90	235
Boendeform	L	35	48	50	43	43	38	40
	M	22	26	38	21	37	33	29
	H	36	23	12	22	14	25	25
	MH	7	3		14	6	4	6
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Antal	55	31	8	14	35	91	234	
Försörjning	L	33	26	38	7	20	33	29
	H	67	74	62	93	80	67	71
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	55	31	8	14	35	90	233

*Ek = Ej kontakt, Ed = Vill ej delta, A = Avliden, As = Annat skäl, En = Ej försökt nå och U = Uppföljning.

Avviken

Gruppen Ej kontakt har i något högre grad avvikit från institutionen under behandlingstiden i jämförelse med Uppföljningsgruppen. För övriga bortfallsgrupper är skillnaderna små i förhållande till Uppföljningsgruppen.

Placerad enligt LVM § 27

Grupperna Vill ej delta, Avliden och Annat skäl har en något högre problemnivå än Uppföljningsgruppen för sammanfattningsmålet Placerad enligt LVM § 27, vilket alltså betyder att någon § 27-placering inte har funnits. Det är endast mindre skillnader mellan de övriga bortfallsgrupperna och Uppföljningsgruppen.

Strulpelleindex

Som beskrivits tidigare är sammanfattningsmålet "Strulpelleindex" en sammanlagning av frågorna som om klienten avskilts, avvikit respektive place-

rats enligt LVM § 27 i utskrivningsformuläret och belyser klienternas problem- bild under behandlingstiden (för en närmare beskrivning se appendix C.2). Grupperna Ej kontakt, Vill ej delta, Avliden och Annat skäl har något högre problemnivå än Uppföljningsgruppen. Grupperna Ej försökt nå har däremot något lägre problemnivå än Uppföljningsgruppen.

Droger

Gruppen Annat skäl har något lägre problemnivå än Uppföljningsgruppen för droganvändning under behandlingstiden. Övriga bortfallsgrupper har något lägre problemnivåer än Uppföljningsgruppen. Skillnaderna mellan grupperna är dock inte särskilt stora.

Planerad boendeform efter utskrivning

Här finns mindre skillnader mellan bortfallsgrupperna och Uppföljnings- gruppen. Gruppen Avliden hade den mest ordnade formen av planerat bo- ende när de blev utskrivna från LVM.

Planerad försörjning efter utskrivning

Grupperna Ej kontakt och Avliden har ungefär samma problemnivå för pla- nerad försörjning efter utskrivning som Uppföljningsgruppen. Grupperna Vill ej delta, Annat skäl och Ej försökt nå har något högre problemnivå på sin planerade försörjning än Uppföljningsgruppen.

Sammanfattning

Gruppen Ej kontakt har högre problemnivå än Uppföljningsgruppen på många av sammanfattningsmåten. Utmärkande är de högre problem- nivåerna på bl a boende, familj, försörjning, opiater, centralstimulantia, över- grepp och kriminalitet. Förhållandena är mera likartade i fråga om själv- hjälp, fysisk och psykisk hälsa. Gruppen Ej kontakt har i mindre utsträck- ning använt alkohol men i högre grad använt opiater, centralstimulantia och cannabis. Inskrivningsgrund skiljer sig också åt jämfört med Uppföljnings- gruppen men ungefär lika stora andelar av grupperna har planerad vård i frivillig form efter utskrivningen. Skillnader mellan grupperna är mindre för sammanfattningsmåten vid utskrivning. Gruppen Ej kontakt är negativt selekterad och avviker från både Uppföljningsgruppen och de övriga bort- fallsgrupperna.

Gruppen Vill ej delta har något mindre problemnivå för behandling, un- gefär samma problemnivå för fysisk och psykisk hälsa och kriminalitet men högre för boende, familj och umgänge, försörjning, självhjälp och övergrepp än Uppföljningsgruppen. Missbruket innan behandlingen skiljer sig inte nämnvärt åt mellan grupperna. Grupperna har liknande fördelningar för in- och utskrivningsgrund, behandlingstiden skiljer sig inte nämnvärt åt och andelen som fortsatt med frivillig vård efter behandling är densamma. Grup-

pen Vill ej delta har i högre utsträckning avskilts under behandlingstiden men har missbrukat mindre än Uppföljningsgruppen.

Gruppen Avliden har flera likheter med Uppföljningsgruppen, bl a för självhjälp, fysisk och psykisk hälsa. De har en lägre problemnivå i boendet de senaste 30 dagarna, i förhållande till familj och umgänge, uppväxtmiljö, behandling/vård och kriminalitet totalt i livet. De uppvisar något högre problemnivå i boende de senaste 6 månaderna, i försörjning, övergrepp och kriminalitet de senaste 6 månaderna. Gruppen Avliden har i mindre utsträckning använt alkohol men har en högre andel i kategorin Hög problemnivå än Uppföljningsgruppen. Vidare har de i högre utsträckning använt opiater och cannabis, för de två övriga drogerna dämpande mediciner och centralstimulantia är problemnivån densamma som för Uppföljningsgruppen. Gruppen avliden skiljer sig från Uppföljningsgruppen ifråga om in- och utskrivningsgrund men har ungefär lika lång behandlingstid. En större andel av gruppen Avliden fick fortsatt vård i frivillig form. I strulpelleindex är problemnivån något högre men i övrigt är problemnivåerna ungefär desamma eller lägre än i Uppföljningsgruppen.

Gruppen Annat skäl har det något bättre ställt i fråga om boende de senaste 30 dagarna, familj och umgänge, lägre problemnivå för behandling/vård och kriminalitet än Uppföljningsgruppen men har högre problemnivå för familj och umgänge de senaste 30 dagarna, för försörjning och övergrepp. Gruppen uppvisar liknande problemnivåer för boende de senaste 6 månaderna, självhjälp, fysisk och psykisk hälsa. Gruppen Annat skäl har i mindre utsträckning använt alkohol men har högre andel i kategorin Hög problemnivå. De har i mindre utsträckning använt centralstimulantia och Cannabis än Uppföljningsgruppen. Med avseende på användning av övriga droger är problemnivåerna lika. In- och utskrivningsgrund är ungefär densamma för båda grupperna, likaså behandlingstiden men en lägre andel av gruppen Annat skäl har fortsatt med vård i frivillig form efter utskrivningen. Gruppen uppvisar högre problemnivåer på flertalet av sammanfattningsmått från utskrivningsintervjun, bland annat att ha avskilts, en högre andel har inte placerats enligt LVM § 27, på strulpelleindex och försörjning. För övriga mått (avvikit, droganvändning och boende) har de ungefär samma eller lägre problemnivåer.

Gruppen Ej försökt nå och Uppföljningsgruppen har liknande fördelning på flera av sammanfattningsmått. Detta gäller bl a boende, familj och umgänge, självhjälp, fysisk och psykisk hälsa, kriminalitet samt droganvändning innan inskrivning. Gruppen uppvisar lägre problemnivå för uppväxtmiljö och behandling och högre problemnivå för försörjning och övergrepp än Uppföljningsgruppen. En något större andel har varit inskrivna enligt SoL § 6 av gruppen Ej försökt nå än av Uppföljningsgruppen men en lägre andel av dem i den förstnämnda gruppen har skrivits ut enligt LVM § 4. Gruppen Ej försökt nå har i genomsnitt något kortare behandlingstid

och en mindre andel av dem än av Uppföljningsgruppen har fortsatt i frivillig vård. Gruppen uppvisar lika eller lägre problemnivåer i de flesta sammanfattningsmåten vid utskrivning.

I jämförelserna mellan Uppföljningsgruppen och bortfallsgrupperna har det pekats på skillnader och likheter. I allmänhet är skillnaderna relativt små utom i jämförelsen med gruppen Ej kontakt. I följande avsnitt diskuteras för vilka klienter Uppföljningsgruppen kan anses vara representativ.

3.4 Representativitet

Jämförelsen mellan dem med lång och dem med kort inskrivningsintervju visade att klienter som genomfört lång inskrivningsintervju är något mer socialt välanpassade och har något bättre fysisk hälsa. Det är mindre skillnader mellan grupperna för alkohol- och narkotikamissbruk vilket är anledningen till att de överhuvudtaget är på behandlingshem. De med kort inskrivningsintervju har i större utsträckning skrivits ut enligt LVM § 13 vilket indikerar att denna grupp inte hade lika svårt missbruk vid inskrivningstillfället. Jämförelsen med dem som skrevs ut enligt LVM § 4 visar att de med lång inskrivningsintervju missbrukat något mer under behandlingstiden än de med kort inskrivningsintervju. Däremot råder inga större skillnader mellan grupperna ifråga om att ha avvikit eller avskilts under behandlingstiden. Inte heller finns några större skillnader i planerat boende, levnadsform och försörjning efter utskrivningen. De relativa likheterna mellan grupperna tyder på att LVM-klienterna är någorlunda homogena, vilket är rimligt eftersom anledningen till att vissa klienter genomfört en kort inskrivningsintervju oftast är personal- och tidsbrist vilket inte borde generera någon större skevhet mellan grupperna. Det är svårare att uttala sig om dem som saknar inskrivningsformulär men det finns inget som tyder på att denna grupp skulle avvika markant från de övriga två grupperna. Från denna genomgång drar vi slutsatsen att de klienter som genomfört en lång inskrivningsintervju är representativa även för klienter som ingår i det strukturella bortfallet.

I föregående avsnitt konstaterades att gruppen Ej kontakt har högre problemnivå än Uppföljningsgruppen inom de flesta områdena. Detta medför att Uppföljningsgruppen inte kan anses vara representativ för denna grupp. Gruppen Vill ej delta har i stort sett liknande förhållanden som Uppföljningsgruppen. I avsnitt 6.2 (Resultat från socialtjänstenkäten) konstateras att svaren från socialtjänstens handläggare är ungefär lika för gruppen Vill ej delta som för Uppföljningsgruppen. Även om det finns problem med bortfallet i socialtjänstdata stärker deras uppgifter slutsatsen att Uppföljningsgruppen kan anses vara representativ för gruppen Vill ej delta. I föregående avsnitt konstaterades att det finns många likheter mellan Uppföljningsgruppen och gruppen Avliden men eftersom dödsorsaken är okänd är det svårt att uttala sig om Uppföljningsgruppen är representativ för denna grupp. Det är något svårare att uttala sig om Annat skäl, dels för

att orsakerna till bortfallet är varierande (klienterna lider av demens, har flyttat utomlands, sitter i fängelse, har skyddad identitet etc), dels för att gruppen antalsmässigt är liten. Eftersom gruppen också avviker på flertalet av sammanfattningsmått kan Uppföljningsgruppen inte anses vara representativ för denna grupp. Det är mindre skillnader mellan Uppföljningsgruppen och gruppen Ej försökt nå vilket är rimligt med tanke på att orsakerna till bortfallet var bristande resurser och en justering av villkoren för att uppföljningsintervju skulle genomföras. Ingen av dessa orsaker borde ge upphov till några större skillnader mellan grupperna.

Som konstaterats ovan avviker grupperna Ej kontakt och Annat skäl på ett negativt sätt från Uppföljningsgruppen och eftersom dödsorsaken är okänd för gruppen Avliden anses Uppföljningsgruppen inte vara representativ för dessa tre grupper. Grupperna Vill ej delta och Ej försökt nå har många likheter med Uppföljningsgruppen på in- och utskrivningsdata och därför utgår vi ifrån att Uppföljningsgruppen är representativ för dessa båda grupper. Vi drar slutsatsen att Uppföljningsgruppen är representativ för 73 procent av alla klienter med lång inskrivningsintervju. Detta tillsammans med slutsatsen ovan att klienterna med lång inskrivningsintervju är representativa för det strukturella bortfallet ger att resultaten från Uppföljningsgruppen kan anses vara representativa för 73 procent av samtliga 600 utskrivna klienter.

4 Missbruksmönster i uppföljningsgruppen

Detta kapitel inleds med en beskrivning av hur klienternas missbruk sett ut efter utskrivningen ur ett tids- och intensitetsperspektiv. Sedan följer en beskrivning av några typiska missbruksmönster och i avsnitt 4.2 klassificeras missbruksmönstren i tre olika mönstergrupper. Kapitlet avslutas med exempel på några typiska missbruksmönster för de tre grupperna. I kapitel 5 kommer dessa grupper att beskrivas utifrån in-, ut- och uppföljningsdata.

4.1 Missbruksmönster

Som beskrevs i avsnitt 2.5 innehåller uppföljningsformuläret frågor om klienten återfallit i missbruk eller inte efter utskrivningen. Om det skett ett återfall frågas när det skett och vilken/vilka typer av droger som använts. Det ingick även ett par övergripande frågor om missbrukets intensitet under de senaste 6 månaderna och de senaste 30 dagarna innan uppföljningsintervjun. För att få en mer nyanserad och detaljerad bild av missbruket infogades ytterligare ett block frågor kring missbruk i det ursprungliga uppföljningsformuläret. Avsnittet syftar till att beskriva hur frågebatteriet ser ut och hur det använts.

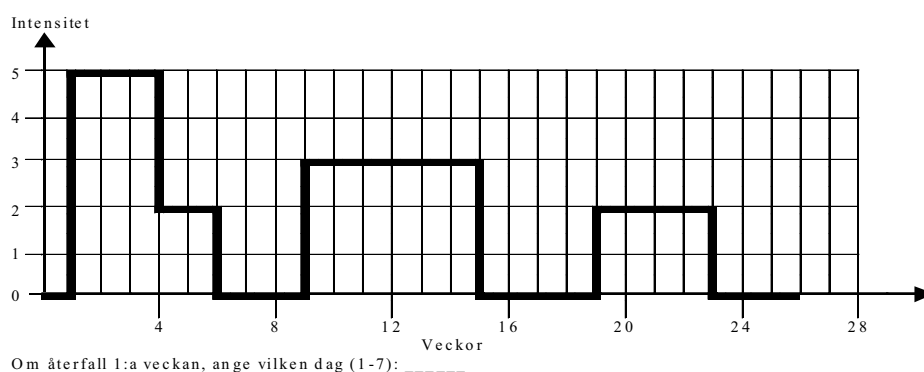
Intervjuaren och klienten fick tillsammans beskriva klientens missbruksmönster utifrån en på förhand uppgjord figur där den horisontella axeln visar tiden uppdelad i veckor efter utskrivning fram till uppföljningsintervjun och den vertikala avser missbrukets intensitet. Tidsaxeln utgår från första dagen efter utskrivningen fram till och med 28 veckor efter utskrivning. Om ett återfall skett under den första veckan anges vilken dag det var nederst i figuren. På den vertikala axeln finns sex olika nivåer av missbruksintensitet;

5	Dagligen
4	4–6 dagar/vecka
3	2–3 dagar/vecka
2	1 dag/vecka eller mindre
1	Enstaka tillfälle
0	Ej bruk

Denna kategorisering av missbruksintensitet följer indelningen av missbrukshänsikten från inskrivningsformuläret. Utifrån denna figur har intervjuaren tillsammans med klienten fyllt i missbruksintensiteten vecka för vecka från utskrivningen till uppföljningsintervjun. Liksom i inskrivningsintervjun

ifylls uppgifter om första, andra, tredje och fjärde drog i separata figurer. I de fall klienten varit drogfri används bara en figur med intensiteten ej bruk.

Ett exempel på hur missbruksmönstret kan se ut för en klient ges i figur 3. I detta fall beskrivs endast huvudsaklig drog. Det börjar med att klienten varit drogfri under första veckan, vilket markeras med ett horisontellt streck upp till vecka 1 med intensitet 0 (ej bruk). Från och med andra veckan och tre veckor framåt missbrukar klienten dagligen vilket markeras med ett streck mellan vecka två och fyra med intensitet 5 (dagligen). Från och med femte veckan missbrukar klienten en dag per vecka (intensitet 2) under en två-veckorsperiod. I figuren markeras detta med ett streck mellan vecka fyra till och med vecka sex med intensitet 2. Sedan är klienten drogfri under en tre-veckorsperiod, vilket markeras med ett streck mellan vecka 6 och 9 med intensitet 0. På motsvarande sätt fylls missbruksmönstret i för återstående tid fram till uppföljningsintervjun.



Figur 3. Exempel på missbruksmönster

Detta är ett exempel på hur missbruksmönstret kan se ut för en klient i fråga om huvudsaklig drog. Om flera droger har använts efter utskrivning fylls fler figurer i på motsvarande sätt. Genom att låta klienterna beskriva sitt missbruksmönster på detta sätt får vi en mer detaljerad bild av missbruket efter behandlingen. Bilden av klientens eventuella missbruk blir mer fullständig och nyanserad på detta sätt jämfört med det traditionella sättet att endast mäta total drogfrihet. Tillvägagångssättet att samla in uppgifter om klientens eventuella missbruk genom att fylla i en figur med tiden uppdelad i veckor och intensitet har inte prövats tidigare (oss veterligen) och därmed kvarstår en rad frågetecken kring validitet och reliabilitet. I följande avsnitt beskrivs hur missbruksmönstren för klienterna i uppföljningsstudien klassificeras i tre olika grupper. Dessa tre grupper kommer i kapitel 5 att beskrivas utifrån in-, ut- och uppföljningsdata.

4.2 Klassificering av missbruksmönster

Det finns många tänkbara sätt att klassificera missbruksmönster. Ett skulle kunna vara att dela klienterna i två grupper, en som varit helt drogfri under hela perioden efter utskrivningen och en annan som missbrukat åtminstone någon gång. Ett annat skulle kunna vara att titta på tiden fram till ett allvarligt återfall, som kan definieras enligt "missbrukat dagligen under en fyra-veckorsperiod", och sedan bilda grupper från hur lång tid klienten varit drogfri. Ett problem med det första alternativet är att de som missbrukat 2–3 dagar/vecka under en tvåveckorsperiod skulle hamna i samma grupp som de som missbrukat dagligen sedan utskrivning vilket skulle leda till en heterogen grupp med avseende på missbruk. För att få mer homogena grupper har istället missbruksmönstret under hela perioden från utskrivning till uppföljning legat till grund för indelningen i tre grupper av återfalls- och missbruksmönster.

Vid intervjun har klienten beskrivit missbruksmönstret för de fyra vanligast förekommande drogerna men det är bara klientens huvuddrog som har legat till grund för klassificeringen av missbruksmönstren. Av de 154 klienter som har genomfört uppföljningsintervjun har 152 angett sitt missbruksmönster. Anledningen till att det saknas information för två klienter är att en inte kommer ihåg sitt missbruk på grund av demens medan den andre inte vill beskriva sitt missbruk.

Klassificering av missbruksmönstren har utgått från klientens huvuddrog, högsta intensitet av missbruk efter utskrivning (alltså maximal nivå av missbruksintensitet), antal veckor av missbruk med högsta intensitet, tid för återfall och antal veckor av lägre missbruksintensitet. De valda klassificeringsfaktorerna beskrivs närmare nedan. En preliminär indelning av missbruksmönstren utgick från antal veckor av missbruk men det visade sig bli alltför omständligt varför högsta intensitet valdes som första indelningsgrund.

- För högsta intensitet har antalet kategorier slagits samman till fyra varav den första består av ej bruk, den andra av enstaka tillfälle, den tredje av kategorierna 1 dag/vecka samt 2–3 dagar/vecka, och slutligen den fjärde bestående av 4–6 dagar/vecka och dagligen.
- Nästa klassificeringsfaktor, antal veckor av missbruk med högsta intensitet, har delats upp i fyra olika tidsperioder där den första består av upp till tre veckor, den andra mellan 4 och 8 veckor, den tredje av fler än 8 veckor men inte samtliga och slutligen den fjärde där missbruket varat kontinuerligt under hela perioden.
- Som tredje klassificeringsfaktor har tiden för första återfallet använts. Denna har delats in i två intervaller, under första veckan och den andra veckan eller senare.

- Slutligen har även antal veckor med lägre intensitet använts som klassificeringsfaktor. Denna följer inte samma regelbundna mönster som de övriga beroende på att variationerna var alltför stora för att sammanfatta dem i ett fåtal fasta kategorier.

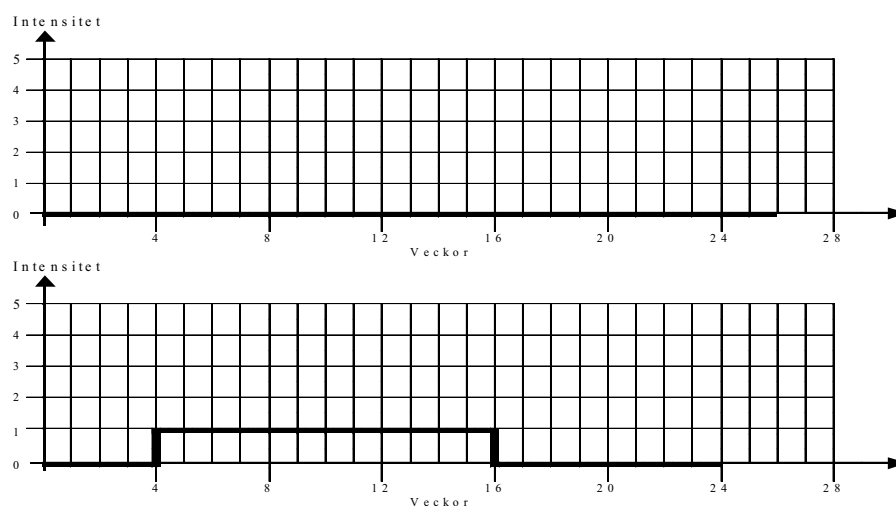
Tabell 15. Beskrivning och klassificering av återfall och missbruksmönster efter utskrivningen från LVM

Högsta intensitet	Antal veckor av missbruk med högsta intensitet	Tid för återfall	Antal veckor med lägre intensitet	Antal	Antal med 2 el. fler droger	Missbruksmönster
Ej bruk				18		1
Enstaka tillfälle	Högst 3 veckor	2:a veckan eller senare		11	6	1
		1:a veckan		3	2	1
	Mellan 4 och 8 veckor					
	Fler än 8 veckor men inte samtliga	2:a veckan eller senare		6	3	1
		1:a veckan		1		1
Samtliga	1:a veckan		2		1	
1-3 dagar/vecka	Högst 3 veckor	2:a veckan eller senare		4	1	1
		1:a veckan	Fler än 7 veckor	3	1	2
				3		1
	Mellan 4 och 8 veckor	2:a veckan eller senare		1	1	2
		1:a veckan		2	1	2
	Fler än 8 veckor men inte samtliga	2:a veckan eller senare		5	2	2
	Samtliga	1:a veckan		6	2	2
4-7 dagar/vecka	Högst 3 veckor	2:a veckan eller senare		15	6	2
		1:a veckan	Högst 12 veckor	3	2	2
			Högst 4 veckor	5	4	2
	Mellan 4 och 8 veckor	2:a veckan eller senare		4	1	2
		1:a veckan	Högst 16 veckor	5	1	2
			Högst 20 veckor	3	2	2
	Fler än 8 veckor men inte samtliga	2:a veckan eller senare	Drogfri i minst 8 veckor	1	1	2
				8	4	3
		1:a veckan	Drogfri i minst 8 veckor	9	3	3
	Samtliga	1:a veckan		9	5	3
				10	7	3
		14	2	3		
Totalt				152	57	

I tabell 15 redovisas först de ovan beskrivna klassificeringsfaktorerna och antalet klienter i respektive klass av missbruksmönster i kolumnen "antal". Det ger totalt 27 klasser. I kolumnen längst till höger i tabellen har de 27 klasserna komprimerats till tre mönstergrupper vilket beskrivs närmare nedan. I kolumnen "antal med två eller fler droger" redovisas antalet klienter som använt fler än en drog efter utskrivningen. Det visade sig att missbruksmönstren för andra, tredje och fjärde drog i hög utsträckning föl-

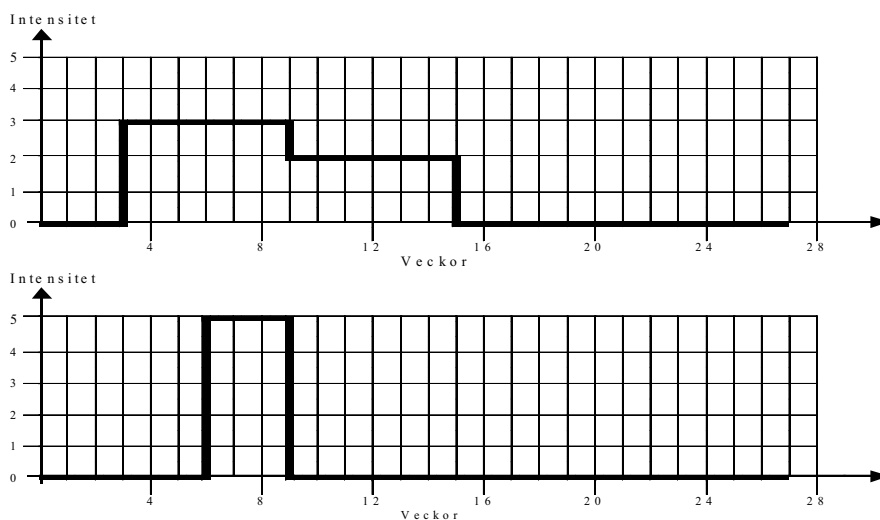
jer mönstret för huvuddrogen i tid och intensitet. Till en början bildades fem missbruksmönster utifrån de 27 klasserna men resultatet blev svårtolkat och därför valdes till slut tre mönstergrupper.

Den första mönstergruppen består av dem som har varit drogfria sedan utskrivningen (18 klienter) och dem som endast missbrukat vid enstaka tillfällen eller en kortare period (upp till tre veckor) med intensiteten 1–3 dagar per vecka. I figur 4 visas två typiska missbruksmönster för denna kategori. I den första bilden har det inte förekommit något missbruk sedan utskrivningen. I den andra har missbruk skett under några enstaka tillfällen under tre månaders tid från och med femte veckan efter utskrivningen. Denna mönstergrupp kännetecknas av ett *återhållsamt missbruk* och kommer fortsättningsvis att betecknas med M1 (mönstergrupp 1). Denna grupp består av 48 klienter (cirka en tredjedel) vilka det har gått bra för med avseende på missbruk sedan utskrivningen.



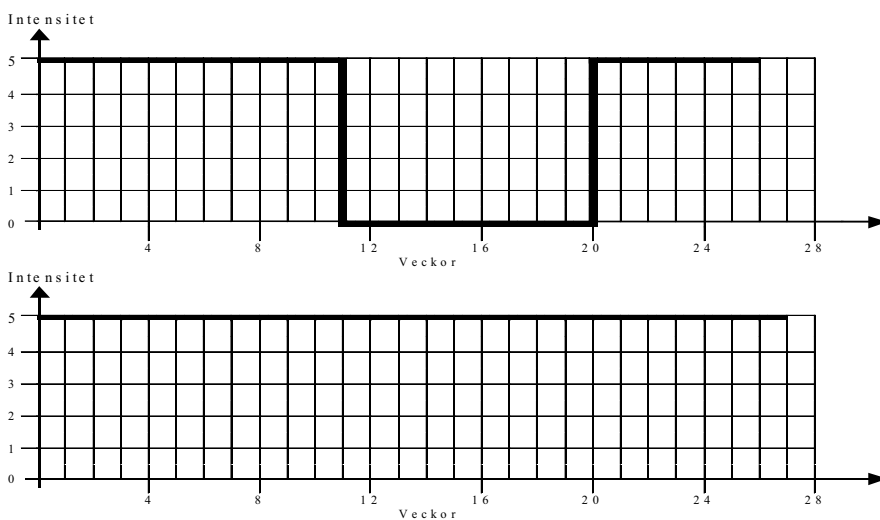
Figur 4. Mönstergrupp 1

Den andra mönstergruppen består av totalt 54 klienter och två vanliga mönster för denna grupp redovisas i figur 5. I den första bilden har första återfallet skett i fjärde veckan med en intensitet på 2–3 dagar per vecka. Missbruket har pågått under 6 veckor varefter missbruksintensiteten sjunkit (1 dag/vecka eller mindre) för att avbrytas helt efter ytterligare 6 veckor. Den andra bilden visar ett annat typiskt exempel, ett kortvarigt (tre veckor) men intensivt (dagligt) missbruk. Ytterligare ett vanligt mönster i denna grupp består av dem med ett intensivt missbruk (dagligen) under 4–8 veckor och sedan missbruk med en lägre intensitet eller upphörande av missbruket. Denna grupp kännetecknas av ett *moderat missbruk* och betecknas fortsättningsvis med M2 (mönstergrupp 2).



Figur 5. Mönstergrupp 2

I den tredje mönstergruppen finns i huvudsak två typer av missbruksmönster, dels de som missbrukat dagligen sedan utskrivningen, dels de som periodvis missbrukat dagligen men haft någon drogfri period (det är vanligt att klienten har haft någon form av institutionsboende under denna tid). I figur 6 visas två exempel på hur missbruksmönstret kan se ut i denna grupp. I den första figuren har klienten efter ungefär tre månaders dagligt missbruk haft ett uppehåll på cirka två månader för att sedan återuppta sitt dagliga missbruk. I den andra figuren visas mönstret för de klienter som missbrukat dagligen sedan utskrivningen. Den tredje gruppen består av 50 klienter och kännetecknas av ett *tungt missbruk* och betecknas fortsättningsvis med M3 (mönstergrupp 3).



Figur 6. Mönstergrupp 3

Datakvaliteten i missbruksmönster

Det är säkerligen orimligt att tro att alla kommer ihåg exakt hur missbruket sett ut under de senaste sex månaderna. Tillförlitligheten varierar säkert också beroende på hur det faktiska missbruket sett ut över tiden. Uppgifterna från den som inte missbrukat någon gång eller missbrukat dagligen torde rimligen vara "mer" korrekta än från dem som haft stor variation i missbrukets intensitet och längd. Det är också troligare att klienterna minns sitt missbruksmönster bättre under de första respektive de senaste veckorna än för perioden 2–5 månader efter utskrivning. Det är dock inte helt avgörande för klassificeringen och slutsatserna om återfallet skett under vecka 4 eller 5, utan bara att det har inträffat ungefär en månad efter utskrivningen och med vilken intensitet. Det bör ytterligare en gång påpekas att klassificeringen av missbruksmönstren kan ske på många andra sätt och att det finns andra metoder att analysera materialet. I de följande kapitlen kommer dessa tre mönstergrupper att beskrivas utifrån in-, ut- och uppföljningsdata.

5 Mönstergrupper och utfall

Kapitlet inleds med ett avsnitt där uppföljningsgruppen (totalcolumnen i tabellerna) och mönstergrupperna beskrivs och jämförs allmänt utifrån sammanfattningsmått från in- och utskrivning. Därefter följer ett avsnitt som redovisar den allmänna livssituationen vid uppföljning för mönstergrupperna. I det sista avsnittet redovisas utfallet i mönstergruppsfördelning för några variabler/sammanfattningsmått från de tre frågeformulären.

I detta liksom de tidigare kapitlen står *L* för låg problemlnivå, *M* för mellan och *H* för hög problemlnivå. I några fall är det även aktuellt med en fjärde nivå som betecknas med *MH* som står för mycket hög problemlnivå. I alkohol- och narkotikaavsnittet används ibland beteckningen *ER*, vilket betyder att drogen inte har använts regelbundet. Vidare står *M1* för återhållsamhet i fråga om drogbruk, *M2* för moderat missbruk och *M3* för tungt drogmissbruk efter utskrivningen.

5.1 Uppföljningsgruppen och mönstergrupperna

Avsnittet är strukturerat efter in- och utskrivningsintervjuerna och beskrivningen av uppföljningsgruppen och jämförelserna mellan mönstergrupperna baseras på sammanfattningsmått kompletterat med frågor om lagrum, myndighetskontakter och vårdinsatser under behandlingstiden.

5.1.1 Inskrivningsdata

Medelåldern i uppföljningsgruppen är 39 år (tabell 16) och det är ingen skillnad i medelålder mellan mönstergrupperna.

Tabell 16. Medelålder och standardavvikelse för olika grupper av missbruksmönster efter utskrivningen

	Mönstergrupp			Totalt
	M1	M2	M3	
Medelvärde	40	40	39	39
Standardavvikelse	11	11	11	11
Antal	48	54	50	152

Boendeform innan inskrivning

Tabell 17 ger att 64 procent av klienterna hade eget boende (kategori L) sex månader innan inskrivning men att andelen sjönk till 57 procent för perioden de senaste 30 dagarna medan andelen hemlösa (kategori H) ökade från 9 till 16 procent. Vidare kan utläsas att de klienter som klassificerats tillhö-

rande mönstergrupp 1 (återhållsamt missbruk) i högre grad har eget boende än de två andra grupperna med svårare missbruksproblem efter utskrivning.

Familj och umgänge innan inskrivning

Knappt var tredje hade stora problem med familj och umgänge (totalt i livet). Denna andel är drygt tio procentenheter lägre för perioden de senaste 30 dagarna. Det finns inga större skillnader mellan mönstergrupperna ifråga om familj och umgänge oavsett tidsperiod.

Uppväxtmiljö innan inskrivning

Knappt hälften (48%) av uppföljningsgruppen har haft en hög problemnivå under uppväxten (hög problemnivå betyder att klienten har bott hos fosterfamilj, institutionsboende etc. och att det förekommit missbruksproblem och/eller psykiska problem i familjen). Det råder endast mindre skillnader mellan mönstergrupperna.

Försörjning innan inskrivning

Det finns tre sammanfattningsmått för försörjning: totalt i livet, de senaste 6 månaderna och de senaste 30 dagarna. För perioden totalt i livet är andelarna för uppföljningsgruppen ganska jämnt fördelade över problemnivåerna (L, M och H). Det är heller inga större skillnader mellan grupperna. Sammanfattningsmått för de två senare perioderna är konstruerade på samma sätt och kategorin Låg står för en mer aktiv försörjning (lön, studiebidrag etc) och H för en mer passiv (förtidspension, socialbidrag etc). Det är ungefär 60 procent av uppföljningsgruppen som har en hög problemnivå vilket gäller för båda tidsperioderna. Mönstergrupp 3 har något högre problemnivå än de övriga två grupperna men skillnaderna är små.

Missbruk innan inskrivning

Det finns två sammanfattningsmått för varje huvudgrupp av drog: alkohol, opiater, dämpande mediciner, centralstimulantia och cannabis. Det första måttet som behandlar perioden totalt i livet är konstruerat utifrån debutålder, antal år av regelbunden användning och i de fall det är relevant intagningsätt. Det andra måttet baseras på antal dagar av de senaste 30 som klienten missbrukat. Om en klient inte använt någon drog används kategorin Ej relevant (ER).

Ungefär 90 procent av uppföljningsgruppen har missbrukat alkohol totalt i livet. Ungefär hälften har en hög problemnivå totalt i livet och skillnaderna mellan grupperna är inte så stora. Under den senaste 30-dagarsperioden finns större skillnader mellan grupperna där mönstergrupp 3 utmärker sig genom att i mindre utsträckning än de övriga två grupperna ha missbrukat alkohol. Knappt 60 procent har inte missbrukat opiater någon gång jämfört med drygt 70 procent under de senaste 30 dagarna. Skillnaderna mellan mönstergrup-

Tabell 17*. Sammanfattande problemnivåer vid inskrivning för de tre mönstergrupperna för missbruk

Område		Totalt i livet				Senaste 6 månaderna				Senaste 30 dagarna				
		M1	M2	M3	Tot.	M1	M2	M3	Tot.	M1	M2	M3	Tot.	
Boendeform	L					74	67	50	63	62	65	46	57	
	M					20	19	32	24	15	21	30	22	
	H					4	6	2	4	8	2	4	5	
	MH					2	8	16	9	15	12	20	16	
Familj och umgänge	L	49	51	54	52					41	42	37	40	
	M	19	21	15	18					23	36	29	30	
	H	32	28	31	30					36	22	34	30	
Uppväxtmiljö	L	33	35	34	34									
	M	20	14	21	18									
	H	47	51	45	48									
Försörjning	L	40	37	39	38	42	56	35	44	40	50	36	42	
	M	31	38	27	33									
	H	29	25	34	29	58	44	65	56	60	50	64	58	
Drog	Alkohol	ER	9	6	12	9					34	16	45	31
		L	15	13	16	14					32	39	17	30
		M	24	29	36	30					11	25	13	16
		H	52	52	36	47					23	20	25	23
	Opiater	ER	54	63	54	57					74	76	67	72
		L	22	12	17	17					9	6	11	9
		M	12	10	11	11								
		H	12	14	17	15					17	18	22	19
	Dämpande mediciner	ER	48	71	49	57					62	78	57	66
		L	13	8	16	12					10	10	17	13
		M	13	2	11	8								
		H	26	19	24	23					28	12	26	21
	Centralstimulantia	ER	48	57	47	51					70	78	75	74
		L	9	8	23	14					16	18	10	15
		M	14	12	9	11								
		H	29	23	21	24					14	4	15	11
Cannabis	ER	52	53	48	51					80	72	78	77	
	L	18	25	24	22					9	18	11	13	
	M	14	12	13	13									
	H	16	10	15	14					11	10	11	10	
Behandling/vård	L	5	23	10	13									
	M	31	9	9	16									
	H	64	68	81	71									
Självhjälp	L					24	13	15	17					
	M					11	10	4	8					
	H					65	77	81	75					
Fysisk hälsa	L									32	36	33	34	
	M									27	31	29	29	
	H									41	33	38	37	
Övergrepp	L	64	58	60	60									
	H	36	42	40	40									
Psyisk hälsa	L	42	44	42	43					35	32	31	33	
	M	11	21	19	17					44	51	40	45	
	H	47	35	39	40					21	17	29	22	
Kriminalitet	L	16	23	15	18	76	80	85	80					
	H	84	77	85	82	24	20	15	20					

* En tabell med antalet observationer för respektive cell återfinns i appendix D (tabell D.2).

perna är av mindre omfattning. Ungefär samma mönster återfinns i hela uppföljningsgruppen och mönstergrupperna för dämpande mediciner. Ungefär hälften av uppföljningsgruppen och mönstergrupperna har missbrukat centralstimulantia totalt i livet och cirka 25 procent under de senaste 30 dagarna. Det finns inte några direkta skillnader mellan mönstergrupperna. Ungefär samma mönster går igen för cannabis men med något mindre andelar för den högsta problemnivån.

Behandling och vård innan inskrivning

Behandling totalt i livet är ett sammanfattningsmått som innehåller avgiftning, dygnsvård, vård enligt LVU (lagen om vård av unga) och LVM. De som bedömts ha hög problemnivå har avgiftats och dygnsvårdats fler än 10 gånger och vårdats tidigare enligt LVU/LVM. Av uppföljningsgruppen har 71 procent hög problemnivå. I gruppen med intensivt missbruk efter utskrivningen (M3) har 82 procent den högsta problemnivån vilket är högre än i M1 (64%) och M2 (68%).

Självhjälp innan inskrivning

För sammanfattningsmättet om självhjälp står Låg problemnivå för kontakt med självhjälsorganisation en eller flera gånger per vecka, Mellan för en gång varannan vecka eller en gång per månad medan Hög problemnivå betyder ingen kontakt. Av uppföljningsgruppen har 75 procent hög problemnivå (ingen kontakt). I mönstergrupp 3 är det 81 procent som inte har haft någon kontakt alls med självhjälsgrupper och andelarna är något lägre i M1 och M2.

Fysisk hälsa innan inskrivning

Fysisk hälsa mäts genom antalet dagar som klienten upplevt hälsoproblem av de senaste 30 dagarna och med förekomst av hepatit. Resultatet fördelar sig ganska jämnt mellan problemnivåerna så att 1/3 har bedömts ha små hälsoproblem, knappt 1/3 mellanstora och drygt 1/3 stora hälsoproblem. Det finns inga större skillnader mellan mönstergrupperna ifråga om fysisk hälsa.

Övergrepp innan inskrivning

Sammanfattningsmättet övergrepp har två problemnivåer där Hög står för om det skett något övergrepp av fysiskt, psykiskt eller sexuellt slag. Av uppföljningsgruppen har 40 procent utsatts för något slags övergrepp och det finns inga större skillnader mellan mönstergrupperna.

Psykisk hälsa innan inskrivning

Psykisk hälsa totalt i livet är ett komplext index som består dels av frågor om psykiatrisk frivillig- och tvångsvård, dels av upplevda psykiska symtom och självmordsförsök. En klient som antingen gjort självmordsförsök eller tvångs-

vårdats inom psykiatri har bedömts ha hög problemnivå. Även de som upplevt längre tid av psykisk ohälsa på fler än hälften av de 8 uppräknade symtomen i frågeformuläret har bedömts ha hög problemnivå. Totalt hamnar 40 procent av uppföljningsgruppen i den kategorin. Det finns endast mindre skillnader mellan grupperna. Under den senaste 30-dagarsperioden har 22 procent upplevt psykiska problem under mer än 10 dagar (kategori Hög). Det finns inga större skillnader mellan mönstergrupperna med avseende på psykisk hälsa.

Kriminalitet innan inskrivning

Kriminalitet har endast bedömts utifrån antal brott klienten dömts för. Låg kriminalitet betyder att man inte dömts för något brott och hög kriminalitet att man dömts för minst ett brott. Totalt har 70 procent av uppföljningsgruppen dömts för något brott. Det finns inga större skillnader mellan mönstergrupperna ifråga om kriminalitet.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis handlar det om en grupp utsatta missbrukare där hälften inte har eget boende, hälften har vuxit upp i en miljö med missbruk och psykisk ohälsa. Missbrukserfarenheten totalt i livet är omfattande liksom erfarenhet av vård och behandling för missbruk och psykiska problem. Kriminaliteten är hög. Det är en negativt selekterad grupp av missbrukare. Det finns inga större skillnader mellan mönstergrupperna ifråga om omständigheter kring familj och umgänge, uppväxtmiljö, försörjning, fysisk och psykisk hälsa, övergrepp och kriminalitet. Inte heller missbruket skiljde sig markant mellan grupperna vid inskrivningstidpunkten. De skillnader som kan noteras är att gruppen med återhållsamt missbruk efter utskrivningen (M1) i högre grad har ett eget boende och att de med tungt missbruk efter utskrivningen (M3) i högre grad är hemlösa. Vårderfarenheten varierar något. De med intensivt missbruk efter utskrivningen (M3) har angett fler vårdtillfällen och/eller tidigare tvångsvård. Vi kan alltså inte hänföra skillnader i utfall i missbruksmönster 6 månader efter vård till skillnader vid inskrivningstidpunkten.

5.1.2 Utskrivningsdata

Resterande delen av detta avsnitt utgår från frågor och sammanfattningsmått från utskrivningstillfället. Tabell 18 visar att 18 procent av uppföljningsgruppen har vårdats jml SoL § 6. Andelen frivilligt vårdade är något högre i mönstergrupp 1 och 2 (25 respektive 22%) än i M3 (8%). Vård under frivilliga former är alltså vanligare i grupperna med återhållsamt och moderat missbruk. 19 procent av uppföljningsgruppen har skrivits in enligt LVM § 4 och ut enligt LVM § 4. Denna planerade in- och utskrivningsgrund är vanligare i mönstergrupp 3 än i de övriga två grupperna. Totalt har 61 procent skrivits

in omedelbart enligt § 13 och två tredjedelar stannat för vård (skrivits ut enligt LVM § 4). Det är vanligare att klienterna med moderat missbruk efter behandlingen har skrivits ut enligt LVM § 13.

Tabell 18. Lagparagraf vid in- och utskrivning för de tre mönstergrupperna

	Mönstergrupp			Totalt
	M1	M2	M3	
Annat lagrum	2	4		2
Inskriven enligt SoL §6 och utskriven enligt SoL §6	25	22	8	18
Inskriven enligt LVM §4 och utskriven enligt LVM §4	12	15	30	19
Inskriven enligt LVM §13 och utskriven enligt LVM §4	48	39	48	45
Inskriven enligt LVM §13 och utskriven enligt LVM §13	13	20	14	16
Totalt	100	100	100	100
Antal	48	54	50	152

Tabell 19 visar att behandlingstiden är i medeltal 130 dagar för uppföljningsgruppen som helhet. För mönstergrupp 1 och 3 är behandlingstiden i medeltal något längre men något kortare för M2. Medelantalet är beräknat för samtliga klienter i respektive grupp och eftersom andelen som skrivits ut enligt LVM § 13 (kort behandlingstid) är högst i M2 förklarar det den kortare behandlingstiden i den gruppen. De som vårdats frivilligt har också i regel kortare vårdtider.

Tabell 19. Antal dagar i behandling

	Mönstergrupp			Totalt
	M1	M2	M3	
Medelvärde	140	105	147	130
Standardavvikelse	86	84	83	86
Antal	48	54	50	152

Tabell 20. Fortsatt vård i frivillig form, utskrivna jml LVM § 4

	Mönstergrupp			Totalt
	M1	M2	M3	
Nej	45	42	68	53
Fortsatt vård enl SoL §6 i samma HVB där LVM avslutades	15	15	6	11
Vård enligt SoL §6 i annat HVB	7	12	8	9
Vård i familjehem	7	4	9	7
Öppenvård	26	27	9	19
Totalt	100	100	100	100
Antal	27	26	35	88

Knappt hälften (tabell 20) har planerat fortsatt vård i frivillig form efter avslutad tvångsvård enl LVM § 4. Av dem som har planerat fortsatt vård skall 20 procent få fortsatt institutionsvård, 7 procent familjehemsvård och 19 procent öppenvård. Skillnaderna mellan olika mönstergrupper för planerad fri-

villig vård efter utskrivningen är ganska stora. Nästan 70 procent av klienterna med tungt missbruk (M3) vid uppföljning har vid utskrivningen ingen planerad frivillig vård jämfört med 44 respektive 42 procent för M1 och M2.

I tabell 21 redovisas sammanfattningsmått för utskrivningsdata. Siffrorna i tabellen baseras på de klienter som skrevs ut enligt LVM § 4. En femtedel av uppföljningsgruppen (totalkolumnen i tabellen) har avskilts någon gång under vårdtiden. Cirka 2/3 har avvikit en eller flera gånger under tiden i tvångsvård, vilket är anmärkningsvärt högt. Majoriteten (78%) har placerats enligt LVM § 27, det vill säga lämnat LVM-institutionen och vårdats på en frivillig institution, i familjevård eller i öppenvård under inskrivningstiden i tvångsvård. Drygt var fjärde i uppföljningsgruppen kan betecknas som "strulpelle". De har avvikit och avskilts under vårdtiden och/eller inte kunnat placeras enligt LVM § 27. För dessa fyra sammanfattningsmått finns vissa skillnader mellan mönstergrupperna. De klienter som haft ett tungt missbruk efter tvångsvården (M3) har i högre utsträckning avskilts (31%) än de med moderat (20%) och återhållsamt missbruk (7%). Likaså har mönstergrupp 3 i högre utsträckning avvikit (76%) vilket är drygt 15 procentenheter högre än för de två andra grupperna. Det finns endast mindre skillnader mellan grupperna

Tabell 21. Sammanfattningsmått i utskrivningsintervjun för de tre mönstergrupperna (LVM § 4)

Område		Mönstergrupp			Totalt
		M1	M2	M3	
Avskild	L	93	80	69	80
	H	7	20	31	20
	Totalt	100	100	100	100
	Antal	27	25	36	88
Avviken	L	41	42	24	34
	H	59	58	76	66
	Totalt	100	100	100	100
	Antal	27	26	37	90
Placerad enligt §27	L	81	76	78	78
	H	19	24	22	22
	Totalt	100	100	100	100
	Antal	26	25	36	87
Strulpelleindex	L	38	38	20	31
	M	50	33	43	42
	H	12	29	37	27
	Totalt	100	100	100	100
	Antal	26	24	35	85
Droger	L	12	27	16	18
	H	88	73	84	82
	Totalt	100	100	100	100
	Antal	26	26	37	89
Boendeform	L	41	38	35	38
	M	30	27	38	32
	H	29	31	19	26
	MH		4	8	4
	Totalt	100	100	100	100
	Antal	27	26	37	90

ifråga om LVM § 27-placeringar. Klienterna med tungt missbruk efter behandlingen har i högre utsträckning varit "strulpelle" under behandlingstiden.

Bruk av alkohol eller narkotika under vårdtiden förekommer i stor utsträckning (82%). Det har naturligtvis i de flesta fallen skett utanför institutionen i samband med avvikning eller under LVM § 27-vistelse. Bortfallet är stort på frågorna om var missbruket skett, varför vi har valt att inte redovisa uppgifterna. Högsta andelar med missbruk under behandlingstiden återfinns i mönstergrupp 1 följt av M3 och M2.

38 procent av uppföljningsgruppen har vid utskrivning planerat eget boende, 32 procent har planerat boende i någon ordnad form (boende i andra hand, inneboende, hos föräldrar etc), 26 procent på institution, familjevård eller liknande och 4 procent blir bostadslösa. Högst andel eget boende (41%) återfinns bland dem med återhållsamt missbruk (M1) och de som inte hade planerat något boende överhuvudtaget (bostadslösa) återfinns till största del i mönstergrupp 3. Sex månader innan hade 63 procent eget boende vilket är betydligt högre än de 38 procent som har planerat eget boende efter behandling. Detta kan eventuellt förklaras av att en del går vidare till institutions- eller familjevård.

Vårdinsatser under behandlingstiden

I tabell 22 framgår att de flesta i uppföljningsgruppen har fått samtal av utredande (82%), motiverande (94%) och rådgivande/stödande karaktär (91%). Samtal av utredande karaktär är något vanligare i gruppen med återhållsamt missbruk (M1) följt av dem med moderat missbruk (81%) och tungt missbruk (76%). Skillnaderna är något mindre för samtal av motiverande och rådgivande/stödande karaktär. Knappt hälften av uppföljningsgruppen (43%) har genomfört psykiatrisk utredning. Något högre andel finns i gruppen med moderat missbruk (M2) vilket kan vara ett tecken på att M2 har större psykisk problematik. Socialutredning har genomförts för 30 procent och är vanli-

Tabell 22. Andel som fått olika vårdinsatser under behandlingstiden och missbruksmönster (för klienter som vårdats jml LVM § 4)

	Mönstergrupp			Totalt	Antal
	M1	M2	M3		
Samtal av utredande karaktär	92	81	76	82	89
Samtal av motiverande karaktär	92	96	95	94	89
Samtal av rådgivande/stödande karaktär	92	92	89	91	89
Psykiatrisk utredning, bedömning	37	58	36	43	89
Social utredning	37	32	24	30	89
Ekonomisk hjälp, stöd	62	56	41	51	88
Arbetssträning	59	50	43	50	90
Social färdighetsträning	63	31	32	41	90
Ekonomisk färdighetsträning	19	20	11	16	88
Arbetsanskaffning	15	17	11	14	87
Bostadsanskaffning	33	32	24	29	89
Nätverksstöd	44	31	27	33	90

gast i gruppen med återhållsamt missbruk. Social färdighetsträning skiljer sig mellan grupperna, M1 har fått sådan träning i betydligt högre utsträckning än M2 och M3. Det är ovanligare med ekonomisk färdighetsträning (16%) och arbetsanskaffning (14%). 29 procent av uppföljningsgruppen har fått hjälp med bostadsanskaffning och denna vårdinsats är vanligare i mönstergrupp 1 och 2 än i mönstergrupp 3. En tredjedel har fått nätverksstöd och detta är vanligast i gruppen med återhållsamt missbruk (M1).

I detta avsnitt har uppföljningsgruppen som helhet och mönstergrupperna jämförts med avseende på frågor och sammanfattningsmått från in- och utskrivningsformulären.

Planerade myndighetskontakter och vårdinsatser efter utskrivning

LVM-tiden syftar till att motivera till fortsatt vård och behandling i frivillig form. Planering av vård- och myndighetskontakter för det fortsatta rehabiliteringsarbetet är därför en väsentlig del i LVM-vården. Vi har här valt att redovisa planerade myndighets- och vårdkontakter, gjorda under LVM-tiden, för de klienter som vårdats under tvång enligt LVM § 4. Avsikten är att granska ifall de tre mönstergrupperna skiljer sig åt med avseende på planering, det vill säga om de som minskat sin alkohol-/drogkonsumtion fått fler planerade kontakter än de som inte minskat sitt missbruk.

I tabell 23 framgår att planerade kontakter med försäkringskassan är betydligt vanligare i mönstergrupp 2 och mönstergrupp 3, alltså i de två grupperna med allvarligast missbruk vid uppföljningen. Planerad kontakt med socialförvaltning om ekonomiska frågor är vanligare i M1 och M2. Majoriteten i alla tre mönstergrupperna planerar kontakt med behandlingsansvarig socialsekreterare efter avslutad LVM-vård. Här skiljer sig inte grupperna åt. Planerad kontakt med särskilt öppenvårdsprojekt, strukturerad dagvård och psykoterapeutisk kontakt är totalt sett mindre vanliga, men något vanligare

Tabell 23. Andel som planerat myndighetskontakter efter utskrivning uppdelat efter missbruksmönster (för klienter som vårdats jml § 4 LVM)

	Mönstergrupp			Totalt	Antal
	M1	M2	M3		
Försäkringskassa	25	58	51	46	83
Frivårdsmyndighet eller kriminalvård	24	30	14	22	83
Arbetsförmedling	20	25	23	23	84
Socialtjänst, ekonomiskt bistånd	56	60	29	46	85
Kronofogde	8	36	9	17	84
Sjukvården	32	40	20	29	85
Behandlingsansvarig socialsekreterare	84	85	71	79	86
Öppenvårdsmottagning, alkohol eller narkotika	29	27	23	26	85
Öppenvårdsprojekt	36	12	14	20	86
Strukturerad dagvård	16	4	6	8	86
Psykoterapeut eller psykiatrisk mottagning	16	23	6	14	85
Nuvarande institution eller behandlingsenhet	17	27	29	25	84
Självhjälporganisation	21	15	14	16	85

i gruppen med återhållsamt missbruk efter utskrivningen, M1, än i de andra två grupperna, vilket stärker antagandet att planerad eftervårdskontakt är väsentlig för positivt utfall av vården. Även kontakt med självhjälpsorganisationer är ovanlig, dock något vanligare i M1.

5.2 Resultat från uppföljningsstudien

I detta avsnitt behandlas hur klienternas livssituation ser ut i hela uppföljningsgruppen och uppdelat i de tre mönstergrupperna. Beskrivningen och jämförelserna baseras i stor utsträckning på sammanfattningsmått från uppföljningsintervjun (appendix C.3). Sammanfattningsmått behandlar två tidsperioder före uppföljningstillfället, de senaste 6 månaderna och de senaste 30 dagarna. För flertalet av sammanfattningsmått finns påtagliga skillnader mellan mönstergrupperna (tabell 24).

Boendeform efter utskrivning

Av uppföljningsgruppen som helhet har knappt hälften eget boende (kategori L) efter utskrivning för båda tidsperioderna senaste 6 månaderna och senaste 30 dagarna. Andelarna är något högre i mönstergrupp 1 och något lägre i mönstergrupp 3. Totalt 7 procent är hemlösa (kategori MH) och samtliga dessa återfinns i mönstergrupp 3. Med andra ord har gruppen med återhållsamt missbruk efter behandlingen bättre bostadssituation än de med tungt missbruk (M3).

Familj och umgänge efter utskrivning

Drygt hälften av uppföljningsgruppen har hög problemnivå med familj och umgänge (för indexkonstruktionen se appendix C.3). Tre av fyra (74%) av mönstergrupp 3 har hög problemnivå men bara 13 procent i M1. En betydligt större andel i mönstergrupp 1 (49%) har goda relationer och umgänge medan motsvarande andelar i M2 och M3 är 31 respektive 13 procent. Detta stämmer väl med andra undersökningsresultat som visar att socialt nätverk är betydelsefullt för rehabilitering av missbrukare (Blomqvist, 1999).

Försörjning efter utskrivning

Endast mindre skillnader finns mellan mönstergrupperna ifråga om försörjning efter utskrivning.

Behandling, vård och deltagande i självhjälpsgrupper efter utskrivningen

Ungefär hälften av klienterna i uppföljningsgruppen som helhet har hög problemnivå på behandling/vård. Hög problemnivå betyder att klienten efter utskrivning har varit föremål för tillnyktring/avgiftning och/eller blivit omedelbart omhändertagen enligt LVM eller har fått en LVM-dom fastställd i länsrätten. Vård och behandling under uppföljningstiden är betydligt vanligare i mönstergrupp 3 (85%) jämfört med M1 (13%).

Tabell 24. Sammanfattningsmått för mönstergrupper och uppföljningsdata i procent

Område		6 månaderna				30 dagarna			
		M1	M2	M3	Totalt	M1	M2	M3	Totalt
Boendeform	L	56	48	40	48	58	54	34	49
	M	21	26	28	25	19	18	26	21
	H	23	26	12	20	23	28	28	26
	MH			20	7			12	4
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	48	54	50	152	48	54	50	152
Familj och umgänge	L	49	31	13	31				
	M	9	24	13	16				
	H	42	45	74	53				
	Totalt	100	100	100	100				
	Antal	43	51	46	140				
Försörjning	L	40	51	36	42	35	52	37	42
	H	60	49	64	58	65	48	63	58
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	48	53	50	151	48	54	49	151
Behandling/vård	L	87	45	15	49				
	H	13	55	85	51				
	Totalt	100	100	100	100				
	Antal	46	53	46	145				
Självhjälp	L	35	22	12	23				
	M	17	15	10	14				
	H	48	63	78	63				
	Totalt	100	100	100	100				
	Antal	46	54	50	150				
Fysisk hälsa	L	85	85	76	82	71	64	63	65
	M					9	19	10	13
	H	15	15	24	18	20	17	27	22
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	46	52	49	147	44	52	48	144
Psykisk hälsa	L	40	26	22	29	56	63	50	56
	M	45	52	39	46	23	21	19	21
	H	15	22	39	25	21	16	31	23
		100	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	47	54	49	150	43	51	48	142
Kriminalitet	L	79	51	48	59	98	87	73	85
	H	21	49	52	41	2	13	27	15
	Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
	Antal	47	53	50	150	41	52	48	141

Självhjälp efter utskrivning

För sammanfattningsmättet självhjälp står Låg problemlnivå för kontakt med självhjälsorganisation en eller flera gånger per vecka, Mellan för kontakt en gång varannan vecka eller en gång per månad medan Hög problemlnivå betyder ingen kontakt. Av uppföljningsgruppen har 63 procent ingen kontakt med självhjälsgrupper (kategori Hög). I mönstergrupp 3, de med tungt missbruk, har 63 procent inte haft någon kontakt medan motsvarande siffra för M1 är 48 procent. Betydligt större andel av M1 (35%) har haft kontakt en eller flera gånger per vecka än M3, gruppen med tungt missbruk (12%).

Motsvarande andel i mönstergrupp 2 ligger mitt emellan M1 och M3. Det finns alltså ett starkt samband mellan mönstergruppstillhörighet och deltagande i självhjälpgrupper. Det finns stöd för sådant samband i tidigare forskning (Gerdner, 1998).

Fysisk och psykisk hälsa efter utskrivning

I sammanfattningsmättet för fysisk hälsa under de senaste 6 månaderna består problemnivån Hög av dem som behandlats av läkare i somatisk dygnsvård och Låg om denna vård inte varit aktuell. För perioden de senaste 30 dagarna utgörs sammanfattningsmättet av en kombination av hur många dagar klienten upplevt fysiska problem och förekomst av hepatit B och C (för en detaljerad beskrivning se appendix C.3). Under den senaste 6-månadersperioden har ungefär 20 procent en hög problemnivå; högst i mönstergrupp 3 men skillnaderna mellan grupperna är små. Under den senaste 30-dagarsperioden har återigen mönstergrupp 3 högst andel med Hög problemnivå men hälften av uppföljningsgruppen som helhet har Låg problemnivå.

Psykisk hälsa efter utskrivning

Det finns två sammanfattningsmått med lite olika konstruktion för psykisk hälsa. Måttet för den senaste 6-månadersperioden är det mer komplexa av de två och för en fullständig beskrivning av detta hänvisas till appendix C.3. Måttet för den senaste 30-dagarsperioden baseras bara på frågan om hur många dagar av de senaste 30 klienten har upplevt känslomässiga eller psykologiska problem. Här finns mindre skillnader mellan mönstergrupperna. Skillnaderna är större mellan mönstergrupperna under den senaste 6-månadersperioden. Av mönstergrupp 3 har 39 procent Hög problemnivå medan motsvarande andelar för M1 och M2 är 15 respektive 22 procent.

Kriminalitet efter utskrivning

Det finns tydliga samband mellan mönstergruppstillhörighet och kriminalitet efter utskrivning. M1 har betydligt lägre problemnivå än mönstergrupp 2 och 3. Detta samband är tydligast för sammanfattningsmättet för de senaste 30 dagarna.

Sammanfattning

Om vi jämför med situationen under de senaste 30 dagarna före inskrivning med motsvarande period före uppföljningstillfället tycks fler befinna sig på institution, färre i eget boende och färre är bostadslösa. Den fysiska hälsan har förbättrats – andelen med små hälsoproblem har ökat från 34 till 65 procent. Andelen utan några direkta psykiska problem har också ökat från 33 till 56 procent.

I tabell 25 redovisas de drogkombinationer som varit aktuella efter utskrivningen. I kapitel 4 framgick att 18 klienter hade varit drogfria sedan utskrivningen. I mönstergrupp 2 har ungefär hälften enbart missbrukat alkohol medan andelen är något lägre för M3 och lägst för M1. Mönstergrupp 3 har i högre grad missbrukat narkotika än de övriga grupperna. Samma mönster går igen för kategorin alkohol/narkotika/dämpande mediciner.

I tabell 26 redovisas olika vårdformer som varit aktuella efter utskrivningen i de tre mönstergrupperna. Bara andelen ja-svar i respektive mönstergrupp redovisas i tabellen. För några av frågorna är skillnaderna mellan grupperna ganska stora och i samtliga fall utom ett (behandling för missbruk i öppenvård/dagvård) är trenden densamma, lägst andelar för mönstergrupp 1 och högst för mönstergrupp 3 och däremellan mönstergrupp 2. 13 procent av mönstergrupp 1 har avgiftats under den 6 månader långa uppföljningstiden medan motsvarande andelar för M2 och M3 är 36 respektive 66 procent. Däremot har de tre mönstergrupperna i lika hög grad fått behandling i öppenvård. M1 har också i mindre utsträckning varit intagna på behandlingshem. Var femte (20%) av mönstergrupp 2 och 3 har blivit omedelbart omhändertagen enligt LVM respektive fått en LVM-dom i länsrätten.

Tabell 25. Drogkombinationer och missbruksmönster efter utskrivningen i procent

	Mönstergrupp			Totalt
	M1	M2	M3	
Ej relevant	38			12
Alkohol	31	52	42	42
Alkohol/dämpande/lösningsmedel		4		1
Narkotika	8	6	22	12
Narkotika/dämpande mediciner	4	9	8	7
Alkohol/narkotika	19	20	16	18
Alkohol/narkotika/dämpande mediciner		9	12	7
Totalt	100	100	100	100
Antal	48	54	50	152

Tabell 26. Vård de senaste 6 månaderna i någon av följande former (andel som svarat ja) och missbruksmönster efter utskrivning

	Mönstergrupp			Totalt	Antal
	M1	M2	M3		
Tillnyktring (högst 24 timmar)	4	23	32	20	147
Avgiftning (längre än 24 timmar)	13	36	66	38	146
Behandling för missbruk i öppenvård/dagvård	24	19	24	22	145
Behandling för missbruk på behandlingshem	28	38	39	35	149
LVM – omedelbart omhändertagande	4	19	23	16	147
LVM-dom i länsrätt	6	18	19	14	146

5.2.1 Upplevda förändringar av livssituationen efter utskrivningen

I uppföljningsformuläret avslutas de flesta områdena med en fråga om klienten upplevt att det skett någon förändring under de senaste 6 månaderna. Svarkategorierna är förbättring, ingen förändring och försämring. I tabell 27 redovisas svarsandelarna efter återfalls- och missbruksmönster efter utskrivningen. I redovisningen av andelarna görs först en genomgång av uppföljningsgruppen som helhet följt av en jämförelse mellan mönstergrupperna.

28 procent av uppföljningsgruppen tycker att det skett en förbättring i boendet medan 10 procent anger en försämring av sin boendesituation. 27 procent upplever att det skett en förbättring och 7 procent att det skett en försämring av arbetssituationen. När det gäller familjerelationer uppger knappt hälften (47%) en förbättring. För själva missbruket uppger 70 pro-

Tabell 27. Förändring i boende, familjerelationer, utbildning, arbete, ekonomi, missbruk, fysisk hälsa, psykisk hälsa och kriminalitet och mönstergrupper för återfall och missbruk efter utskrivningen (andelar)

		Mönstergrupp			Totalt
		M1	M2	M3	
Boende	Förbättring	42	25	18	28
	Ingen förändring	54	65	66	62
	Försämring	4	10	16	10
	Antal	46	51	50	147
Familjerelationer	Förbättring	62	50	29	47
	Ingen förändring	34	43	59	45
	Försämring	4	7	12	8
	Antal	47	54	49	150
Arbete	Förbättring	37	40	7	27
	Ingen förändring	63	54	80	66
	Försämring		6	13	7
	Antal	38	47	46	131
Ekonomi	Förbättring	35	42	14	30
	Ingen förändring	65	46	65	59
	Försämring		12	21	11
	Antal	46	50	49	145
Missbruk	Förbättring	93	81	35	70
	Ingen förändring	7	17	55	26
	Försämring		2	10	4
	Antal	45	54	49	148
Fysisk hälsa	Förbättring	64	54	22	46
	Ingen förändring	29	29	45	35
	Försämring	7	17	33	19
	Antal	44	54	49	147
Psykisk hälsa	Förbättring	74	54	27	51
	Ingen förändring	22	38	40	34
	Försämring	4	8	33	15
	Antal	46	52	48	146
Kriminalitet	Förbättring	56	47	27	41
	Ingen förändring	44	50	66	55
	Försämring		3	7	4
	Antal	27	30	44	101

cent att det har skett en förbättring, 26 procent att det inte skett någon förändring och 4 procent uppger att missbruket förvärrats sedan utskrivning. Sammanlagt upplever 46 procent en förbättring och 19 procent en försämring i fysisk hälsa under den senaste sexmånadersperioden. I hela gruppen har 51 procent uppgivit en förbättring och 15 procent en försämring av sin psykiska hälsa. Det finns dock stora skillnader mellan mönstergrupperna vilket redovisas nedan.

Förändringar i boendet efter utskrivningen

Det finns tydliga skillnader mellan mönstergrupperna ifråga om hur deras boendesituation har utvecklats. Tabell 27 visar att 41 procent av dem som ingår i mönstergrupp 1 (återhållsamt missbruk efter utskrivning) bedömer att det skett en förbättring av boendet den senaste sexmånadersperioden. Motsvarande siffra för mönstergrupp 2 och 3 är 25 respektive 18 procent. Försämringar av boendet har rapporterats oftast i M3 (16%) och lägst i mönstergrupp 1 (4%).

Förändringar i familjerelationer efter utskrivning

Samma bild som vid boende återfinns här. Högst andel i M1 (62%) upplever en förbättring av familjerelationer jämfört med 29 procent i M3. Förhållandet är omvänt ifråga om andelarna som fått försämrade familjerelationer, 4 procent för M1 och 12 procent för M3. I mönstergrupp 2 har 50 procent svarat att de upplever en förbättring, 43 procent anger oförändrad situation och 7 procent säger sig uppleva en försämring av familjerelationerna. Fördelningen i M2 är ungefär samma som i uppföljningsgruppen som helhet.

Förändringar i arbetssituationen efter utskrivning

För totalt 15 klienter har det inte varit aktuellt att besvara frågan om arbete sedan utskrivning. Ungefär lika stora andelar av mönstergrupp 1 och 2 (37 respektive 40%) upplever att det skett en förbättring av arbetssituationen under de senaste 6 månaderna. I mönstergrupp 3 upplever 80 procent att det inte har skett någon förändring och 13 procent anser att det skett en försämring.

Förändringar i ekonomisk situation efter utskrivningen

Skillnaderna mellan mönstergrupperna är tydliga ifråga om hur deras ekonomiska situation har utvecklats. I mönstergrupp 1 (återhållsamt missbruk) upplever 35 procent en förbättring av ekonomin och 65 procent att det inte skett någon förändring. För M2 (moderat missbruk) anger något högre andel förbättring (42%) och ingen förändring respektive försämring anges av 46 respektive 12 procent. I mönstergrupp 3, alltså de med mest problematiskt återfalls- och missbruksmönster sedan utskrivningen, upplever 20 procent en försämring och endast 14 procent en förbättring.

Förändringar i missbruk efter utskrivningen

Högst andel med upplevd förbättring ifråga om missbruket de senaste 6 månaderna återfinns i M1 och M2 (93 respektive 81%), 7 respektive 17 procent av dessa två grupper anser att det inte har skett någon förändring av missbruket. I mönstergrupp 3 (tungt missbruk) uppger 35 procent att det skett en förbättring av missbruket, 55 procent att det inte skett någon förändring och tio procent upplever att missbruket har förvärrats. Skillnaderna mellan grupperna är stora.

Förändringar i fysisk hälsa efter utskrivningen

Det finns likaså stora skillnader mellan grupperna i hur de upplever förändringar i sin fysiska hälsa. I mönstergrupp 1 uppger 64 procent att det skett en förbättring. Motsvarande andelar i M2 och M3 är 54 respektive 22 procent. Det omvända förhållandet gäller för försämring av den fysiska hälsan, störst andel i M3 (33%), näst störst i M2 (17%) och lägst i M1 (7%).

Förändringar av psykisk hälsa efter utskrivning

Förändringarna i psykisk hälsa påminner starkt om dem i fysisk hälsa. 74 procent av mönstergrupp 1 upplever en förbättring av sin psykiska hälsa, motsvarande andelar för M2 och M3 är 54 respektive 22 procent; ju mindre missbruk desto bättre psykisk hälsa med andra ord. I M2 och M3 upplever ungefär 40 procent att det inte skett någon förändring och 8 respektive 33 procent att det skett en försämring.

Förändringar av kriminalitet efter utskrivning

Denna kategori är inte relevant för 48 klienter. I mönstergrupp 1 uppger 56 procent att det skett en förbättring vad avser kriminalitet och motsvarande siffra för M2 och M3 är 47 respektive 27 procent. Dock uppger ungefär hälften att det inte skett någon förändring av kriminaliteten: M1 (44%), M2 (50%) och M3 (66%).

Sammanfattning

Mönstergrupp 1 upplever en klar förbättring av sitt missbruk, men också i många andra avseenden. Boende och familjerelationer tycks vara viktiga för förändring liksom fysisk och psykisk hälsa. Mönstergrupp 1 liknar på flera sätt M2 även om de upplevda förändringarna inte är lika stora i den senare gruppen. Personerna tillhörande grupp M3 (tungt missbruk) har i liten utsträckning upplevt förbättringar, däremot har de i störst utsträckning upplevt att ingen förändring har skett. Vi kan konstatera att de förbättringar i alkohol- och drogvanor som fångas upp i mönstergrupperna i stor utsträckning ackompanjeras av förbättrad livssituation även i andra avseenden.

5.3 Utfall i mönstergrupper

I de två föregående avsnitten var utgångspunkten att jämföra mönstergrupperna utifrån in-, ut- och uppföljningsdata. I detta avsnitt är istället utgångspunkten att studera utfallet i missbruksmönster baserat på de enskilda kategorierna i frågorna/sammanfattningsmåten. Är det exempelvis så att de som i hög grad avskilts under behandlingstiden oftare återfinns i gruppen med tungt missbruk (M3) efter behandlingstiden? Andelarna i tabellerna beräknas utifrån antalet klienter i respektive svarskategori istället för över mönstergrupperna som var fallet i föregående avsnitt. Strukturen i detta avsnitt följer de föregående; först behandlas in- och utskrivningsdata och sist data från uppföljningsstudien. Från inskrivningsdata redovisas dock inte alla sammanfattningsmått för mönstergrupperna eftersom skillnaderna är ganska små.

I tabell 28 ges andelarna för mönstergrupperna från respektive behandlingshem som ingick i studien. Det är svårt att göra en direkt jämförelse mellan behandlingshemmen eftersom de är inriktade mot olika specialområden (t ex kvinnoinstitution, psykiskt sjuka etc). Man måste också beakta att totalantalet klienter varierar kraftigt mellan institutionerna, vilket gör att små skillnader kan få stor betydelse. Exempelvis har Lunden 67 procent av sina klienter i mönstergrupp 1 men totalantalet individer är bara tre. Renforsen har störst andel av sina uppföljda klienter i M1, vilket kanske kan förklaras av att Renforsen tar emot mindre psykiskt sjuka klienter. Gudhemsgården har störst andel i M3 och institutionen är känd för sin tunga klientgrupp.

Tabell 28. Institution där klienten vårdats och mönstergrupp

	Mönstergrupp			Totalt	Antal
	M1	M2	M3		
Lunden	67		33	100	3
Hessleby	25	30	45	100	20
Gudhemsgården	35	15	50	100	20
Rällsögården	32	41	27	100	37
Hornö	20	39	41	100	44
Frösö	30	70		100	10
Renforsen	56	33	11	100	18
Totalt	32	35	33	100	152

Även om skillnaderna mellan mönstergrupperna över lag är ganska små vid inskrivning, finns några skillnader som kan poängteras. För det första befinner sig 62 procent av de klienter som var bostadslösa (MH) under sexmånadersperioden innan inskrivning i gruppen med intensivt missbruk (M3) vid uppföljning, vilket är en betydligt högre andel än i övriga kategorier (L, M och H). Likaså finns en betydligt högre andel i mönstergrupp 3 med "passiv försörjning" (socialbidrag, försörjd av föräldrar etc) de senaste sex månaderna. Utifrån sammanfattningsmåten för alkohol och narkotika är det lite

svårare att se några tydliga mönster. De som tillhör M1 och M2 har i högre utsträckning deltagit i självhjälpsgrupper än de som tillhör M3, vilket överensstämmer med tidigare resultat (Gerdner, 1998). Som poängterades i avsnitt 5.2 kan de små skillnaderna mellan mönstergruppernas livssituation vid inskrivning bero på att det faktiskt inte föreligger några direkta skillnader mellan mönstergrupperna ifråga om bakgrund, vilket skulle tala för att de i uppföljningen redovisade skillnaderna mellan grupperna kan bero på behandlingen eller något som inträffat efter behandlingen.

Av dem som vårdades frivilligt (enligt SoL) befinner sig majoriteten i mönstergrupperna 1 och 2, alltså bland dem med återhållsamt eller måttligt missbruksmönster efter utskrivningen (tabell 29). De klienter som skrevs in enligt LVM § 13 och ut enligt LVM § 4 fördelar sig jämnt efter missbruksmönster, medan de som skrevs ut enligt LVM § 13 mestadels befinner sig i den mellersta gruppen, dem med måttligt missbruksmönster. Anledningen kan vara att de som skrevs ut enligt LVM § 13 inte var lika illa därän vid inskrivningstillfället som vårdades enligt LVM § 4 och därför har mindre risk att hamna i mönstergrupp 3. Det är dock svårt att ge en entydig förklaring till detta. Av dem som skrevs in och ut enligt LVM § 4 återfinns hälften i mönstergrupp 3. Vad detta kan bero på är svårt att säga. Av erfarenhet vet vi emellertid att denna grupp har ett mycket svårt missbruk. Samtidigt måste man säga att tvångsvården inte tycks ha haft någon större effekt på dem. Av dem som inte fortsatte i vård i frivillig form efter behandling återfinns hälften i gruppen med tungt missbruk och den andra halvan är jämnt fördelad mellan mönstergrupperna 1 och 2.

Tabell 29. Lagrum vid inskrivning och vid utskrivning och mönstergrupp*

	Mönstergrupp			Totalt	Antal
	M1	M2	M3		
Vårdad under annat ^{**} lagrum	33	67		100	3
Inskrivnen enligt SoL §6 och utskrivnen enligt SoL §6	43	43	14	100	28
Inskrivnen enligt LVM §4 och utskrivnen enligt LVM §4	21	27	52	100	29
Inskrivnen enligt LVM §13 och utskrivnen enligt LVM §4	34	31	35	100	68
Inskrivnen enligt LVM §13 och utskrivnen enligt LVM §13	25	46	29	100	24
Totalt	32	36	33	100	152

* För beskrivning av lagrum, se avsnitt 2.4

** Bland annat kontraktsvård och vård enligt brottsbalken

I tabell 30 redovisas sammanfattningsmått för utskrivningsintervjun (appendix C.2). Liksom i avsnitt 5.1 finns en del skillnader. Av dem som avskilts (kategori H) under tiden på LVM-institutionen befinner sig 61 procent i mönstergrupp 3 vid uppföljningen och bara 11 procent i mönstergrupp 1. Samma förhållande gäller för dem som avvikit som för dem som placerats enligt LVM § 27 men skillnaderna är inte lika stora. Av de klienter som har

klassificerats i kategorin Hög problemlnivå i "strulpelleindex" återfinns hela 57 procent i mönstergrupp 3, 30 procent i M2 och endast 13 procent i M1. Det är svårare att uttala sig om hur droganvändningen under behandlingstiden hänger ihop med mönstergruppstillhörigheten. Av de klienter som inte hade något ordnat boende efter utskrivningen utan var bostadslösa befinner sig 75 procent i mönstergrupp 3. Det rör sig dock här endast om ett fåtal klienter (4 personer). Det kan konstateras att om klienten avskilts någon gång under behandlingstiden eller betecknas som "strulpelle" är det en ganska god indikator på hur det kommer att gå efter utskrivningen ifråga om återfalls- och missbruksmönster.

Tabell 30. Sammanfattningsmått för mönstergrupper vid utskrivning (utskrivna jml LVM § 4)

Område		M1	M2	M3	Totalt	Antal
Avskild	L	36	28	36	100	70
	H	11	28	61	100	18
	Totalt	31	28	41	100	88
Avviken	L	35	34	29	100	31
	H	27	25	48	100	59
	Totalt	30	29	41	100	90
Placerad enligt §27	L	31	28	41	100	68
	H	26	32	42	100	19
	Totalt	30	29	41	100	87
Strulpelleindex	L	38	35	27	100	26
	M	36	22	42	100	36
	H	13	30	57	100	23
	Totalt	31	28	41	100	85
Droger	L	19	44	37	100	16
	H	32	26	42	100	73
	Totalt	29	29	42	100	89
Boendeform	L	33	29	38	100	34
	M	28	24	48	100	29
	H	35	35	30	100	23
	MH		25	75	100	4
	Totalt	30	29	41	100	90

Alla de klienter som varit bostadslösa under de senaste 6 månaderna respektive de senaste 30 dagarna (kategori MH) tillhör samtliga mönstergrupp 3 medan av dem som har eget boende (L) befinner sig 37 respektive 38 procent i mönstergrupp 1 vid de två angivna tidsperioderna (tabell 31). I fråga om familj och umgänge befinner sig 45 procent i mönstergrupp 3 bland dem som kategoriserades ha Hög problemlnivå medan motsvarande siffra för dem som klassificerades ha Låg problemlnivå är 14 procent. Det betyder att de som har problem med relationer i hög utsträckning befinner sig i gruppen med tungt missbruksmönster (M3) efter utskrivningen. Bland dem som kategoriserats ha Hög problemlnivå på behandlings/vårdindex återfinns 53 procent i gruppen med tungt missbruk jämfört med 10 procent av dem som kategoriserades ha Låg problemlnivå. Vård- och behandlingsinsatser under uppföljningstiden

avser tillnyktring/avgiftning och/eller LVM/omedelbart omhändertagande och LVM-dom. Låg problemnivå betyder här att klienten varken fått det ena eller det andra och Hög problemnivå att åtminstone något av ovanstående insatser satts in. Det kan ses som ett slags validering att de som tillhör gruppen med återhållsamt missbruksmönster (M1) inte heller fått direkt missbruksrelaterad vård under uppföljningstiden. Missbruksrelaterad vård är vanligast i den grupp vars missbruk också är allvarligast (M3), vilket antyder att det är en grupp där LVM-vården inte nämnvärt påverkar missbruksutfallet. Av dem som haft kontakt med självhjäpsgrupper (Låg problemnivå innebär kontakt en eller flera gånger per vecka) befinner sig 47 procent i mönstergrupp 1. De som deltagit i AA tycks oftare klara sig utan droger. Det var dock ganska få som deltagit i sådan verksamhet. Av de klienter som har Hög problemnivå på fysisk och psykisk hälsa befinner sig hälften eller knappt hälften i mönstergrupp 3. Av dem som har haft Hög problemnivå med kriminalitet under de senaste 30 dagarna återfinns hela 62 procent i gruppen med tungt missbruk efter behandlingen.

Tabell 31. Sammanfattningsmått för mönstergrupper och uppföljningsdata i procent

Område		Senaste 6 månaderna					Senaste 30 dagarna				
		M1	M2	M3	Totalt	Antal	M1	M2	M3	Totalt	Antal
Boendeform	L	37	36	27	100	73	38	39	23	100	74
	M	26	37	37	100	38	28	31	41	100	32
	H	36	45	19	100	31	27	38	35	100	40
	MH			100	100	10			100	100	6
	Totalt	32	36	33	100	152	31	36	33	100	152
Familj och umgänge	L	49	37	14	100	43					
	M	18	55	27	100	22					
	H	24	31	45	100	75					
	Totalt	31	36	33	100	140					
Försörjning	L	30	42	28	100	64	27	44	29	100	63
	H	33	30	37	100	87	35	30	35	100	88
	Totalt	32	35	33	100	151	32	36	32	100	151
Behandling/vård	L	56	34	10	100	71					
	H	8	39	53	100	74					
	Totalt	32	36	32	100	145					
Självhjälp	L	47	35	18	100	34					
	M	38	38	24	100	21					
	H	23	36	41	100	95					
	Totalt	31	36	33	100	150					
Fysisk hälsa	L	32	37	31	100	120	33	35	32	100	94
	M						21	53	26	100	19
	H	26	30	44	100	27	29	29	42	100	31
	Totalt	31	36	33	100	147	31	36	33	100	144
Psykisk hälsa	L	43	32	25	100	44	30	40	30	100	80
	M	31	41	28	100	68	33	37	30	100	30
	H	18	32	50	100	38	28	25	47	100	32
	Totalt	31	36	33	100	150	30	36	34	100	142
Kriminalitet	L	42	31	27	100	88	33	38	29	100	120
	H	16	42	42	100	62	5	33	62	100	21
	Totalt	32	35	33	100	150	29	37	34	100	141

6 Socialtjänstens uppgifter

Socialtjänstenkäten sändes till de handläggare på socialtjänsten som ansvarade för någon av de klienter som genomfört en lång inskrivningsintervju. Det skickades alltså ut 404 socialtjänstenkäter och det kom tillbaka totalt 242 ifyllda enkäter; täckningsgraden uppgår alltså till 60 procent. Anledningen till det stora bortfallet är att många socialsekreterare har en pressad arbetssituation och hade svårt att få tid över för att fylla i enkäten. Ytterligare en förklaring är att socialtjänstenkäten till en början var tänkt som en alternativ kanal för att få in uppgifter om de klienter som inte deltog i uppföljningsintervjun. I det initiala skedet av studien väntande man alltså med att skicka ut socialtjänstenkäten till handläggaren tills det stod klart att klienten inte skulle kunna delta i uppföljningsintervjun. Efterhand visade det sig praktiskt ogenomförbart att vänta med att skicka ut socialtjänstenkäten till handläggarna eftersom det ofta behövdes flera påminnelser innan handläggaren besvarade enkäten. Till slut kom enkäten till socialtjänsten att skickas parallellt med att man sökte klienten för uppföljningsintervju. I och med denna förändring blev det också möjligt att jämföra uppgifterna från socialtjänsten med uppgifterna från uppföljningsintervjun. Socialtjänstenkäten har fått tjäna som ett slags mått på tillförlitlighet och som komplement till intervjun. I det första avsnittet kommer svaren från socialtjänstenkäten att jämföras med svaren från uppföljningsintervjun för att, om överensstämmelsen är god, kunna dra slutsatser om de klienter som det inte finns någon uppföljningsintervju för. I avsnitt 6.2 redovisas de frågor som har bedömts ha god överensstämmelse och begränsat bortfall. Slutligen i avsnitt 6.3 redogörs för socialtjänstens bedömning av LVM-vården.

6.1 Socialtjänstens och klientens uppgifter

Detta avsnitt baserar sig på de klienter som både har genomfört en uppföljningsintervju och som socialtjänsten har besvarat en enkät för. Från bortfalls-trädet, figur 2 i kapitel 3 framgår att för 118 av de 154 klienter som genomfört en uppföljningsintervju finns också en socialtjänstenkät. Det betyder att täckningsgraden uppgår till 77 procent. Täckningsgraden hade förmodligen varit högre om enkäterna hade skickats ut till samtliga handläggare från början. I de flesta avsnitten i uppföljningsformuläret och socialtjänstenkäten är frågorna identiska men i några fall är överensstämmelsen inte exakt och då utnyttjas de frågor som till hög grad liknar varandra. I vissa fall har en fråga ställts för både den senaste sexmånadersperioden och de senaste 30 dagarna. Vi har genomgående valt att redovisa uppgiften för den längre perioden.

Detta val baseras på att handläggaren på socialtjänsten inte alltid har kännedom om de förändringar som skett relativt nyligen. Jämförelsen syftar till att ge en uppfattning om överensstämmelsen mellan de två uppgiftsslagen. Om överensstämmelsen är god finns det goda chanser att genom socialtjänst-enkäten få en uppfattning om den allmänna situationen för de klienter som saknar uppföljningsintervju. Ett problem vid kontroll av överensstämmelsen mellan svaren är att det partiella bortfallet är stort för vissa frågor. Problemet är störst i socialtjänst-enkäten där bortfall och vet-ej-svar kan vara av betydande storlek. Jämförelsen baseras därför på ett mindre antal än de 118 klienter som det finns information för från båda formulären. Måttet på överensstämmelse mellan svaren baseras på andelen svar där socialtjänsten svarat likadant som klienterna i uppföljningsintervjun.

Tabell 32 visar att bortfallsstorleken i boendefrågorna är förhållandevis låg men att överensstämmelsen för svaren mellan formulären är relativt låg. För levnadsform är bortfallet lågt och överensstämmelsen någorlunda god, likaså är bortfallet lågt för försörjning men överensstämmelsen mellan svaren är låg. Svarskategorierna för umgängesfrågorna skiljer sig åt mellan for-

Tabell 32. Andel bortfall inklusive vet-ej-svar och överensstämmelsegrad mellan formulären för de olika områdena (under de senaste 6 månaderna)

		Bortfall och vet ej i socialtjänst-enkäten (procent)	Överensstämmelse (procent)
Boende	Huvudsaklig boendeform	3	61
	Förändring av boende	12	64
Levnadsform och försörjning	Huvudsaklig levnadsform	4	76
	Huvudsaklig försörjning	8	68
Umgänge	Med icke-missbrukande vänner och bekanta	41	83
	Med missbrukande vänner och bekanta	38	77
Missbruksrelaterad vård	Tillynktring (högst 24 timmar)	36	73
	Avgiftning (mer än 24 timmar)	32	81
	Behandling för missbruk i öppenvård/dagvård	41	70
	Behandling för missbruk på behandlingshem	27	78
	LVM – omedelbart omhändertagande (LVM §13)	38	89
	LVM-dom i länsrätt	41	94
	Kontakt med självhjälpgrupp	19	75
Fysisk hälsa	Somatisk öppenvård/dagvård	37	72
	Somatisk avdelning/dygnsvård	35	74
	Förändring av fysisk hälsa	27	47
Psykisk hälsa	Psykiatrisk öppenvård/dagvård	24	89
	Psykiatrisk avdelning/dygnsvård	19	89
	Förändring av psykisk hälsa	26	58
Kriminalitet	LOB, tagen av polis för fylleri	16	85
	Tagen för fylleri/rattonykterhet	19	98
	Anhållen/häktad	21	91
	Skyddstillsyn	21	87
	Fängelse	18	98

mulären. I uppföljningsformuläret anges svaren enligt en femgradig skala medan det endast är ja/nej-svar i socialtjänstformuläret. För att en jämförelse skall vara möjlig har de ursprungliga kategorierna i uppföljningsformuläret kodats om genom att slå ihop sällan, ganska ofta, ofta och väldigt ofta till en kategori. Bortfallet för umgänges- och behandlingsfrågorna är stort utom för deltagande i självhjälsgrupper. Det är förhållandevis god överensstämmelse mellan svaren för självhjälsfrågan. För fysisk hälsa är bortfallet stort och överensstämmelsen låg. De två frågorna om psykiatrisk vård har god överensstämmelse medan frågan om förändring av den psykiska hälsan har låg överensstämmelse. Bortfallet för kriminalitetsavsnittet är begränsat (mindre än 25%) och överensstämmelse mellan klienternas och socialtjänstens svar god (mellan 85 och 98%).

Alkohol och narkotika

Det finns inga identiska frågor kring klientens eventuella missbruk före behandlingen och efter utskrivningen. Istället har mönstergrupperna jämförts mot socialtjänstens uppskattning av missbruksintensiteten (tabell 33). Bortfallet är betydande (36%). Här är det inte möjligt att beräkna överensstämmelsen mellan svaren utan vi kan bara notera att socialtjänsten har uppskattat att de flesta från mönstergrupp 1 har haft låg missbruksintensitet från något enstaka tillfälle till 1 dag/vecka eller mindre och att de flesta i mönstergrupp 3 har placerats i kategorierna med högre intensitet. Spridningen för socialtjänstens placering av klienterna i mönstergrupp 2 är något större. Även om det här inte är möjligt att direkt jämföra resultaten tycks det finnas en god överensstämmelse mellan socialtjänstens svar och vad klienterna själva angivit i uppföljningsintervjun.

Tabell 33. Missbruksmönster efter utskrivningen baserat på klientens uppgifter och uppskattat missbruk enligt socialtjänsten (frekvens)

	Vet ej	Enstaka tillfälle	1 dag/vecka eller mindre	2-3 dagar per vecka	4-6 dagar/vecka	Dagligen	Totalt
M1	3	14	3	2		1	23
M2	3	8		8	8	5	32
M3	1	2		10	5	10	28
Totalt	7	24	3	20	13	16	83

Allmän livssituation

Vid en jämförelse mellan vad klienterna och socialsekreterarna har svarat om klientens allmänna situation (relationer, arbete, boende, missbruk etc) efter avslutad vård skiljer sig svaren på flera punkter. I många fall svarar socialsekreterarna att de inte vet hur klienten har det i allmänhet och tenderar att svara att det är "ungefär som förr" i betydligt högre utsträckning än

vad klienterna själva gör. Klienterna är också mer positiva. 79 personer av 110 uppger att de har det bättre eller mycket bättre, vilket motsvarar 72 procent. Detta kan jämföras med de 49 procent som socialtjänsten angett. I några fall finns helt olika uppfattningar.

Tabell 34. Klienternas egna och socialtjänstens bedömning av klientens situation i allmänhet 6 månader efter avslutad vård (frekvens)

Klientens svar	Vet ej	Mycket bättre	Bättre	Ungefär som förr	Sämre	Mycket sämre	Totalt
Mycket bättre	6	16	14	6	1	0	43
Bättre	0	6	12	15	2	1	36
Ungefär som förr	2	2	3	10	2	0	19
Sämre	1	0	0	5	0	0	6
Mycket sämre	0	1	0	4	1	0	6
Totalt	9	25	29	40	6	1	110

De frågor som inte har alltför stort bortfall och har tillräckligt god överensstämmelse är huvudsaklig levnadsform, kontakt med självhjälpgrupp, psykiatrisk öppenvård/dagvård och avdelning/dygnsvård, LOB (tagen av polis för fylleri), tagen för fylleri/rattonykterhet, anhållen/häktad, skyddstillsyn och fängelse. Dessa frågor behandlar den senaste sexmånadersperioden och kommer att studeras närmare uppdelat efter bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen i nästa avsnitt. Även frågan om missbruksintensitet kommer att redovisas trots det stora bortfallet.

6.2 Resultat från socialtjänstenkäten

I föregående avsnitt visade det sig att överensstämmelsen för vissa frågor är relativt hög, i många fall över 80 procent, men för andra frågor betydligt lägre. Detta gäller i synnerhet förändringsfrågor där socialtjänsten ofta skattar betydligt lägre andel förbättrade. Vid användandet av socialtjänstdata för att uppskatta klienternas situation efter utskrivningen är det önskvärt att överensstämmelsen är så hög som möjligt mellan de olika formulären och därför väljs frågor med hög överensstämmelse och med begränsat bortfall för att osäkerheten i svaren inte skall bli för stor. Andelen klienter i bortfallsgrupperna som det finns socialtjänstdata för är: Ej kontakt (67%), Vill ej delta (73%), Avliden (73%), Annat skäl (47%) och Ej försökt nå (20%). I föregående avsnitt nämndes att det finns socialtjänstdata för 77 procent av uppföljningsgruppen och att den något låga täckningsgraden beror på hög arbetsbelastning för handläggarna och att socialtjänstenkäten inte skickades ut till samtliga handläggare från början. Detta bortfall påminner om det strukturella bortfallet i kapitel 3 och förhoppningsvis skall det inte påverka resultatet negativt. Eftersom täckningsgraden är extremt låg för gruppen Ej försökt nå redovisas inte socialtjänstdata för dem. Likaså utesluts gruppen Avliden ur redovisningen eftersom dödsorsaken och när dödsfallet inträffade inte är kända.

Tabell 35. Socialtjänstens uppgifter om klientens huvudsakliga levnadsform under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

	Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Ensamlevande	73	79	74	82	79
Ensamlevande med barn	2				1
Samlevande med partner utan barn	9	12		5	6
Samlevande med partner med barn	7		13	4	4
Samlevande med föräldrar eller släkting	9	6	13	5	7
Samlevande med annan/andra		3		4	3
Totalt	100	100	100	100	100
Antal	45	33	8	113	199

I tabell 36 redovisas socialtjänstens uppgifter om missbruksintensitet under de senaste 6 månaderna för bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen. Enligt socialtjänsten har 32 procent missbrukat vid några enstaka tillfällen eller 1 dag per vecka eller mindre, 24 procent 2 till 3 dagar per vecka och 44 procent 4 till 7 dagar per vecka. Uppföljningsgruppen och gruppen Vill ej delta har liknande utseende vad gäller missbruksintensitet medan de två övriga Ej kontakt och Annat skäl har något intensivare missbruk. Det bör påpekas att bortfallet är relativt stort vilket ökar osäkerheten i jämförelserna.

Tabell 36. Socialtjänstens uppgifter om klientens missbruksintensitet under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Missbruksintensitet	Enstaka tillfälle	20	21	17	31	26
	1 dag/vecka eller mindre	7	8		5	6
	2-3 dagar per vecka	16	25	17	27	24
	4-6 dagar/vecka	20	21	33	17	19
	Dagligen	37	25	33	20	25
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		30	24	6	78	138

I tabell 37 framgår andelen klienter som har varit i kontakt med någon självhjälsgrupp (AA, NA, Länkarna eller någon annan grupp). Enligt socialtjänsten har 35 procent varit i kontakt med någon självhjälsgrupp och det finns inga större skillnader mellan grupperna. Tabellerna 38 och 39 redovisar socialtjänstens uppgifter om psykiatrisk öppenvård/dagvård och vård på psykiatrisk avdelning/dygnsvård för bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen. Enligt socialtjänsten har 13 procent av klienterna vårdats inom psy-

Tabell 37. Socialtjänstens uppgifter om klientens kontakt med självhjälpgrupp under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Kontakt med självhjälporganisation	Nej	73	59	71	63	65
	Ja	27	41	29	37	35
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		37	29	7	98	171

Tabell 38. Socialtjänstens uppgifter om klientens deltagande i psykiatrisk öppenvård/dagvård under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Psykiatrisk öppenvård/dagvård	Nej	90	86	86	87	87
	Ja	10	14	14	13	13
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		38	28	7	91	164

Tabell 39. Socialtjänstens uppgifter om klientens vistelse på psykiatrisk avdelning/dygnsvård under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Psykiatrisk avdelning/dygnsvård	Nej	85	83	67	87	85
	Ja	15	17	33	13	15
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		40	29	6	97	172

kiatrisk öppenvård/dagvård och 15 procent på psykiatrisk avdelning/dygnsvård. Det finns mindre skillnader mellan grupperna.

I tabellerna 40–44 redovisas socialtjänstens uppgifter om klientens kriminalitet under den senaste sexmånadersperioden. Frågorna gällde om klienten blivit tagen av polisen för fylleri, fylleri/rattonykterhet, anhållits/häktats, fått skyddstillsyn och suttit i fängelse.

Enligt socialtjänsten har drygt en femtedel av klienterna gripits av polis för fylleri och andelarna mellan bortfallsgrupperna och uppföljningsgruppen är ungefär densamma. Socialtjänsten uppger att 4 procent av klienterna har tagits för fylleri/rattonykterhet och det är små skillnader mellan grupperna. 15 procent har anhållits/häktats under den senaste sexmånadersperioden. Andelen anhållen/häktad i gruppen Annat skäl (knappt 30%) överstiger de övrigas andelar som ligger mellan 13 och 18 procent. Andelen klienter som varit föremål för skyddstillsyn är 16 procent enligt socialtjänsten; något lägre i gruppen Vill ej delta och något högre i grupperna Ej kontakt och Annat skäl men skillnaderna är små. Enligt socialtjänsten har 11 procent av klienterna suttit i fängelse. Andelen som har suttit i fängelse är högst i gruppen Vill ej delta.

Tabell 40. Socialtjänstens uppgifter om klienten tagits av polis för fylleri (LOB) under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Tagen av polis för fylleri (LOB)	Nej	77	76	67	79	78
	Ja	23	24	33	21	22
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		39	29	6	102	176

Tabell 41. Socialtjänstens uppgifter om klienten tagits för fylleri/rattonykerhet under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Tagen för fylleri/rattonykerhet	Nej	95	96	100	96	96
	Ja	5	4		4	4
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		40	27	6	99	172

Tabell 42. Socialtjänstens uppgifter om klienten anhållits/häktats under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Anhållen/häktad	Nej	82	84	71	87	85
	Ja	18	16	29	13	15
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		39	25	7	94	165

Tabell 43. Socialtjänstens uppgifter om klienten varit föremål för skyddstillsyn under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Skyddstillsyn	Nej	80	88	80	84	84
	Ja	20	12	20	16	16
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		41	24	5	95	165

Tabell 44. Socialtjänstens uppgifter om klienten suttit i fängelse under de senaste 6 månaderna efter bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen i procent

		Ej kontakt	Vill ej delta	Annat skäl	Uppföljning	Totalt
Fängelse	Nej	88	76	100	92	89
	Ja	12	24		8	11
Totalt		100	100	100	100	100
Antal		41	29	5	100	175

6.3 Socialtjänstens bedömning av LVM-vården

Som beskrivits i avsnittet om formulär (avsnitt 2.5) ställs en rad frågor till socialtjänsten om kvaliteten på LVM-vården och institutionernas tjänster. Dessa frågor belyses närmare i detta avsnitt. I tabell 45 framgår att mellan 7 och 32 procent av behandlarna svarat vet ej på frågorna om kontakt och kva-

litet. Av handläggarna bedömer 77 procent att kontakten mellan socialtjänsten och institutionerna har varit bra eller mycket bra och knappt 4 procent anser att kontakten varit dålig eller mycket dålig. Bedömningen av omhändertagandet var positiv; andelen som svarat bra/mycket bra är 72 procent och ingen uppger att kvaliteten var dålig eller mycket dålig. För utredande aktivitet uppger 51 procent att kvaliteten är bra/mycket bra och 9 procent att den är dålig/mycket dålig. Andelen positiva svar är ännu högre (68%) för akuta behandlande aktiviteter såsom tillnyktring och avgiftning. Lite drygt hälften av behandlarna bedömer motivationsarbetet som bra eller mycket bra. I bearbetande behandlingsinsatser anser 31 procent att kvaliteten var bra/mycket bra och 8 procent har svarat att kvaliteten var dålig eller mycket dålig. Här finns dock 32 procent som uppger att de inte vet. Ungefär hälften av behandlarna bedömer de socialt disciplinerande och kontrollerande funktionerna såsom kvarhållning, förhindrande av missbruk, våld och hot som bra eller mycket bra och 58 procent anser att beställarfunktionen har fungerat bra/mycket bra och fem procent anser att den varit dålig/mycket dålig. Motsvarande siffror för kvaliteten på informationen om verksamheten är 45 respektive 8 procent. 34 procent bedömer informationen om problemområdet som bra eller mycket bra. I de flesta fallen anser en majoritet av handläggarna som besvarat socialtjänstformuläret att institutionernas kvalitet är bra eller mycket bra. De ger dock inte lika högt betyg för informationen om verksamheten och problemområdet.

Tabell 45. Socialtjänstens bedömning av kontakten med LVM-vården och kvaliteten i stort (procent)

	Vet ej	Mycket dåligt	Dåligt	Varken /eller	Bra	Mycket bra	Totalt	Antal
Hur kontakten fungerat	7	1	3	12	51	26	100	233
Omhändertagande aktivitet, såsom kost, logi, service etc.	18			10	46	26	100	225
Utredande aktivitet, såsom diagnostik och behandlingsplanering	20	1	8	20	32	19	100	226
Akuta behandlande aktiviteter, såsom tillnyktring, avgiftning	25		1	6	41	27	100	226
Motivationsarbete	20	1	6	21	38	14	100	224
Bearbetande behandlingsinsatser för missbruk	32	1	7	30	24	7	100	223
Socialt disciplinerande och kontrollerande funktioner	30	2	5	11	37	14	100	222
Beställarfunktion	25	1	4	13	35	23	100	222
Information om verksamheten	19	1	8	28	32	13	100	222
Information om problemområdet	28	1	7	30	23	11	100	215

7 Sammanfattning och slutsatser

Syftet med denna studie är att pröva en modell för uppföljning av klienter efter vård, som introducerats på SiS genom det så kallade DOK-systemet, där uppföljning ingår. Det finns flera frågeställningar, den första handlar om ifall det överhuvudtaget är möjligt att genomföra en intervjuuppföljning sex månader efter avslutad LVM-vård och vad det kräver av tid och resurser. Vidare är det viktigt att undersöka hur pass representativ uppföljningsgruppen är för den undersökta populationen, d v s om det råder några skillnader i bakgrund mellan uppföljningsgruppen och bortfallsgrupperna. Slutligen var en frågeställning att bedöma den allmänna livssituationen före och efter avslutad LVM-vård, både utifrån klientens och socialtjänstens bedömning.

Det var många och svåra val som måste göras när modellen mötte verkligheten. Det ideala hade varit att alla klienter som skrivits ut under den avgränsade tidsperioden på de deltagande institutionerna intervjuats såväl vid in- som utskrivning. Modellen är en före-efter-mätning där klienten jämförs med sig själv före och efter vård. Det är därför nödvändigt att det finns en lång inskrivningsintervju. Det visade sig att endast 2/3 av klienterna uppfyllde det kravet (404 av 600 klienter). Frågan om hur representativa våra data är för samtliga utskrivna blev därför viktig och bortfallsanalyser kom att bli en viktig del i rapporten. Av de 404 som inkluderades i uppföljningsstudien kunde bara 154 intervjuas. Det främsta skälet var inte att klienterna vägrade delta utan att man inte försökt att nå klienten. Det beror till stor del på bristande resurser. Kravet på lång utskrivningsintervju som vi hade till en början gjorde också att några föll bort. Vi var tvungna att släppa det kravet för att inte bortfallet skulle bli ännu större. Av detta lär vi att det får konsekvenser när man ändrar villkoren under pågående projekt. Det är också viktigt att ett uppföljningsprojekt förbereds i god tid så att man vet att det finns tillräcklig dokumentation för de klienter som skall följas upp. Trots stöd från SiS FoU och vissa extra resurser visade det sig vara svårt att få till stånd uppföljningsintervjuerna.

Svaret på den första frågan om det är praktiskt möjligt att genomföra uppföljningsintervjuer som en del av institutionens reguljära verksamhet, med vad det kräver i tid och resurser, är att det går men är svårt. Resultaten speglar de tunga missbrukarnas oregelbundna levnadsvanor och kringflackande liv utan fast adress, vilket försvårar möjligheterna att få kontakt. Genom att institutionerna har ett stort upptagningsområde, ofta hela landet, handlar det om dyrbara resor för att genomföra en intervju, som i många fall

ändå inte blir av. En möjlighet vore att inkludera ett utskrivningssamtal som en del i det reguljära arbetet åtminstone för samtliga klienter vårdade enligt LVM § 4. I samband med detta samtal skulle också DOK-ut intervjun kunna genomföras. Även detta är problematiskt med tanke på att de flesta LVM-vårdade befinner sig i LVM § 27-placering på annan behandlingsenhet eller i öppenvård på hemorten vid tiden för utskrivning. Försök görs dock på vissa LVM-hem att få klienten att komma till LVM-hemmet för utskrivningssamtal. Ett exempel på dessa svårigheter ges av en av våra intervjuare:

”Jag minns särskilt en resa till Värmland, cirka 15 mil enkel resa i ett snöslaskigt väglag på smala grusvägar. Jag skulle göra två intervjuer. Vädret förändrades och det blev allt halare. Jag åkte tidigt och hade haft kontakt med klienten på hans mobiltelefon cirka en vecka tidigare men även under föregående dag för att få en repetition av vägbeskrivningen. Vid kontakt med socialtjänsten bedömde vi att intervjun kunde göras i klientens hem. Efter att ha åkt från den relativt breda och välskötta riksvägen kom jag allt längre in i skogen. Jag kände genast igen huset på beskrivningen, men upp till huset gick en brant backe som inte hade plogats sedan senaste snöfallet. Efter viss möda nådde jag gårdsplanen och klev ur bilen och ringde på. Ingen öppnade. Efter ytterligare försök kände jag på dörren och fann den olåst. Efter ytterligare knackning, hälsningsrop och väntan med nya försök gick jag till bilen. Det visade sig att klienten hade återfallit i missbruk och inte vistats i sitt hem de senaste dagarna.”

(Christina Pettersson, 2003)

Det fanns också en ambition att de deltagande enheterna skulle rapportera egna resultat. Av den anledningen hade vi fortlöpande handledning vid månatliga träffar och erbjöd dessutom särskilt stöd till dem som önskade. Det är dock bara två institutioner som har rapporterat sina resultat (Hornö och Rällsögården). Även här måste man nog konstatera att det krävs mer tid och resurser och kompetens på institutionerna för att det skall bli möjligt att genomföra och rapportera utvecklings- och utvärderingsstudier.

I den pilotstudie som genomfördes av Arne Gerdner på Lunden och Älvgården (Gerdner, 2000) kompletterades uppföljningsintervjuerna med data från socialtjänsten. Gerdner menar att denna kombination av socialtjänst-data och klientintervjuer är bästa sättet att få representativa data och minska bortfallet. Vår strategi var till en början att tillskriva socialtjänsten bara när en uppföljningsintervju inte kommit till stånd. Det visade sig dock att det var bättre att skicka ut en socialtjänstenkät redan när det var dags att söka klienten för att inte förlora tid. Även här ändrade vi förhållningssätt under pågående projekt, vilket fick vissa konsekvenser. Vi har socialtjänstenkät på vissa men inte på alla. Med tanke på bortfallet i intervjuuppföljningen hade socialtjänstens uppgifter varit bra att ha. Nu har vi ändå fått en del av intervju-bortfallet täckt genom socialtjänstenkäter. Socialtjänstenkäterna har också bidragit till en slags validering. Överensstämmelsen mellan socialtjänstens bedömning och klienternas egen bedömning är stor på flertalet variabler,

men bortfallet är stort när socialtjänsten inte vet t ex klientens alkohol- och drogbruk. På frågan om förändring skattar socialtjänsten ofta betydligt lägre än klienten och uppger ofta att de inte vet hur klienten har det. Samtidigt är det olika typer av data, som inte är direkt jämförbara, vilket gör det svårt att likställa dem. Slutsatsen är ändå att en intervjuuppföljning bör kompletteras med andra typer av data både från socialtjänsten och eventuella registeruppgifter vid kommande studier.

I rapporten redovisas klienternas sociala situation, hälsa, kriminalitet och missbruk vid tre tidpunkter. Dessa tre tillfällen infaller vid klientens inskrivning på behandlingshemmet, vid utskrivning och vid uppföljning sex månader efter utskrivning. Det redovisas också uppgifter från socialtjänsten om hur socialsekreterarna bedömer klientens livssituation.

Bortfallet är av två slag: strukturellt bortfall när lång inskrivningsintervju saknades och när en lång inskrivningsintervju inte följdes av en uppföljningsintervju. Den andra typen av bortfall utgörs av dem som blev aktuella för uppföljning men som av olika anledningar inte kom att intervjuas. Detta bortfall beskrivs nedan som "bortfallsgrupper". Vår avsikt var att kontrollera om de två bortfallsslagen gav olika konsekvenser för representativiteten. Informationen som fanns tillgänglig för alla 600 klienterna var begränsad, men vi kunde konstatera att medelålder och könsfördelning var ganska jämn mellan den intervjuade, dem som hade en kort DOK-intervju och dem som inte registrerats. En mer ingående jämförelse kunde göras mellan gruppen med lång och gruppen med kort inskrivningsintervju. Jämförelsen visade att det fanns en viss tendens att de med lång inskrivningsintervju var något mer socialt välfungerande men att det även fanns stora likheter mellan grupperna. Skillnaderna i missbruk mellan grupperna var dock små.

De klienter som var aktuella för uppföljningsintervju bestod av dem som under den angivna tiden vårdats på någon av de sju ingående SiS institutionerna och som besvarat en lång inskrivningsintervju. Av dessa intervjuades 154, de övriga bortföll av olika anledningar. Skälen framgår i bortfallsbeskrivningen i kapitel 3. Den största bortfallsgruppen var Ej försökt nå, där den huvudsakliga anledningen var att två av de deltagande institutionerna inte kunde slutföra studien på grund av brist på tid och resurser. Den näst största bortfallsgruppen var Ej kontakt, i dessa fall hade man försökt nå klienten minst 5 gånger enligt instruktionerna via brev och/eller telefon. Andelen klienter som inte ville delta i studien var däremot inte så stor (något mindre än 10%). När vi jämförde bortfallsgrupperna med de intervjuade fann vi att uppföljningsgruppen lever något mer välordnat, med eget boende och stabil försörjning. Av de olika bortfallsgrupperna verkar gruppen Ej kontakt ha högst problemlnivå. De verkar också i större utsträckning vara kriminella. Däremot skiljer sig inte den grupp som man Ej försökt nå särskilt mycket från uppföljningsgruppen. När vi ser till data från utskrivningsintervjun går samma mönster igen. Uppföljningsgruppen och de man Ej försökt nå har

strulat minst under behandlingstiden, d v s har lägst värden på det samman-satta "strulpelleindexet", som innefattar att ha avskilts, avvikit och inte pla-cerats enligt LVM § 27 under vårdtiden, medan gruppen Ej kontakt har varit mest struliga. Det fanns också stora likheter mellan uppföljningsgruppen och gruppen Vill ej delta på både in- och utskrivningsdata. I kapitel 6 visade det sig också att socialtjänstens uppgifter om klienterna i de båda grupperna var ungefär lika.

Trots att endast 154 av 404 klienter med lång inskrivningsintervju följts upp visar bortfallsanalysen att slutsatserna kan generaliseras att gälla drygt 70 procent av de utskrivna klienterna.

Studiens viktigaste syfte var naturligtvis att studera hur den allmänna livs-situationen och missbruket ser ut efter behandlingen jämfört med före och hur socialtjänsten bedömer klientens situation. Vi har valt att konstruera en rad sammanfattningsmått på frågor ur in-, ut- och uppföljningsformulären. Dessa mått har bildats genom att slå samman liknande frågor i respektive formulär till ett eller flera mått. Härigenom underlättas jämförelserna och antalet variabler blir mindre. Det främsta utfallsmåttet är alkohol- och drog-intag under uppföljningstiden. För att få en mer nyanserad bild av missbru-cket under hela perioden har vi valt att ta hänsyn till flera variabler, missbruks-intensitet, antal veckor av missbruk med högsta respektive längre intensitet och tidpunkten för återfall. Härigenom får vi, sedan informationen kompri-merats, tre huvudsakliga missbruksmönster. Den första mönstergruppen, som består av drogfria eller återhållsamma, utgör 32 procent, den andra med moderat missbruk omfattar 36 procent av klienterna och den tredje gruppen (33%) utgörs av dem med tungt missbruk. Vi kan alltså säga att den gamla tumregeln om 1/3 lyckade, 1/3 oförändrade och 1/3 försämrade verkar stämma i vår studie också. Samtidigt kan vi konstatera att andelen totalt avhållsamma bara är 12 procent.

Det finns inga större skillnader mellan mönstergrupperna vid inskrivning. Däremot finns stora likheter mellan missbruksmönster och andra variabler vid uppföljningstidpunkten. De som inte missbrukat eller har varit återhåll-samma har bättre boende, bättre relationer till släktingar och vänner, bättre psykisk hälsa, lägre grad av kriminalitet och de deltar oftare i självhjälps-grupper än de två andra missbruksgrupperna. Det motsatta gäller för dem med tungt missbruk sedan utskrivningen. Gruppen med ett moderat miss-bruk sedan utskrivningen ligger någonstans mittemellan.

Samma förhållande finns mellan missbruksmönster och förändringsfrågor kring boende, familjerelationer, missbruk etc, där en stor andel av dem som varit återhållsamma upplever en förbättrad situation jämfört med tiden före behandlingen. Det som särskilt skiljer den återhållsamma gruppen från de övriga är att de själva upplever att det skett en förändring till det bättre i olika avseenden. Även bland dem med ett moderat missbruk finns en stor andel med upplevd förbättrad livssituation, men här finns även några som

uppger att situationen har försämrats. I gruppen med tungt missbruk uppger många att det inte har skett någon förändring i positiv riktning och flera menar att det skett en försämring.

Vid en jämförelse mellan vad klienterna och socialsekreterarna svarat finner vi en relativt hög överensstämmelse (över 75% i många fall). Ett undantag är emellertid förändringsfrågorna där socialsekreterarna i större utsträckning svarar att det inte skett någon förbättring. Överlag har socialtjänsten bedömt LVM-vården som bra eller mycket bra och det är endast en mindre andel som har betygsatt LVM-vården som dålig eller mycket dålig. Det man trots allt är minst nöjd med är de behandlande insatserna, som knappt 1/3 anser är bra/mycket bra och informationen kring verksamheten samt problemområdet.

Det är intressant att konstatera att de som skrivits in och ut jämlikt LVM § 4 tycks ha den sämsta prognosen vad gäller fortsatt missbruk. Hälften av den gruppen återfinns bland dem med intensivt missbruk (M3). Det tycks vara en särskilt svår grupp. De frivilligt placerade klarade sig bättre och befinner sig i större utsträckning i den återhållsamma (M1) eller i gruppen med måttligt missbruksmönster efter utskrivningen (M2). Om vi tittar på vårdhändelser under LVM-tiden är skillnaderna stora mellan mönstergrupperna. På det så kallade "Strulpelleindexet" ligger M3 högst och M1 lägst, dvs de som missbrukat mest under uppföljningstiden var de som i störst utsträckning avvek under vårdtiden, avskildes och blev i mindre omfattning LVM § 27-placerade. Vad gäller vårdinsatser under LVM-tiden tycks gruppen M1 ha fått mer social färdighetsträning än grupperna M2 och M3. Allmänt tycks M3 ha fått minst hjälpinsatser. När det gäller fortsatt vård i frivillig form efter avslutad LVM är det fler i M3 som inte planerat det (69%) jämfört med M1 och M2 (drygt 40% i båda). Typ av planerade vårdkontakter skiljer sig också. M1 hade vid utskrivningen planerad kontakt med särskilt öppenvårdsprojekt, strukturerad dagvård och psykoterapeutisk kontakt i större omfattning än de övriga grupperna.

Kontakt med självhjälpgrupp och eget boende är vanligare i M1 vid uppföljning än i de övriga grupperna. Detta resultat stämmer väl med Arne Gerdners (1998) studier från Runnagården. Björn Sallmén (1999) visar i sin 18-månadersuppföljning på Karlsvik att skillnader i resultat i hög grad sammanhänger med social stabilitet, där boendet är en viktig faktor. Även Kronbergs preliminära och Larsson & Ollus (1999) resultat pekar på betydelsen av eftervård och ordnat boende.

Skillnaderna i mönstergrupperna vid uppföljningstillfället kan inte förklaras av skillnader i livssituation eller klienternas bakgrund vid inskrivningen. Däremot finns skillnader i vårdhändelser och insatser under LVM-tiden och fortsatt planerad vård efter avslutad LVM, som förefaller att samvariera med missbruksutfallet. Det krävs emellertid ytterligare analyser av materialet för att se om dessa samband står sig. Dessutom finns flera viktiga

skillnader mellan mönstergrupperna vid uppföljningen som är värda närmare analys. Framförallt tycks de som slutat eller minskat sitt alkohol- och drogintag, d v s de med återhållsamt missbruksmönster efter utskrivningen (M1) också ha en förbättrad relation till familj och vänner, bättre psykisk hälsa och mindre kriminalitet, vilket antyder att positiva saker inträffat efter vården som fått betydelse för utfallet.

Referenser

- Berglund, M. & Kronberg, M. (2002) Lägesrapport från projektet "LVM-vårdens effektivitet".
- Blomqvist, J. (1999) *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruket*. FoU-rapport 1999:16, Stockholms stad.
- Falk, L. (2002) *Sex månader efteråt – Uppföljning vid Hornö LVM-hem*. Allmän SiS-rapport 2002:03.
- Gerdner, A. (1998) *Compulsory Treatment for Alcohol Use Disorders – Clinical and Methodological Studies of Treatment Outcome*. Lund: Department of Clinical Alcohol Research, University of Lund (Akademisk avhandling).
- Gerdner, A. & Möller, K. (1998) *Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. SiS följer upp och utvecklar, 1/98.
- Gerdner, A. (1998) *LVM-vårdens kvalitet enligt Socialtjänstens bedömning*. Forskningsrapport nr 1.
- Gerdner, A. (2004) Utfall av LVM vård – en översikt i SOU 2004:3 *Forskningsrapporter*. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring.
- Harrison, P. (1993) "A Treatment Accountability Plan", Paper presenterad på *International Conference on Alcohol and Drug Treatment System Research*, arrangerat av Addiction Research Foundation, Toronto.
- Jenner, H. & Segraeus, V. (1996) Att utveckla missbrukarvård genom dokumentation. *Nordisk Alkoholtidskrift*, nr 3:150–159.
- Larsson, H. & Ollus, M. (1999) *Ett år efter utskrivning – vad hände sen? En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning*. SiS följer upp och utvecklar, 5/99.
- Pettersson, C. (2003). *Sex månader efteråt. Uppföljning av Behandlingshemmet Rällsögården*, Allmän SiS-rapport 2003:01.
- Sallmén, B. (1999) *Compulsory Treatment of Alcoholics: Psychiatric Comorbidity, Psychological Characteristics, Coercive Experiences and Outcome*. Lund: Department of Clinical Alcohol Research and Psychology, University of Lund (Akademisk avhandling).
- Simon, R., Bühringer, G. & Strobl, M. (1992) Trend analysis of treatment service data from the EBIS system; in Bühringer, G. & Platt, J. *Drug Addiction Treatment Research. German and American Perspectives*. Florida: Krieger Publishing Company.

Appendix A. Manual för uppföljning

Detta är en komprimerad och reviderad version av manualen som användes vid uppföljningen författad av Kristin Bjurner.

Vilka klienter ingår i uppföljningen?

Uppföljningsintervju ska genomföras på alla klienter som har en lång inskrivningsintervju och som skrevs ut under perioden 1 augusti 1999–31 juli 2000. Det ska göras prognoser på kommande möten, om hur många intervjuer det blir totalt.

Antal intervjuare och lämplighet som intervjuare

Varje institution utser personer som ska intervjuas. Då det finns risk för konfliktfyllda situationer bör två intervjuare närvara vid intervjutillfället. Det vore lämpligt att som intervjuare utse någon neutral person som inte haft för nära relation (t ex kontaktman) till intervjupersonen tidigare. Syftet med detta är att öka intervjupersonens möjlighet att svara ärligt med tanke på personligt känsliga frågor. Varje bedömning om vad som är lämpligt ska dock göras i samråd med institutionschef. Om man som intervjuare har varit engagerad i en klient under behandlingstiden är det bättre att låta någon kollega genomföra uppföljningsintervjun.

Lång intervju vid inskrivning

Kontrollera att det finns en lång intervju vid inskrivning och utskrivning för de aktuella klienterna som ska följas upp. I den mån det går att komplettera formulär görs det. Att ha så fullständiga formulär som möjligt är en förutsättning för att se förändring över tid.

Klientens tillstånd till uppföljningsintervju

Kontrollera att klienten givit tillstånd till uppföljning.

Om klienterna under vistelsen på institutionen inte tillfrågats om de går med på uppföljning eller inte så är det ändå tillåtet att kontakta klienten och fråga i efterhand.

Långa avstånd till intervjupersonen

Intervjuarna ska kunna intervjuas varandras klienter vid långa avstånd – samordning är därför viktigt av detta skäl. Om det blir mycket långa resor (mer än 15–20 mil) för att genomföra en intervju kan eventuellt något annat behandlingshem som har närmare till den f d klienten genomföra intervjun

(kontrollera i god tid). Men ansvaret ligger kvar på den första institutionen att skicka enkäten till socialtjänsten och det är den institution som genomfört intervjun som får 1000 kronor. Till en början kommer det inte att utgå någon ekonomisk ersättning för de behandlingshem som går in och tar över en intervju men om det blir väldigt skev fördelning får någon ekonomisk kompensation ordnas.

Tidpunkt för intervju

Tidpunkten för uppföljningsintervju är 6 månader efter utskrivningen. Därför är det viktigt att varje intervju ska genomföras före sju månader efter utskrivningen. Den lämpliga perioden för intervjugenomförandet anses vara perioden 5,5–6,5 månader efter utskrivningen. Det rekommenderas att boka tid för en intervju, när den avtalade intervjupersonen gör sitt besök på socialkontor eller öppenvård eller liknande. Börja planera i god tid.

Telefonintervju som ett alternativ och en komplettering till personlig intervju

Man ska alltid sträva efter en personlig intervju. Men om det visar sig att det är omöjligt att genomföra den personliga intervjun, kan man genomföra en telefonintervju. Telefonintervjun kan göras också som komplettering, när man har glömt fråga vissa saker eller upptäckt att svaren var ofullständiga.

När man inte får tag i den planerade intervjupersonen

För att kunna samla in de nödvändiga uppgifterna för bortfallsanalys, ska man vända sig till intervjupersonens socialsekreterare men inte så långt som till intervjupersonens anhöriga med hänsyn till deras integritet.

Antal försök att få tag på intervjuperson

Motivera inför den f d klienten varför det är bra att medverka i uppföljningsintervjun med ett antal motiveringar, t ex nu har du chansen att säga vad du tyckte om att bli tvångsvårdad. Om en klient under behandlingstiden säger att han/hon inte vill delta i uppföljningsstudien kan man fråga om det går bra att höra av sig senare (klientens inställning till en intervju kan ha förändrats efter några månader). Man bör försöka upp till 5 gånger. Det rekommenderas även att ta kontakt med de klienter som inte tidigare gett samtycke till uppföljningsintervjun och att på nytt försöka motivera dem att medverka. Syftet är att minska undersökningens bortfall.

Vem gör intervjun där flera institutioner är inblandade?

När en klient överflyttas till en institution som ingår i uppföljningsprojektet, ta kontakt med intervjuaren på den institutionen för att komma överens om vem som följer upp. I regel ska den institutionen där klienten vistades innan utskrivning genomföra uppföljningsintervjun men det gör ingenting om det blir två intervjuer på en och samma klient (svaren på vissa frågor kan använ-

das för tillförlitlighetsbedömning). Om en klient har flera utskrivningar under perioden 1 augusti 1999 till 31 juli 2000 välj den *första tidpunkten* men man kan göra flera uppföljningar på samma klient.

Avliden och svårt sjuk klient

Om klienten avlider efter utskrivning innan en uppföljningsintervju är genomförd skickas ändå en enkät till socialtjänsten. Om klienten är svårt psykiskt sjuk/dement får personalen avgöra om det är meningsfullt att åka iväg och genomföra en intervju.

Intervjuplats och intervjupersonens tillstånd vid intervjutillfälle

Intervjupersonens eget hem ska i princip undvikas. Istället rekommenderas socialkontor, öppenvårdslokal, föreningslokal för självhjälpgrupper eller kafé som lämpliga intervjuplatser. Ring och bekräfta avtalad tid och plats, helst samma dag, innan avresa till ett möte/intervju. Intervjupersonen ska i princip vara nykter eller inte påverkad av någon drog. Varje intervjupersons tillstånd (förmåga att intervjuas) bedöms dock från fall till fall.

Anmälningsplikt

Vad gör man som intervjuare om man i samband med intervjun får kännedom om att intervjupersonen exempelvis är involverad i kriminella aktiviteter, barnmisshandel eller annat. I princip ska man inte ingripa (t ex anmäla till socialtjänsten) i intervjupersonens aktuella situation. Det primära syftet med intervjun är inte att utföra myndighetskontroll. Man är skyldig att anmäla om man i sin verksamhet får kännedom om något som kan innebära att socialnämnden behöver ingripa till en underårigs skydd (71§). Man är även skyldig att anmäla då man får kännedom om brott som planering av mord, dråp, grovt rån (lägst dom 2 år). Innehav av vapen är däremot inte anmälningskyldigt – åk därifrån! Läs också SoS Råd och anvisningar 1991:4. Man kan även kontakta SiS jurister om råd när det behövs.

Appendix B. Inskrivningsdata för klienter med långt respektive kort inskrivningsformulär

Tabell B1. Typ av kontakt med enheten efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Ny klient	68,6	67,9	68,4
Tidigare kontakt med enheten	31,4	32,1	31,6
Totalt	100	100	100
Antal	404	106	510

Tabell B2. Främsta initiativtagare till kontakten efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Socialtjänst	71,8	69,8	71,4
Somatisk vård	2,5	0,9	2,2
MVC eller BVC	0,2		0,2
Psykiatrisk vård	1,2	4,7	2,0
Polismyndighet	5,4	6,6	5,7
Kriminalvård	2,0		1,6
Länsstyrelsen	0,2		0,2
Eget initiativ	4,7	3,8	4,5
Kamrat	0,2		0,2
Anhörig	6,4	3,8	5,9
Annan	1,2	1,9	1,4
Annan kommunal myndighet	0,7		0,6
Annan LVM-inst	3,2	8,5	4,3
Totalt	100	100	100
Antal	404	106	510

Tabell B3. Huvudsaklig boendeform senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Egen bostad	57,5	55,3	57,1
Andra hand eller inneboende	5,0	6,4	5,3
Boendekollektiv	3,5	1,1	3,0
Försöks- eller träningslägenhet	1,3	1,1	1,2
Institution, kategorihus	6,0	8,5	6,5
Familjevård	,8	1,1	0,8
Fängelse eller häkte	1,3	4,3	1,8
Hotell	,5		0,4
Föräldrar	10,3	2,1	8,7
Släktingar	2,5		2,0
Bostadslös	9,8	17,0	11,1
Annat	1,8	3,2	2,0
Totalt	100	100	100
Antal	400	94	494

Tabell B4. Huvudsaklig levnadsform senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Ensamlevande	62,9	65,3	63,4
Samlevande med barn	2,3	3,2	2,4
Samlevande med partner utan barn	13,0	22,1	14,8
Samlevande med partner och barn	7,3	2,1	6,3
Samlevande med föräldrar eller släkting	11,5	1,1	9,5
Samlevande med annan, andra	3,0	6,3	3,6
Totalt	100	100	100
Antal	399	95	494

Tabell B5. Egna barn efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Inga barn	50,1	47,8	49,7
Ett eller flera barn	49,9	52,2	50,3
Totalt	100	100	100
Antal	399	90	489

Tabell B6. Antal egna barn under 18 år efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Inga barn	64,8	60,2	63,9
Ett eller flera barn	35,2	39,8	36,1
Totalt	100	100	100
Antal	358	83	441

Tabell B7. Skolutbildning efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Ej fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande	13,0	14,9	13,3
Fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande	48,4	63,5	50,7
Fullföljt gymnasium, fackskola eller motsvarande	31,7	21,6	30,1
Fullföljd eftergymnasial utbildning	7,0		5,9
Totalt	100	100	100
Antal	401	74	475

Tabell B8. Huvudsaklig försörjning senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Lön	10,7	3,3	9,4
AMS-bidrag	,7		0,6
Arbetslöshetsersättning	5,7	2,2	5,1
Sjukpenning	8,0	18,9	10,0
Sjukbidrag	5,5	8,9	6,1
Ålderspension	3,0	3,3	3,1
Förtidspension	21,4	32,2	23,4
Socialbidrag	30,7	23,3	29,3
Studiebidrag eller studiemedel	1,7		1,4
Föräldrapenning	,2		0,2
Försörjd av förälder eller anhörig	1,0	1,1	1,0
Annat försörjningssätt	11,2	6,7	10,4
Totalt	100	100	100
Antal	401	90	491

Tabell B9. Bruk som föranlett inskrivning, alkohol, efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Vet ej	,3		0,2
Nej	33,9	32,6	33,7
Ja	65,8	67,4	66,1
Totalt	100	100	100
Antal	398	95	493

Tabell B10. Bruk som föranlett inskrivning, narkotika, efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	48,6	43,6	47,7
Ja	51,4	56,4	52,3
Totalt	100	100	100
Antal	397	94	491

Tabell B11. Bruk som föranlett inskrivning, lösningsmedel, efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	98,0	98,9	98,1
Ja	2,0	1,1	1,9
Totalt	100	100	100
Antal	392	93	485

Tabell B12. Bruk som föranlett inskrivning, narkotikaklassade läkemedel, efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	72,8	71,0	72,4
Ja	27,2	29,0	27,6
Totalt	100	100	100
Antal	393	93	486

Tabell B13. Bruk som föranlett inskrivning, dopingmedel, efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	94,4	94,6	94,4
Ja	5,6	5,4	5,6
Totalt	100	100	100
Antal	391	92	483

Tabell B14. Aktuellt bruk (första drog) efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Alkohol, regelbunden användning	40,2	30,1	38,2
Alkohol, till berusning	16,0	21,5	17,1
Heroin	21,3	15,1	20,0
Andra opiater, smärtstillande preparat	0,3		0,2
BZD, sed, hypn	3,1	4,3	3,4
Kokain	0,3	1,1	0,4
Amfetamin	15,5	24,7	17,3
Cannabis	2,6	1,1	2,3
Lösningsmedel	0,5		0,4
Fler än ett medel per dag	0,3	1,1	0,4
Annat		1,1	0,2
Totalt	100	100	100
Antal	381	93	474

Tabell B15. Kroppsliga skador eller sjukdomar som påverkar livsföring efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	54,5	48,7	53,6
Ja	45,5	51,3	46,4
Totalt	100	100	100
Antal	400	78	478

Tabell B16. Sammanlagd tid i rättspsykiatrisk vård (antal månader) efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Ej dömd	96,1	98,7	96,5
En månad eller mera	3,9	1,3	3,5
Totalt	100	100	100
Antal	388	75	463

Tabell B17. Kontakt med försäkringskassa under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	57,5	52,9	56,7
Ja	42,5	47,1	43,3
Totalt	100	100	100
Antal	393	87	480

Tabell B18. Kontakt med frivårdsmyndighet under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	69,7	72,9	70,3
Ja	30,3	27,1	29,7
Totalt	100	100	100
Antal	396	85	481

Tabell B19. Kontakt med arbetsförmedling under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	71,0	79,5	72,4
Ja	29,0	20,5	27,6
Totalt	100	100	100
Antal	396	83	479

Tabell B20. Kontakt med socialtjänst under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	34,8	42,5	36,2
Ja	65,2	57,5	63,8
Totalt	100	100	100
Antal	396	87	483

Tabell B21. Kontakt med kronofogde under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	67,6	82,7	70,2
Ja	32,4	17,3	29,8
Totalt	100	100	100
Antal	392	81	473

Tabell B22. Kontakt med sjukvård under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	27,9	31,0	28,5
Ja	72,1	69,0	71,5
Totalt	100	100	100
Antal	394	87	481

Tabell B23. Kontakt med annan myndighet under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Vet ej	,5		0,4
Nej	75,0	72,5	74,6
Ja	24,5	27,5	25,0
Totalt	100	100	100
Antal	380	80	460

Tabell B24. Kontakt med behandlingsansvarig under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	10,6	7,5	10,0
Ja	89,4	92,5	90,0
Totalt	100	100	100
Antal	395	93	488

Tabell B25. Kontakt med öppenvårdsmottagning under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	63,6	78,3	66,2
Ja	36,4	21,7	33,8
Totalt	100	100	100
Antal	396	83	479

Tabell B26. Kontakt med öppenvårdsprojekt under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	87,3	89,3	87,7
Ja	12,7	10,7	12,3
Totalt	100	100	100
Antal	395	84	479

Tabell B27. Kontakt med strukturerad dagvård under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	91,1	90,5	91,0
Ja	8,9	9,5	9,0
Totalt	100	100	100
Antal	395	84	479

Tabell B28. Kontakt med psykoterapeut under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	78,3	84,7	79,4
Ja	21,7	15,3	20,6
Totalt	100	100	100
Antal	396	85	481

Tabell B29. Kontakt med nuvarande institution under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	87,2	84,4	86,7
Ja	12,8	15,6	13,3
Totalt	100	100	100
Antal	397	90	487

Tabell B30. Kontakt med företagshälsovård under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	98,0	100,0	98,4
Ja	2,0		1,6
Totalt	100	100	100
Antal	396	89	485

Tabell B31. Kontakt med hälsovård inom utbildningsinstitution under de senaste 6 månaderna efter inskrivningsformulär

	Inskrivningsformulär		Totalt
	Lång	Kort	
Nej	99,0	100,0	99,2
Ja	1,0		0,8
Totalt	100	100	100
Antal	394	88	482

Appendix C. Sammanfattningsmått

Vid bortfallsanalyserna i kapitel 3 jämförs flera grupper för att se om det råder någon skillnad mellan bland annat bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen. Detta görs för flera områden i inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsformulären. Eftersom det finns ett mycket stort antal frågor i formulären skulle det bli alltför omfattande och utrymmeskrävande att redovisa alla. Därför har informationen från ett antal liknande frågor komprimerats (omkodats) till ett sammanfattande mått. Denna sammanslagning av frågor har gjorts för de flesta delområdena för inskrivnings-, utskrivnings- och uppföljningsformulären.

Sammanfattningsmåttarna är konstruerade så att klienternas problemnivå rangordnats på en stigande skala med två till fyra kategorier. I de fall två kategorier används är beteckningarna Låg (L) och Hög (H), när det finns tre kategorier används beteckningarna Låg (L), Mellan (M) och Hög (H) och i ett fall är det fyra kategorier som betecknas med Låg (L), Mellan (M), Hög (H) och Mycket Hög (MH). I samtliga fall står L för låg problemnivå, M för mellan-nivå, H för hög problemnivå och MH för mycket hög problemnivå. Bildandet av dessa kategorier har skett utifrån frekvensfördelningar och teoretiska resonemang. I och med att sammanfattningsmåttarna skall vara rangordnade har inte alla variablerna använts från de olika områdena utan endast de som varit användbara i det aktuella sammanhanget. I avsnitten nedan beskrivs vilka variabler som kodats om och hur sammanslagningen gått till för respektive område och tidsperiod för de tre formulären.

Appendix C.1 Sammanfattningsmått för inskrivningsformulär

Inskrivningsformuläret och dess områden beskrevs översiktligt i avsnitt 2.5. Konstruktionen av sammanfattningsmåttarna följer i stort sett indelningen av formulären i avsnitt 2.5. med den skillnaden att det är något färre områden och att några områden har döpts om till mer passande namn.

I inskrivningsformuläret frågas om hur situationen varit totalt i livet, senaste 6-månadersperioden och de senaste 30 dagarna. Konstruktionen av sammanfattningsmåttarna har utgått från denna tidsindelning och därför finns det upp till tre sammanfattningsmått för ett område i formuläret. I tabell C1 ges en översiktlig bild av vilka sammanfattningsmått som har bildats för inskrivningsintervjun. Det finns två sammanfattningsmått för boendeform (senaste 6 månaderna och de senaste 30 dagarna), familj och umgänge (totalt i livet och de senaste 30 dagarna). För uppväxtmiljö finns ett sammanfattningsmått (totalt i livet). För tid i arbete/försörjning finns tre samman-

fattningsmått (totalt i livet, senaste 6 månaderna och de senaste 30 dagarna). För droger (alkohol, opiater, dämpande mediciner, centralstimulantia och cannabis) finns ett sammanfattningsmått för två tidsperioder (senaste 6 månaderna och de senaste 30 dagarna). För följande områden finns ett sammanfattningsmått konstruerat; behandling/vård (totalt i livet), självhjälp (senaste 6 månaderna), fysisk hälsa (senaste 30 dagarna) och övergrepp (totalt i livet). För de två sista områdena i formuläret finns två sammanfattningsmått; psykisk hälsa (totalt i livet och de senaste 30 dagarna) och kriminalitet (totalt i livet och de senaste 6 månaderna). Datamaterialet som ligger till grund för frekvensfördelningarna är lång inskrivningsintervju med 404 klienter (kapitel 3).

Huvudsaklig boendeform de senaste 6 månaderna och de senaste 30 dagarna

Indelningen av boendeform består av fyra kategorier som baserar sig på frågan om boende den senaste 6-månadersperioden och de senaste 30 dagarna. Här är det alltså fråga om en sammanslagning av ett antal svars-kategorier från den ursprungliga frågan till fyra nya kategorier. Den första kategorin Låg (L) består av en av de ursprungliga kategorierna, eget boende, vilket är den mest stabila boendeformen. Mellan (M) består av boende i andra hand eller inneboende, boendekollektiv, försöks- eller träningslägenhet, hotell, föräldrar, släktingar och annat. Denna kategori kan betecknas med boende i någon ordnad form. Hög (H) består av boende på institution eller kategorihus, familjevård och fängelse eller häkte. Den sista kategorin Mycket Hög (MH) består av kategorin bostadslös som är den mest utsatta boendeformen.

Tabell C1. Sammanfattningsmått för område och tidsperiod

Område	Tidsperioder		
	Totalt i livet	Senaste 6 månaderna	Senaste 30 dagarna
Boendeform		X	X
Familj och umgänge	X		X
Uppväxtmiljö	X		
Tid i arbete/Försörjning	X	X	X
Drog	Alkohol	X	X
	Opiater	X	X
	Dämpande mediciner	X	X
	Centralstimulantia	X	X
	Cannabis	X	X
Behandling/vård	X		
Självhjälp		X	
Fysisk hälsa			X
Övergrepp	X		
Psykisk hälsa	X		X
Kriminalitet	X	X	

Denna indelning gäller både för huvudsaklig boendeform senaste 6 månader och de senaste 30 dagarna. Huvudsaklig levnadsform har ej använts i sammanfattningsmättet eftersom det är alltför svårt att göra någon naturlig rangordning av de kategorier som ingår där. För förekomst av missbruksproblem hos samlevande ingår i sammanfattningsmättet familj och umgänge de senaste 30 dagarna. Beräkning av frekvenserna för respektive kategori ger följande fördelning för boendeform senaste 6 månaderna (tabell C2). Kategorin Låg består av 58 procent, Mellan av 25 procent, Hög av 8 procent och Mycket Hög av 10 procent.

Tabell C2. Fördelning av boendeformen efter problemnivå de senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	230	57,5
Mellan	99	24,8
Hög	32	8,0
Mycket Hög	39	9,8
Totalt	400	100,0

Efter att ha beräknat frekvenserna för respektive kategori får vi följande fördelning för boendeform senaste 30 dagarna (tabell C3). Kategorin Låg består av 52 procent, Mellan av 26 procent, Hög av 8 procent och Mycket Hög av 14 procent.

Tabell C3. Fördelning av boendeform efter problemnivå de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	206	51,5
Mellan	103	25,8
Hög	33	8,3
Mycket Hög	58	14,5
Totalt	400	100,0

Familj och umgänge, totalt i livet

De frågor som ingår i sammanfattningsmättet rör vilka släktingar som klienten haft perioder med stora problem att komma överens med totalt i livet. Släktingarna delas in i sex kategorier mor, far, syskon, make/maka/partner, egna barn och annan nära släkting. I avsnittet ingår även frågor om antal egna barn, antal egna barn under 18 år och antalet barn med gemensam vårdnad men dessa ingår inte i sammanfattningsmättet eftersom de är alltför svåra att rangordna på något sätt.

Problemnivåerna i sammanfattningsmättet utgår från andelen släktingar som klienten har haft stora svårigheter att komma överens med. Låg (L) betyder att klienten inte har haft några stora problem med att komma överens med släktingar (inklusive de som ej har några släktingar). Mellan (M) står

för att klienten har haft svårigheter att komma överens med mellan 1 och 30 procent av släktingarna och slutligen kategorin Hög (H) där klienten har haft perioder med stora problem att komma överens med mer än 30 procent av släktingarna.

Efter att ha beräknat frekvenserna för respektive kategori får vi följande fördelning för familj och umgänge totalt i livet (tabell C4). Kategorin Låg problemlnivå utgörs av 48 procent, Mellan av 21 procent, Hög problemlnivå av 30 procent.

Tabell C4. Fördelning av familj och umgänge efter problemlnivå totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	193	48,5
Mellan	84	21,1
Hög	121	30,4
Totalt	398	100

Familj och umgänge, senaste 30 dagarna

Detta sammanfattningsmått består av tre olika komponenter. Den första, upplevt perioder med svårigheter att komma överens med släktingar de senaste 30 dagarna, är indelad på samma sätt som ovan (se Familj och umgänge totalt i livet).

Den andra komponenten sammanfattar de två frågorna om regelbundet umgänge med icke-missbrukande vänner/bekanta och regelbundet umgänge med missbrukande vänner/bekanta till en fråga med tre kategorier. Den första kategorin består av umgänge med icke-missbrukande vänner/bekanta (IMB), den andra av umgänge både med icke-missbrukande vänner/bekanta och missbrukande vänner/bekanta (IMB & MB), och slutligen den tredje som utgörs av dem som haft umgänge med missbrukande vänner/bekanta eller ej något regelbundet umgänge (MB eller E).

Den tredje komponenten i sammanfattningsmåtten består av tre delar. Den första delen består av dem som varit ensamlevande/ensamstående. De två andra delarna baseras på frågan om det förekommit missbruksproblem hos samlevande (partnern, barn, föräldrar eller någon annan person) eller inte.

Dessa tre komponenterna har nu slagits samman till ett sammanfattande mått (tabell C5). I kategorin Låg problemlnivå ingår de som inte har några problem med att komma överens med släktingar, samtidigt som de umgås med icke-missbrukande vänner/bekanta (IMB) eller både med icke-missbrukande vänner/bekanta och missbrukande vänner/bekanta (IMB & MB), och bor antingen ensamma eller med en partner som inte har några missbruksproblem. Ytterligare en kombination ingår i kategorin Låg, nämligen de som har problem i umgänget med 1–30 procent av sina släktingar och som inte umgås med missbrukare och bor ensamma.

I kategorin Hög problemlnivå ingår alla som är samlevande med en person som är missbrukare utom de som inte har några problem med umgänget med släktingar och inte umgås med missbrukande vänner/bekanta. Den sistnämnda kombinationen betecknas som Mellan. Övriga kombinationer som ingår i Hög problemlnivå är de som har stora problem i umgänget med mer än 30 procent av släktingarna och umgås med icke-missbrukande vänner/bekanta och missbrukande vänner/bekanta (IMB & MB) eller missbrukande vänner/bekanta alternativt är ensamma (MB eller E). Slutligen ingår även de som har svårigheter i umgänget med 1–30 procent av släktingarna, ett regelbundet umgänge med missbrukare eller är ensamma (MB eller E) och är samlevande med en partner utan missbruksproblem. Övriga kombinationer betecknas som Mellanhög problemlnivå.

Tabell C5. Indelning av problemlnivå för Familj och umgänge de senaste 30 dagarna

		Umgänge	Boendeform och eventuell förekomst av missbruksproblem hos samlevande		
			Ensamlevande	Inga missbruksproblem hos samlevande	Missbruksproblem hos samlevande
Problem att komma överens med släktingar	Inga problem	IMB	L	L	M
		IMB & MB	L	L	H
		MB eller E	M	M	H
	1–30%	IMB	L	M	H
		IMB & MB	M	M	H
		MB eller E	M	H	H
	>30%	IMB	M	M	H
		IMB & MB	H	H	H
		MB eller E	H	H	H

Fördelningen för respektive kategori ges av tabell C6. Kategorin Låg problemlnivå utgörs av 38 procent, Mellan av 33 procent och Hög problemlnivå av 30 procent.

Tabell C6. Fördelning av problemlnivån för Familj och umgänge de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Andel
Låg	138	37,8
Mellan	119	32,6
Hög	108	29,6
Totalt	365	100,0

Uppväxtmiljö

Sammanfattningsmättet för uppväxtmiljö består av i huvudsak tre olika delar: boendeform under uppväxten, förekomst av missbruk och psykiska problem. Boendeformen är indelad i åldersintervall (0–2, 3–6, 7–12, 13–15 och

16–18 år). För varje åldersintervall finns det nio olika svarsalternativ; biologisk mor och far, biologisk mor, biologisk far, biologisk förälder och partner (styvfamilj), adoptivfamilj, fosterfamilj, annan vårdnadshavare, eget boende och institution. För frågorna om förekomst av missbruk och psykiska problem under uppväxten är svarsalternativen ja och nej.

I sammanfattningsmättet har de fyra första åldersintervallen använts. I en första komprimering av data har antalet förändringar mellan de nio boendekategorierna under uppväxten beräknats. Antalet förändringar ligger mellan noll och tre och dessa har delats upp i två grupper där den första inte har haft några förändringar och den andra där antalet förändringar varit mellan 1 och 3.

De nio olika kategorierna med information om uppväxtmiljö har slagits samman till tre grupper. Den första (Boende_1) består av Biologisk mor och far, den andra (Boende_2) av Biologisk mor, Biologisk far, Biologisk förälder och partner (styvfamilj), Adoptivfamilj och Annan vårdnadshavare och slutligen den tredje gruppen (Boende_3) bestående av Fosterfamilj, Eget boende och Boende på institution. Utifrån dessa kategorier, som löper över de fyra första tidsintervallen, har tre nya kategorier bildats där den första (Boende_A) består av dem som endast bott tillsammans med biologisk mor och far under hela uppväxten (Boende_1). Kategori (Boende_B) utgörs av dem som någon gång eller enbart upplevt Boende_2 men inte Boende_3 (Fosterfamilj, Eget boende och Boende på institution). Den tredje kategorin (Boende_C) består av dem som någon gång eller enbart upplevt Boende_3 (Fosterfamilj, Eget boende och Boende på institution). En korstabell med de nybildade variablerna redovisas nedan.

I tabell C7 redovisas tre grupper av uppväxt. Den första (Uppväxt_1) består av de klienter som inte har upplevt några förändringar av boendekategorier under uppväxtmiljön och boendet betecknat Boende_1 och Boende_2 (alltså alla ursprungliga boendekategorier exklusive Fosterfamilj, Eget boende eller Boende på institution). En annan grupp (Uppväxt_2) består av dem som upplevt åtminstone en förändring under uppväxten samt haft Boende_B. Den sista boendeformen (Uppväxt_3) består av dem som under någon period bott hos fosterfamilj, haft eget boende eller varit boende på någon institution (Boende_C).

Tabell C7. Frekvenser av förändringar av boendeförhållanden och boendeform under uppväxtmiljön

		Typ av boendeform under uppväxten		
		Boende_A	Boende_B	Boende_C
Förändringar av boende- under uppväxten	Ingen förändring	Uppväxt_1	Uppväxt_1	Uppväxt_3
	Åtminstone en förändring		Uppväxt_2	Uppväxt_3

* Ej relevant kombination

De två andra variablerna, förekomst av missbruk och psykiska problem i uppväxtmiljön, som ingår i detta sammanfattningsmått har kodats om till två kategorier. En där varken det ena eller andra problemet förekommit (57%) och en andra kategori där det har förekommit antingen missbruksproblem eller psykiska problem eller att båda problemen har förekommit under uppväxten (43%).

Indelningen av Låg, Mellan och Hög problemnivå är följande (se även tabell C8); kategorin Låg (L) består av dem med en uppväxt hos både biologisk mor och far (boende 1) och där det varken förekommit missbruk eller psykologiska problem. I mellangruppen (M) ingår de som ej upplevt missbruk eller psykologiska problem samt de som har haft boende 2 eller 3 (upplevt andra boendeformer än hos båda biologiska föräldrarna). Den tredje gruppen (H) utgörs av de där det förekommit missbruk och/eller psykiska problem under uppväxten. I nästföljande tabell ges fördelningen för Låg, Mellan och Hög för uppväxtmiljö.

Tabell C8. Indelning av problemnivån för uppväxtmiljö

		Förekomst av missbruk och/eller psykiska problem under uppväxten	
		Nej	Ja
Boende under uppväxten	Uppväxt_1	L	H
	Uppväxt_2	M	H
	Uppväxt_3	M	H

Tabell C9. Fördelning av problemnivå för uppväxtmiljö

Kategori	Frekvens	Andel
Låg	154	39,7
Mellan	68	17,5
Hög	166	42,8
Totalt	388	100,0

Tid i arbete/Försörjning, totalt i livet

Sammanfattningsmättet baseras på två frågor från inskrivningsformuläret: längsta period av regelbundet arbete (antal månader) och ålder vid inskrivningstillfället. Detta sammanfattningsmått försöker uppskatta längsta period av regelbundet arbete i förhållande till ålder vid inskrivningstillfället. Eftersom det inte finns information om klientens ålder vid avslutade studier har denna ålder satts till 17 år för samtliga klienter. Andelen har sedan beräknats genom att dividera tiden (antal år) av regelbundet arbete med differensen av ålder och uppskattad ålder vid avslutade studier. Resultatet av detta har sedan delats upp i tre intervall enligt: Hög 0–0,10, Mellan 0,11–0,40 och Låg: 0,41–. Fördelningarna för dessa intervall ges i tabell C10.

Tabell C10. Tid i arbete/Försörjning totalt i livet efter problemlivnivå

Kategori	Frekvens	Andel
Låg	114	30,6
Mellan	135	36,2
Hög	124	33,2
Totalt	373	100,0

Försörjning, senaste 6 månaderna och senaste 30 dagarna

Här består respektive sammanfattningsmått av en fråga vardera med tolv olika kategorier. Frågorna har kodats om till två kategorier där den ena belyser en mer aktiv försörjning och en mer passiv. Den aktiva kategorin består av lön, AMS-bidrag, arbetslöshetsersättning, sjukpenning, studiebidrag eller studiemedel, föräldrapenning och sjukbidrag. Den passiva försörjningskategorin innefattar ålderspension, förtidspension, socialbidrag, försörd av förälder eller anhörig och annat försörjningssätt. Dessa sammanfattningsmått består alltså endast av två kategorier (Låg och Hög). Respektive fördelning för de två sammanfattningsmått ges i tabellerna C11 och C12.

Tabell C11. Fördelning av problemlivnivån för huvudsaklig försörjning senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	131	32,7
Hög	270	67,3
Totalt	401	100,0

Tabell C12. Fördelning av problemlivnivån för huvudsaklig försörjning de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	120	29,9
Hög	281	70,1
Totalt	401	100,0

Alkohol och narkotika

Alkohol- och narkotikaavsnittet består av ett relativt stort antal frågor och en första komprimering av informationen från frågorna har varit att bilda fem huvudgrupper av droger där respektive grupp består av mellan en och tre liknande droger. Den första gruppen är alkohol som består av alkohol regelbunden användning, och alkohol till berusning, den andra gruppen är opiater där heroin, metadon och andra opiater/smärtstillande preparat ingår, den tredje gruppen är dämpande mediciner, den fjärde centralstimulantia som består av kokain, amfetamin och ecstasy och slutligen den femte gruppen som består av cannabis. I inskrivningsformuläret ställs även frågor om hallucinogener, lösningsmedel och dopingpreparat men dessa är inte särskilt vanligt förekommande, särskilt inte som drog som föranlett in-

skrivning. Därför har det inte gjorts något sammanfattningsmått för dessa droger. För de fem huvudgrupperna av droger har två sammanfattningsmått gjorts för respektive grupp, ett mått som beskriver regelbunden användning totalt i livet och ett annat som sammanfattar användningen de senaste 30 dagarna.

Sammanfattningsmättet för regelbunden användning totalt i livet består av debutålder, antal år av regelbunden användning samt i de fall drogen har injicerats intravenöst någon gång (opiater och centralstimulantia) eller om den har intagits på något annat sätt (oralt, nasalt, rökning och icke intravenös injicering). När en droggrupp består av fler än en drog har minimiåldern för debut tagits för de ingående drogtyperna och på liknande sätt har maximum tagits av antalet år av regelbunden användning inom respektive grupp.

Det andra sammanfattningsmättet baseras på antalet dagar drogen använts under de senaste 30 dagarna och då har maximala antalet dagar tagits inom gruppen. Det är tänkbart att detta mått underskattar det verkliga antalet om t ex en person använder två droger från samma huvudgrupp varannan dag under en hel månad. Då kommer 15 dagar att beräknas för den personen fast det i själva verket är 30 dagar.

Alkohol, användning totalt i livet

Det första sammanfattningsmättet för alkohol baseras på två variabler, debutålder och regelbunden användning totalt i livet. Den första av dessa variabler har delats upp efter medianålder i två grupper, en tidig debut (upp till och med 14 år) och en sen debut (15 år eller äldre). På liknande sätt har regelbunden användning totalt i livet delats in i tre ungefär till andel lika stora grupper; kort (1–9 år), medel (10–19 år) och lång (20– år). För båda dessa variabler finns ytterligare en kategori, ej relevant, i de fall drogen ej använts respektive ej använts regelbundet någon gång under livet.

I tabell C13 ges samtliga kombinationer och klassificering av Ej Relevant, Låg, Mellan och Hög för regelbunden användning av alkohol totalt i livet. Om drogen inte använts regelbundet sätts sammanfattningsmättet till Låg oavsett debutålder. Samma gradering gäller även för sen debutålder och en kort tid av användning men sätts till Medel om det har varit en tidig debut. Kombinationen av en sen debut och medellång regelbunden användning klassificeras som Medel, övriga fall sätts måttet till Hög problemlnivå.

Tabell C13. Klassificering av problemlnivå för alkoholanvändning totalt i livet

		Regelbunden användning i livet, antal år			
		Ej relevant	Kort	Medel	Lång
Debutålder	Ej relevant	ER	*	*	*
	Sen debut	L	L	M	H
	Tidig debut	L	M	H	H

Tabell C14. Fördelning av problemnivån för alkoholanvändning totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	40	11,2
Låg	70	19,6
Mellan	90	25,2
Hög	157	44,0
Totalt	357	100,0

Alkohol, användning de senaste 30 dagarna

Sammanfattningsmättet för användning de senaste 30 dagarna har skapats genom att bilda en kategori med Ej Relevant för dem som ej brukat alkohol och sedan dela upp de övriga i tre lika stora grupper med avseende på andelar. De tre grupperna klassificeras enligt Låg (1–10 dagar), Mellan (11–20 dagar) och Hög (21–30 dagar). I tabell C15 ges fördelningen.

Tabell C15. Fördelning av problemnivån för alkoholanvändning de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	123	32,8
Låg	99	26,4
Mellan	68	18,1
Hög	85	22,7
Totalt	375	100,0

Opiater, användning totalt i livet

I likhet med indelning av debutålder och antal år av regelbunden användning för alkohol har medianålder respektive tertial använts med följande intervaller; tidig debut (upp till och med 20 år) och en sen debut (21 år eller äldre) respektive kort (1–3 år), medel (4–7 år) och lång (8– år) användningstid. Som nämnts tidigare tillkommer den dikotoma variabeln intagningsätt för opiater. Som i fallet med alkohol finns det vissa kombinationer som inte är relevanta om drogen till exempel inte har använts regelbundet. I tabell C16 redovisas konstruktionen av de olika kombinationerna Ej Relevant, Låg, Mellan och Hög problemnivå.

I de fall där det inte har förekommit någon regelbunden användning har sammanfattningsmättet satts till Låg problemnivå för sen debutålder oavsett intagningsätt och samma klassificering gäller för tidig debutålder och icke-intravenöst bruk medan det får värdet Medel om det varit fråga om intravenöst bruk. Det finns ytterligare två kombinationer som gett måttet Låg problemnivå och det är för icke-intravenöst bruk och kort tid av regelbunden användning. Måttet har satts till Medel då det har varit fråga om icke-intravenöst bruk, sen debut om den regelbundna användningstiden har varit medellång eller lång. För sen debutålder och intravenöst bruk har måttet satts till Medel om den regelbundna användningstiden varit kort eller

medellång och till Hög om det varit en lång användningstid. Den sista kombinationen som klassificerats som Medel består av tidig debutålder, icke-intravenöst bruk och medellångt regelbundet användande, samma kombination fast med ett långt regelbundet användande kallas för Hög. De resterande tre kombinationerna; intravenöst bruk, tidig debutålder och kort/medel/lång regelbunden användning har alla klassificerats som Hög. Fördelningen framgår i tabell C17a.

Tabell C16. Klassificering av problemnivåerna för användning av opiater totalt i livet

Debutålder	Regelbunden användning totalt i livet	Intagningsätt		
		Ej relevant	Icke intravenöst	Intravenöst
Ej relevant	Ej relevant	ER	*	*
Sen debut	Ej regelbunden användning	*	L	L
	Kort	*	L	M
	Medel	*	M	M
	Lång	*	M	H
Tidig debut	Ej regelbunden användning	*	L	M
	Kort	*	L	H
	Medel	*	M	H
	Lång	*	H	H

Tabell C17a. Fördelning av problemnivåerna för bruk av opiater totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	199	54,5
Låg	54	14,8
Medel	45	12,3
Hög	67	18,4
Totalt	365	100,0

Opiater, användning de senaste 30 dagarna

Idén bakom detta sammanfattningsmått är detsamma som för användning av alkohol de senaste 30 dagarna men med den skillnaden att det bara är tre kategorier Ej Relevant, Låg (1–13 dagar) och Hög (14–30 dagar). Anledningen är att i de flesta fall, då det varit fråga om något missbruk, har det antingen varit dagligen (45% av fallen) eller så har det varit kortare än två

Tabell C17b. Fördelning av problemnivåerna för bruk opiater de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	256	69,2
Låg	33	8,9
Hög	81	21,9
Totalt	370	100,0

veckor. Så i det här fallet är det tillräckligt att bara använda två kategorier (Låg och Hög) samt Ej Relevant. I tabell C17b ges fördelningen för dessa kategorier.

Dämpande mediciner, användning totalt i livet

Detta sammanfattningsmått är konstruerat på samma sätt som alkohol men gränsen för tidig debutålder är satt till upp till och med 20 år, och 21 år och äldre. För antalet år av regelbunden användning har intervallen satts till 1–4 år för kort, 5–9 år för medel och lång 10– år. I övrigt har Ej Relevant, Låg, Mellan och Hög satts lika som i fallet med alkohol. I tabell C18 ges fördelningen för Ej Relevant, Låg, Mellan och Hög.

Tabell C18. Fördelning av problemnivån för användning av dämpande mediciner totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	198	56,7
Låg	46	13,2
Mellan	34	9,7
Hög	71	20,3
Totalt	349	100,0

Dämpande mediciner, användning senaste 30 dagarna

Här har samma indelningsgrund som för opiater använts. I tabell C19 ges fördelningen för Ej Relevant, Låg och Hög.

Tabell C19. Fördelning av problemnivån för användning av dämpande mediciner de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	241	66,6
Låg	47	13,0
Hög	74	20,4
Totalt	362	100,0

Centralstimulantia, användning totalt i livet

Detta sammanfattningsmått är konstruerat på samma sätt som måttet för opiater men med andra gränser för debutåldern (tidig debut upp till och med 18 år) och antalet år av regelbunden användning (kort 1–4 år, medel 5–9 år och lång 10– år). I övrigt är allt lika. Fördelningen för sammanfattningsmåttet ges i tabell C20.

Centralstimulantia, användning senaste 30 dagarna

Konstruktionen av detta sammanfattningsmått följer modellen från opiater. Fördelningen för Ej Relevant, Låg, Mellan och Hög redovisas i tabell C21.

Tabell C20. Fördelning av problemnivån för användning av centralstimulantia totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	180	48,0
Låg	69	18,4
Mellan	35	9,3
Hög	91	24,3
Totalt	375	100,0

Tabell C21. Fördelningen av problemnivån för bruk av centralstimulantia de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	280	74,9
Låg	57	15,2
Hög	37	9,9
Totalt	374	100,0

Cannabis, användning totalt i livet

Sammanfattningsmättet följer samma konstruktion som för alkohol men med andra gränser för debutålder (tidig debut upp till och med 15 år) och för antal år av regelbunden användning (kort 1–6 år, medel 7–12 år och lång 13–år). Fördelning för problemnivåerna redovisas i tabell C22.

Tabell C22. Fördelning av problemnivån för bruk av cannabis totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	177	48,8
Låg	81	22,3
Mellan	46	12,7
Hög	59	16,3
Totalt	363	100,0

Cannabis, användning de senaste 30 dagarna

Även detta sammanfattningsmätt följer konstruktionen för opiater. Fördelning för Ej Relevant, Låg och Hög redovisas i tabell C23.

Tabell C23. Fördelning av problemnivån för bruk av cannabis de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Ej relevant	278	75,3
Låg	47	12,7
Hög	44	11,9
Totalt	369	100,0

Behandling/vård, totalt i livet

Detta sammanfattningsmätt består i huvudsak av två delar, en första del bestående av antalet tillfällen för avgiftning och antalet tillfällen i dygnsvård.

Den andra delen baseras på frågorna om klienten varit vårdad enligt Lagen om vård av unga (LVU) och enligt LVM.

Antalet avgiftningstillfällen har delats in i tre grupper; ej avgiftad, avgiftad en till tio gånger och en tredje där antalet avgiftningar överstiger tio gånger. Samma gränser har använts för antal tillfällen i dygnsvård. Gränserna för dessa klassificeringar är satta så att frekvenserna i tabellens celler skall bli ungefär lika stora. Korstabellen C24 innehåller frekvenser för dessa nya variabler.

Tabell C24. Klassificering av avgiftning och dygnsvård i syfte att behandla missbruket

		Dygnsvård			Totalt
		Ej vårdad inom dygnsvård	1-10 ggr	Fler än 10 ggr	
Avgiftning	Ej avgiftad	L 43	M 12	H 3	58
	1-10 ggr	L 46	M 82	H 36	164
	Fler än 10 ggr	M 7	H 42	H 74	123
Totalt		96	136	113	345

Utifrån dessa två variabler har en ny skapats med tre kategorier, där den första betecknas med kategori_1 och består av dem som ej vårdats inom dygnsvård och har avgiftats upp till tio gånger ($43+46=89$ klienter). Den andra kategorin, som betecknas med kategori_2 består av dem som inte har vårdats inom dygnsvård men avgiftats fler än tio gånger och dem som har vårdats inom dygnsvård 1-10 gånger och avgiftats upp till tio gånger ($7+12+82=101$ klienter). Slutligen består den tredje kategorin av dem som vårdats 1-10 gånger inom dygnsvård och avgiftats fler än 10 gånger och dem som behandlats inom dygnsvård fler än tio gånger ($42+3+36+74=155$ klienter). Den tredje kategorin betecknas kategori_3.

Den andra delen av sammanfattningsmättet bygger på antal vårdtillfällen inom LVU respektive LVM och har kodats till två kategorier genom att bilda en kategori ej vårdad inom LVU eller LVM och en andra kategori vårdad en eller fler gånger inom LVU eller LVM. Tabell C25 anger fördelningen för kombinationen av de två nybildade variablerna.

Tabell C25. Klassificering av avgiftad/dygnsvård för missbruk samt vårdad enligt LVU/LVM

		Vårdad enligt LVU eller LVM		Totalt
		Nej	Ja	
Antal tillfällen för Avgiftning/Dygnsvård	Kategori_1	68	20	88
	Kategori_2	55	44	99
	Kategori_3	51	102	153
Totalt		174	166	340

Sammanfattningsmättet har bildats genom att kalla dem som blivit avgiftade/dygnsvårdade vid ett fåtal tillfällen eller inte alls och som inte har vårdats inom LVU/LVM för Låg problemlnivå. Kombinationen av dem som har betecknats som medel i sammanslagningen av antalet vårdtillfällen och ej vårdats inom LVU/LVM betecknas här som Medel. Övriga kombinationer mellan de nybildade variablerna betecknas som Hög problemlnivå. En sammanfattning av denna indelning ges i tabell C26 och i tabell C27 fördelningen för problemlnivån.

Tabell C26. Klassificering av behandling/vård totalt i livet

		Vårdad enligt LVU/LVM	
		Nej	Ja
Antal tillfällen för Avgiftning/ Dygnsvård	Fåtal	L	H
	Medel	M	H
	Många	H	H

Tabell C27. Fördelning av problemlnivån för behandling/vård totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	68	20,0
Mellan	55	16,2
Hög	217	63,4
Totalt	340	100,0

Självhjälp, senaste 6 månaderna

Detta sammanfattningsmättet utgår från en fråga i formuläret: kontakt med självhjälps- eller frivilligorganisation de senaste 6 månaderna och har kodats om så att Låg betecknar flera gånger per vecka och en gång per vecka. Mellan består av kategorierna en gång varannan vecka och en gång per månad och slutligen Hög problemlnivå betyder ingen kontakt. Fördelningen för detta mått ges i tabell C28.

Tabell C28. Fördelning av problemlnivån för självhjälp senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	61	15,6
Mellan	33	8,5
Hög	296	75,9
Totalt	390	100,0

Fysisk hälsa, senaste 30 dagarna

Sammanfattningsmättet för fysisk hälsa de senaste 30 dagarna består av två delar, en där klienten uppger hur många dagar av de senaste 30 som han eller hon har upplevt några kroppsliga problem och en andra del som indikerar

förekomst av hepatit B eller C. För de kroppsliga problemen har en ny variabel skapats med tre kategorier, en där klienten inte har upplevt några problem den senaste månaden och två andra med problem 1–10 dagar respektive 11–30 dagar. Andelen som har svarat att de inte haft några fysiska problem är 54 procent och 27 procent har angett att de haft fysiska problem varje dag de senaste 30 dagarna. Merparten av de resterande 20 procentenheterna är fördelade på 5, 7 respektive 10 dagar, vilket bildar en egen kategori där antalet dagar inte skiljer sig så mycket åt. Därför har gränsen satts vid tio dagar.

Den andra delen av sammanfattningsmättet består av frågorna om förekomst av hepatit B och C som slagits samman till en variabel med två kategorier, där den första kategorin indikerar att varken hepatit B eller C har förekommit. Den andra kategorin är dess komplement, att antingen det ena eller andra, eventuellt båda har förekommit.

Sammanfattningsmättet har sedan bildats genom att Låg utgörs av dem som varken haft några problem de senaste 30 dagarna eller haft/har hepatit B eller C. Medel består av dem som har haft problem 1–10 dagar men ej haft hepatit B eller C samt dem som inte haft några fysiska problem och antingen haft hepatit B eller C (möjligtvis båda). Övriga kombinationer betecknas med Hög. I tabellerna C29 och C30 redovisas dels konstruktionen av problemnivåerna, dels deras fördelning.

Tabell C29. Klassificering av förekomst av hepatit och antal dagar med fysiska problem de senaste 30 dagarna

		Hepatit	
		Nej	Ja
Problem senaste 30 dagarna	0 dagar	L	M
	1–10 dagar	M	H
	11–30 dagar	H	H

Tabell C30. Fördelning av problemnivåerna för fysisk hälsa de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	108	29,3
Mellan	118	32,1
Hög	142	38,6
Totalt	368	100,0

Övergripp

I avsnittet om fysisk hälsa ingår tre frågor om allvarligt våld/misshandel/övergrepp av fysisk/psykisk/sexuell karaktär efter missbruksdebuten. Dessa frågor har slagits samman till ett mått med två kategorier där Låg står för dem som ej varit utsatta för något övergrepp och Hög om man varit utsatt för åtminstone något slag av övergrepp. I tabell C31 redovisas fördelningen för sammanfattningsmättet.

Tabell C31. Fördelning av problemnivån för övergrepp

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	210	53,4
Hög	183	46,6
Totalt	393	100,0

Psykisk hälsa, totalt i livet

Detta sammanfattningsmått består av två huvuddelar där den första baseras på om klienten vårdats inom psykiatrin eller inte och i de fall vård har förekommit vilken typ av vård som varit aktuell. Den andra delen baseras på vilka psykiska problem klienten haft totalt i livet.

Den första delen består av fem frågor varav fyra kommer från avsnittet behandlingshistoria och den femte dömd till rättspsykiatrisk vård är hämtad från avsnittet om kriminalitet. De fyra andra frågorna är vårdad inom psykiatrin, frivilligt vårdad inom psykiatrisk öppenvård/dagvård, frivilligt vårdad i psykiatrisk dygnsvård och tvångsvårdad enligt LSPV/LPT. Dessa fem frågor har kodats om till tre kategorier, en första där klienten inte har vårdats någon gång för psykiatriska problem, en andra där vård har förekommit i frivillig form (psykiatrisk dagvård och psykiatrisk dygnsvård) och en tredje som består av de två övriga frågorna som indikerar att psykiatrisk vård har förekommit under tvång (tabell C32).

Tabell C32. Vårdad inom psykiatrin

Kategori	Frekvens	Procent
Nej	241	60,9
Ja, frivilligt	110	27,8
Ja, under tvång	45	11,4
Totalt	396	100,0

Den andra delen av sammanfattningsmättet består av åtta frågor från avsnittet psykisk hälsa i inskrivningsformuläret, varav tre frågor kan vara missbruksrelaterade och fem inte är det. Samtliga frågor är konstruerade på samma sätt genom att klienten svarar ja eller nej på följande frågor: upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende, upplevt att du haft allvarligt menade självmordstankar, gjort självmordsförsök, upplevt allvarlig depression, upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd, upplevt svårigheter att förstå/minnas eller koncentrera dig, upplevt hallucinationer och ordinerats läkemedel för något känslomässigt eller psykologiskt problem. Dessa åtta frågor har kodats om till fyra kategorier som baseras på hur många av dessa problem klienten har upplevt. Ett undantag är om klienten har gjort självmordsförsök vilket är tecken på allvarlig psykisk ohälsa. I denna kategori samlas alla som genomfört ett självmordsförsök oavsett hur många av

de övriga psykiska problemen de har. De andra tre kategorierna består av; ingen längre period av psykisk ohälsa, 1–3 psykiska problem med en längre period av psykisk ohälsa (självordsförsök exkluderat) och den tredje kategorin som består av dem som haft längre perioder av psykisk ohälsa för fyra eller fler av de uppräknade problemen (exklusive självordsförsök). I tabell C33 redovisas frekvenserna för denna indelning.

Tabell C33. Fördelning av antalet psykiska hälsoproblem

Kategori	Frekvens	Procent
Ingen	65	16,7
1–3	133	34,1
4 eller fler	88	22,6
Självordsförsök	104	26,7
Totalt	390	100,0

En klient som antingen har gjort självordsförsök eller tvångsvårdats för psykisk ohälsa har klassificerats som Hög. Ytterligare en kombination har klassificerats som Hög, nämligen de som upplevt längre perioder av psykisk ohälsa för fyra eller fler psykiska problem och som vårdats inom psykiatri i frivillig form. De som inte har vårdats inom psykiatri och har upplevt högst tre längre perioder av de psykiska problemen klassificeras som Låg. Samma beteckning tilldelas de som inte upplevt någon längre period av psykisk ohälsa och som vårdats frivilligt inom psykiatri. Övriga två kombinationer utgör en mellannivå av psykiska problem och betecknas Mellan. I tabellerna C34 och C35 redovisas klassificeringen och fördelningen för Låg, Mellan och Hög problemliv.

Tabell C34. Klassificering av problemliv för psykisk ohälsa totalt i livet

		Vård inom psykiatri		
		Nej	Frivilligt	Under tvång
Upplevt psykisk ohälsa	Nej	L	L	H
	1–3	L	M	H
	4 eller fler	M	H	H
	Självordsförsök	H	H	H

Tabell C35. Fördelning av problemliv för psykisk hälsa totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	159	41,2
Mellan	69	17,9
Hög	158	40,9
Totalt	386	100,0

Psykisk hälsa, senaste 30 dagarna

Psykisk hälsa de senaste 30 dagarna består av två delar, en som är identisk med andra delen av sammanfattningsmättet ovan (perioder av längre psykisk ohälsa) och en andra del som består av antalet dagar, av de senaste 30, som klienten haft dessa känslomässiga och/eller psykologiska problem. Den första delen av måttet följer omkodningen som beskrivits ovan. För den andra halvan av måttet påminner fördelningen om den för fysiska problem de senaste 30 dagarna. Därför har samma indelning gjorts här, nämligen 0 dagar, 1–10 dagar och 11–30 dagar. De som inte upplevt någon psykisk ohälsa har klassificerats som Låg. De med 1–3 upplevda psykiska problem har klassificerats som Mellan oavsett antal dagar. Samma kategori har även tilldelats kombinationen 4 eller fler upplevda psykiska problem och 1–10 dagar av dessa problem under de senaste 30 dagarna. Övriga kombinationer betecknas som Hög. I tabellerna C36 och C37 redovisas indelning av kategorierna Låg, Mellan och Hög problemliv och frekvensfördelningen för sammanfattningsmättet.

Tabell C36. Indelning av problemliverna för psykiska hälsoproblem de senaste 30 dagarna

		Antal dagar av psykisk ohälsa, senaste 30		
		0 dagar	1–10 dagar	11–30 dagar
Upplevt psykisk ohälsa	Nej	L	*	*
	1–3	*	M	M
	4 eller fler	*	M	H
	Självordsförsök	*	H	H

Tabell C37. Fördelning av problemliverna för psykisk ohälsa de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	112	29,7
Mellan	188	49,9
Hög	77	20,4
Totalt	377	100,0

Kriminalitet, totalt i livet och senaste 6 månaderna

I kriminalitetsavsnittet frågas om klienten blivit dömd för sju olika brotts typer; våldsbrott/rån, tillgreppsbrott, bedrägeribrott, rattonykterhet/-fylleri, övriga trafikbrott, narkotikabrott och övriga brott. Dessa har kodats om till en ny variabel efter antalet brott som klienten blivit dömd för. Det är alltså inte någon inbördes rangordning av hur allvarligt brottet är. De nya kategorierna är Låg som betecknar att klienten inte är dömd för något brott och Hög som betyder att han eller hon är dömd för ett eller flera brott. Frekvensfördelningarna för dessa två sammanfattningsmått ges i tabellerna C38 och C39.

Tabell C38. Fördelning av problemnivån för kriminalitet totalt i livet

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	70	18,2
Hög	314	81,8
Totalt	384	100,0

Tabell C39. Fördelning av problemnivån för kriminalitet senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	299	77,5
Hög	87	22,5
Totalt	386	100,0

Kommentar

Förhoppningsvis kommer eventuella samband mellan dessa mått att granskas närmare i ett arbete att ytterligare komprimera antalet dimensioner i ett mer övergripande index. Det är då meningen att även studera eventuella samband mellan de olika indexen från de olika frågeformulären. I de två nästföljande avsnitten beskrivs hur sammanfattningsmått är konstruerade för utskrivnings- och uppföljningsformuläret. I de fall det är samma idé bakom sammanfattningsmättet som i inskrivningsformuläret kommer bara att hänvisas till tidigare avsnitt.

Appendix C.2 Sammanfattningsmått för utskrivningsformulär

Figur 2 i kapitel 3 ger att av de 404 klienter som har en lång inskrivningsintervju har 222 lång utskrivningsintervju, 133 en kort och övriga 49 saknar utskrivningsintervju. För att minska inverkan av bortfallet har därför sammanfattningsmått begränsats till frågorna från kortformuläret när det gäller utskrivningsdata. Det betyder att bortfallet uppgår till åtminstone 12 procent för varje fråga. Bortfallets storlek kan naturligtvis överstiga denna nivå om det även är bortfall för respektive fråga. Detta är fallet för till exempel avsnittet psykisk hälsa där det partiella bortfallet är för stort för att det skall vara meningsfullt att göra något sammanfattningsmått. I avsnittet behov av hjälp och stöd ingår inga frågor från kortformuläret varför detta avsnitt utesluts. Det finns ytterligare två områden från utskrivningsformuläret som inte har behandlats här och det är insatser (medicinsk karaktär, psykologisk karaktär, social/pedagogisk karaktär och remisser) och myndighets- och vårdkontakter. Anledningen till att dessa har uteslutits från sammanfattningsmått är att det inte går att rangordna insatsernas och myndighetskontakternas betydelse på något naturligt sätt. Ytterligare en komplikation uppstår vid konstruktion av sammanfattningsmått för utskrivning och det är att alla frågor inte är relevanta för samtliga inskrivna beroende på att de är inskrivna under olika paragrafer. Det hela gör att antalet sammanfattningsmått inte

blir lika omfattande som för inskrivningsintervjun. Vid konstruktionen av sammanfattningsmått har det även varit nödvändigt att ta hänsyn till de olika paragraferna klienterna varit inskrivna enligt eftersom frågorna som ställs i formuläret påverkas av detta. Några av frågorna är enbart relevanta för dem som skrivits ut enligt § 4 LVM. Detta har lett till att sammanfattningsmått som konstruerats för utskrivningsdata endast gäller för dem som varit inskrivna enligt § 4 LVM. Sammanfattningsmått har konstruerats för vårdhändelser, droger, boendeform och försörjning efter avslutad vård.

Vårdhändelser

Från detta avsnitt har det konstruerats tre separata sammanfattningsmått samt ytterligare ett som bygger på samtliga dessa tre mått. De tre första sammanfattningsmått är antalet tillfällen avskild, antal gånger avviken och placerad enligt § 27. De två första av dessa, antal tillfällen avskild och antal gånger avviken är omkodade enligt ej avskild och avskild en eller flera gånger respektive ej avviken och avviken en eller flera gånger. I båda fallen betecknas ej avskild och ej avviken med Låg problemlnivå och om de har varit avskilda eller varit avvikna kategoriseras det med Hög problemlnivå. I det tredje fallet är det bara två kategorier i svarsalternativet i formuläret och kategorierna blir Låg om de har varit placerade enligt § 27 och Hög om de inte varit det. Fördelningen för de tre sammanfattningsmått redovisas i tabellerna C40, C41 och C42.

Tabell C40. Fördelningen av problemlnivå för att ha varit avskild

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	182	78,1
Hög	51	21,9
Totalt	233	100,0

Tabell C41. Fördelningen av problemlnivå för att ha avvikit

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	76	32,5
Hög	158	67,5
Totalt	234	100,0

Tabell C42. Fördelning av problemlnivå för placerad enligt § 27 LVM

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	172	75,4
Hög	56	24,6
Totalt	228	100,0

I tabell C43 ser vi att kategorin Låg gäller för dem som inte avvikit och inte avskilts någon gång oavsett om de varit placerade enligt § 27 eller inte. Om de däremot har varit avskilda någon gång, i övrigt lika, betecknas de med Mellan. Det ingår ytterligare en kategori i denna klass, de som har varit placerade enligt § 27 och avvikit men inte avskilts. De övriga varianterna betecknas med Hög. I tabell C44 redovisas fördelningen för detta sammanfattningsmått som kallas för Strulpelleindex.

Tabell C43. Klassificering av placering enligt § 27 och om man har avvikit

		Ej avviken		Avviken	
		Ej avskild	Avskild	Ej avskild	Avskild
Placerad enligt §27	Ja	L	M	M	H
	Nej	L	M	H	H

Tabell C44. Fördelning av problemnivåerna för Strulpelleindex

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	64	28,6
Mellan	94	42,0
Hög	66	29,5
Totalt	224	100,0

Droger

Detta sammanfattningsmått består av endast en variabel, bruk sedan inskrivningstillfället och har två kategorier, ja och nej, där ja kategoriseras som Hög och nej som Låg. Ytterligare en fråga ingår i kortformuläret angående droger och det är var missbruket har ägt rum (på den egna institutionen, under § 27-placering, under avvikning och annanstans) men dessa uppgifter har inte använts i sammanfattningsmättet eftersom bortfallet är för stort. I tabell C45 redovisas fördelningen för sammanfattningsmättet.

Tabell C45. Fördelning av problemnivån för bruk av alkohol och/eller narkotika under inskrivningstiden

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	50	21,3
Hög	185	78,7
Totalt	235	100,0

Boendellevnadsform efter avslutad kontakt/utskrivning

Samma indelning som för inskrivningsindex. I tabell C46 redovisas fördelningen för sammanfattningsmålet.

Tabell C46. Fördelning av problemnivån för levnadsform efter avslutad kontakt/utskrivning

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	93	39,7
Mellan	69	29,5
Hög	59	25,2
Mycket Hög	13	5,6
Totalt	234	100,0

Försörjning efter avslutad kontakt/utskrivning

Samma indelning som för inskrivningsindex. I tabell C47 redovisas fördelningen för sammanfattningsmålet.

Tabell C47. Fördelning av problemnivån för huvudsaklig försörjning, efter avslutad kontakt/utskrivning

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	67	28,8
Hög	166	71,2
Totalt	233	100,0

Appendix C.3 Sammanfattningsmätt för uppföljningsintervju

För uppföljningsformuläret finns 13 sammanfattningsmätt från 8 olika områden (tabell C48). Många av sammanfattningsmåtten påminner i sin struktur om dem från inskrivningsintervjun men har i några fall lite andra lösningar. Från avsnittet alkohol och droger har det bara gjorts ett sammanfattningsmätt på vård och behandling av missbruksproblem. Anledningen är att missbruket beskrivs och klassificeras närmare i kapitel 4. I de flesta av-

Tabell C48. Sammanfattningsmätt för områden och tidsperioder som ingår i uppföljningsformuläret

Område	Tidsperiod	
	Senaste 6 månaderna	Senaste 30 dagarna
Boendeform	X	X
Familj och umgänge	X	
Försörjning	X	X
Behandling/vård	X	
Självhjälp	X	
Fysisk hälsa	X	X
Psykisk hälsa	X	X
Kriminalitet	X	X

snitt ingår frågor om hur mycket stöd och hjälp klienten fick för sina eventuella problem under behandlingstiden men dessa mer subjektiva frågor har inte tagits med i något av sammanfattningsmått. Likaså har frågorna hur oroad och besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för respektive problemområde uteslutits från sammanfattningsmått av samma anledning som stöd- och hjälpfrågorna. Frekvenserna i tabellerna i detta avsnitt är de från uppföljningsgruppen (avsnitt 3.2).

Boendeform, senaste 6 månaderna

Indelningen av sammanfattningsmålet följer mönstret från inskrivningsformuläret. Det finns ytterligare en fråga i avsnittet levnadsform och behandlar vem klienten lever tillsammans med (om någon) men på grund av svårigheter som beskrivs i avsnittet levnadsform vid inskrivningstillfället tas inte denna fråga med i sammanfattningsmålet. I tabell C49 redovisas fördelningen för sammanfattningsmålet.

Tabell C49. Fördelning av problemnivåerna för levnadsform de senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	74	48,1
Mellan	39	25,3
Hög	31	20,1
Mycket Hög	10	6,5
Totalt	154	100,0

Boendeform, senaste 30 dagarna

Indelningen av sammanfattningsmålet följer konstruktionen från inskrivningsformuläret. För övriga frågor i avsnittet se kommentarer i avsnittet ovan. I tabell C50 redovisas fördelningen för sammanfattningsmålet.

Tabell C50. Fördelningen av problemnivån för levnadsform de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	75	48,7
Mellan	32	20,8
Hög	41	26,6
Mycket Hög	6	3,9
Totalt	154	100,0

Familj och umgänge, senaste 6 månaderna

Sammanfattningsmålet för familj och umgänge består av ett stort antal frågor som kommer både från inskrivnings- och uppföljningsformuläret. Det består av i huvudsak två delar en som baseras på om det skett några förändringar i relationer till släktingar och en andra del som baseras på om klienten

umgåtts med missbrukande vänner och bekanta eller inte under den senaste sexmånadersperioden.

Den första halvan behandlar förändringar i relationer till släktingar. I inskrivningsformuläret har klienterna besvarat frågor om de under de senaste 30 dagarna upplevt perioder med stora svårigheter att komma överens med släktingar (mor, far, syskon, make/maka/partner, egna barn och annan nära släkting). I uppföljningsformuläret har klienterna sedan angivit om det skett någon förbättring, ingen förbättring respektive försämring i relationen till släktingarna. Kategorin ej relevant används i de fall klienten inte har någon släkting i berörd kategori.

I tabell C51 redovisas alla tänkbara kombinationer mellan de två variablerna och hur de har sammanfattats i tre kategorier, där ER betyder ej relevant, GR står för goda relationer som indikerar att det har skett en förbättring i relationen eller ingen förändring i relationen till en släkting som klienten inte haft svårigheter att komma överens med tidigare. De fall där det har skett en försämring i relationen eller där det inte har skett någon förändring i relationen med en släkting som klienten har haft svårigheter att komma överens med sedan tidigare har betecknats med SR (svårigheter med relationer).

Tabell C51. Indelning av relationer till släktingar samt förändringar i relationen

		Förändringar i relation till släkting			
		Ej relevant	Förbättring	Ingen förändring	Försämring
Svårigheter att komma överens med släkting	Ej relevant	ER	*	*	*
	Nej	ER	GR	GR	SR
	Ja	ER	GR	SR	SR

Detta har gjorts för de sex olika grupperna av släktingar. Dessa sex nya omkodningar har sedan slagits samma till en ny variabel på följande sätt; om klienten inte haft några släktingar (bara ER för alla sex släktingkategorier) betecknas den nya kategorin med ER. Om det bara har varit goda relationer (eventuellt en eller flera ER) betecknas det med Problemfria relationer och slutligen om det funnits minst ett SR (eventuellt en eller flera ER) betecknas det med Problemtygda relationer. I tabell C52 sammanfattas frekvenserna för den nya relationsvariabeln.

Tabell C52. Relation till släktingar

Kategori	Frekvens	Procent
Inga släktingar	1	,7
Problemfria relationer	100	70,4
Problemtygda relationer	41	28,9
Totalt	142	100,0

Den andra halvan av sammanfattningsmättet består av två frågor och behandlar umgänget den senaste sexmånadersperioden; umgåtts med icke-missbrukande vänner/bekanta och umgåtts med missbrukande vänner/bekanta. Det är fem svars-kategorier för respektive fråga i formuläret och de har slagits samman till två kategorier enligt; ganska ofta, ofta och väldigt ofta betecknas med 1 och aldrig och sällan betecknas med 0. Kombinationen av dessa två nya variabler återfinns i tabell C53. De fyra kombinationerna har slagits samman till en ny umgängesvariabel med tre kategorier; icke-missbrukande vänner/bekanta (IMB), både icke-missbrukande/missbrukande vänner/bekanta (IMB & MB) och ensam/missbrukande vänner/bekanta (Ensam & MB).

Tabell C53. Indelning av kategorier för umgänge med respektive med icke-missbrukande vänner/bekanta

		Missbrukande vänner/bekanta	
		Aldrig/sällan	Ganska ofta – väldigt ofta
Icke-missbrukande vänner/bekanta	Ganska ofta/väldigt ofta	IMB	IMB & MB
	Aldrig/sällan	Ensam	MB

I tabell C54 finns indelningen för problemnivån för relationer till familj och umgänge redovisade. Om en klient har varit ensam eller bara umgåtts med missbrukande vänner/bekanta (Ensam & MB) betecknas det som Hög problemnivå. I samma kategori placeras även de som har haft problem i relationerna till sina släktingar och har umgänge med både icke-missbrukande och missbrukande vänner/bekanta (IMB & MB). I de fall en klient har umgåtts med icke-missbrukande vänner/bekanta (IMB) och haft problemfria relationer till sina släktingar eller alternativt inte har några släktingar betecknas det som Låg problemnivå. Övriga kombinationer har fått klassificeringen Mellanhög problemnivå. I tabell C55 redovisas fördelningen för sammanfattningsmättet.

Tabell C54. Klassificering av relationen till familjen samt umgänge

		Umgänge med icke-missbrukande resp missbrukande vänner		
		IMB	IMB & MB	MB eller ensam
Relation till släktingar	Inga släktingar	L	M	H
	Problemfria	L	M	H
	Problemtygda	M	H	H

Tabell C55. Fördelning av problemnivåerna för familj/umgänge

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	44	31,0
Mellan	23	16,2
Hög	75	52,8
Totalt	142	100,0

Försörjning, senaste 6 månaderna

Indelningen är densamma som för försörjning senaste 6 månaderna i inskrivningsformuläret. Det finns ytterligare några frågor från försörjningsavsnittet i uppföljningsformuläret (bland annat inkomster från kriminalitet och inkomster från prostitution) men de lämpar sig inte så bra vid konstruktionen av sammanfattningsmättet eftersom bortfallet är stort och det är svårt att rangordna denna typ av sysselsättning. Fördelningen för sammanfattningsmättet redovisas i tabell C56.

Tabell C56. Fördelning av problemnivån för försörjning de senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	64	41,8
Hög	89	58,2
Totalt	153	100,0

Försörjning, senaste 30 dagarna

Samma indelning som försörjning senaste 30 dagarna i inskrivningsformuläret och i övrigt gäller samma kommentarer som avsnittet ovan. Fördelningen för sammanfattningsmättet redovisas i tabell C57.

Tabell C57. Fördelning för Låg och Hög försörjning senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	63	41,2
Hög	90	58,8
Totalt	153	100,0

Behandling/vård, senaste 6 månaderna

Detta sammanfattningsmättet består av två delar, en med tillnyktring och avgiftning och en andra del av omedelbart omhändertagande (LVM) och LVM-dom i länsrätt. Dessa frågor finns i avsnittet alkohol och narkotika.

Frågorna för första halvan av måttet behandlar om klienten varit föremål för tillnyktring och avgiftning de senaste 6 månaderna. Svartalternativen är ja och nej och en indikatorvariabel har bildats genom att låta nej indikera att klienten varken har varit föremål för tillnyktring eller avgiftning och ja stå

för dess komplement. På motsvarande sätt har en ny variabel skapats för frågorna om klienten under de senaste 6 månaderna varit föremål för LVM/omedelbart omhändertagande och varit föremål för LVM/dom i länsrätt. I den nya variabeln står nej för att klienten varken varit omedelbart omhändertagen eller fått en LVM/dom och ja indikerar att det ena eller det andra har inträffat.

Sammanfattningsmättet har sedan konstruerats (tabell C58) genom att bilda två kategorier; en första, Låg problemlnivå som består av dem som inte varit föremål för tillnyktring/avgiftning eller omedelbart omhändertagande eller LVM/dom i länsrätt och en andra, Hög problemlnivå. där åtminstone något av det uppräknade har inträffat. I tabell C59 ges fördelningen för sammanfattningsmättet.

Tabell C58. Klassificering av problemlnivån för behandling/vård

		LVM/omedelbart omhändertagande eller LVM/dom i länsrätt	
		Nej	Ja
Tillnyktring/avgiftning	Nej	L	H
	Ja	H	H

Tabell C59. Fördelningen av problemlnivån för behandling/vård senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	72	49,3
Hög	74	50,7
Totalt	146	100,0

Självhjälp, senaste 6 månaderna

Här har samma indelning av använts som vid inskrivningen. Det finns ytterligare en fråga i detta avsnitt om vilken självhjälpgrupp klienten eventuellt har haft kontakt med men den har inte använts vid konstruktionen av sammanfattningsmättet eftersom det inte är meningsfullt att rangordna dessa olika typer av grupper.

Tabell C60. Fördelning av problemlnivån för självhjälp

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	34	22,4
Mellan	21	13,8
Hög	97	63,8
Totalt	152	100,0

Fysisk hälsa, senaste 6 månaderna

I avsnittet om fysisk hälsa finns två frågor som behandlar klientens hälsa, om klienten behandlats av läkare inom somatisk öppenvård/dagvård och somatisk avdelning/dygnsvård. Det är dock bara den senare frågan som ingår i sammanfattningsmättet eftersom det är svårt att avgöra om det är positivt eller negativt om klienten haft kontakt med öppenvård/dagvård under den senaste sexmånadersperioden. Svarsalternativen är bara ja som står för Hög respektive nej som betecknar Låg problemnivå i sammanfattningsmättet. Fördelningen för dessa ges i tabell C61.

Tabell C61. Fördelning för Låg och Hög för fysisk hälsa

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	122	81,9
Hög	27	18,1
Totalt	149	100,0

Fysisk hälsa, senaste 30 dagarna

Det finns bara en fråga som behandlar den fysiska hälsan under den senaste 30-dagarsperioden, den rör hur många av de senaste 30 dagarna klienten har upplevt några problem med den fysiska hälsan. Samma fråga finns även i inskrivningsformuläret och samma indelning används här. Fördelningen för sammanfattningsmättet ges i tabell C62.

Tabell C62. Fördelningen av problemnivån för fysisk hälsa de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	95	65,1
Mellan	19	13,0
Hög	32	21,9
Totalt	146	100,0

Psykisk hälsa, senaste 6 månaderna

Liksom vid konstruktionen av sammanfattningsmättet för psykisk hälsa vid inskrivningen kodas de åtta frågorna om psykisk ohälsa om till en variabel (se avsnittet om psykisk hälsa totalt i livet för inskrivningsformuläret). Denna variabel utgör ena halvan av sammanfattningsmättet. Den andra halvan utgörs av frågan om klienten varit vårdad inom psykiatrisk avdelning/dygnsvård vilken bara har två svarsalternativ, ja och nej. I tabell C63 redovisas Låg, Mellan och Hög problemnivå för dessa två variabler. Det är bara en kombination som betecknas med Låg och det är om klienten inte har upplevt något av de åtta psykiska problemen och heller inte heller vårdats inom psykiatri. I de fall klienten inte har vårdats inom psykiatri men haft 1–3 av de uppräknade

nade psykiska ohälsotillstånden betecknas det med Mellan, liksom i fallet där klienten inte har uppgivit något av de psykiska problemen men har vårdats inom psykiatri. Övriga kombinationer har betecknats som Hög problemnivå. Fördelningen för sammanfattningsmättet redovisas i tabell C64.

Tabell C63. Klassificering av problemnivån för psykisk hälsa senaste 6 månaderna

		Dygnsvård inom psykiatri	
		Nej	Ja
Upplevt psykisk ohälsa	Ingen	L	M
	1-3	M	H
	4 eller fler	H	H
	Självordsförsök	H	H

Tabell C64. Fördelning av problemnivån för psykisk hälsa senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	45	29,6
Mellan	68	44,7
Hög	39	25,7
Totalt	152	100,0

Psykisk hälsa, senaste 30 dagarna

I uppföljningsformuläret finns bara en fråga om psykisk hälsa under de senaste 30 dagarna och det är hur många av dessa 30 dagar som klienten upplevt känslomässiga eller psykologiska problem. Indelningen följer gränserna från inskrivningsformuläret. Fördelningen för sammanfattningsmättet ges i tabell C65.

Tabell C65. Fördelning av problemnivån för psykisk hälsa senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	81	56,3
Mellan	31	21,5
Hög	32	22,2
Totalt	144	100,0

Kriminalitet, senaste 6 månaderna

Sammanfattningsmättet för kriminalitet baseras på om klienten har varit föremål för följande sex samhällsätgärder: LOB/tagen av polis för fylleri, tagen för rattfylleri/rattonykterhet, anhållen/häktad, skyddstillsyn, fängelse och LRV/lag om rättspsykiatrisk vård. Svartalternativen för dessa frågor är ja och nej. Omkodningen till Låg och Hög har skett på följande vis: till kategorin Låg räknas de som inte varit föremål för någon av de uppräknade samhällsätgärderna och i kategorin Hög återfinns de som varit föremål för minst

en av dessa åtgärder. Fördelningen för sammanfattningsmättet återfinns i tabell C66.

Tabell C66. Fördelningen av problemnivån för kriminalitet de senaste 6 månaderna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	90	59,2
Hög	62	40,8
Totalt	152	100,0

Kriminalitet, senaste 30 dagarna

Det finns endast en fråga i uppföljningsformuläret som behandlar nivån av kriminalitet de senaste 30 dagarna. Frågan som ställs till klienterna är hur många av de senaste 30 dagarna de ägnat sig åt kriminalitet. Denna fråga har kodats om till två kategorier där Låg betyder inte någon dag och Hög 1–30 dagar. Fördelningen för sammanfattningsmättet återfinns i tabell C67.

Tabell C67. Fördelning av problemnivån för kriminalitet de senaste 30 dagarna

Kategori	Frekvens	Procent
Låg	122	85,3
Hög	21	14,7
Totalt	143	100,0

Appendix D. Antal observationer för tabell 10 och 17

Tabell D1. Antal observationer för sammanfattningsmått för inskrivningsdata för bortfallsgrupper och uppföljningsgruppen (tabell 10)

Område	Totalt i livet						Senaste 6 månaderna						Senaste 30 dagarna					
	Ek	ed	a	as	en	ui	ek	ed	a	as	en	ui	ek	ed	a	as	en	ui
Levnadsform							78	49	11	19	93	150	78	49	11	19	93	150
Familj och umgänge	77	49	11	18	93	150							73	47	11	17	90	127
Uppväxtmiljö	75	47	11	18	93	144												
Försörjning	71	47	10	15	87	143	76	49	11	19	93	153	76	49	11	19	93	153
Drog	72	45	8	12	82	138							71	47	9	15	87	146
Alk.	70	46	8	17	87	137							71	46	10	18	87	138
Opiat.																		
Dämp.	68	44	7	15	82	133							69	46	10	16	84	137
Med.																		
Cent.																		
stimu.	73	46	9	17	89	141							72	47	9	17	88	141
Canna.	71	47	8	17	80	140							71	47	10	16	83	142
Behand./vård	65	45	8	13	80	129												
Självhjälp							75	49	11	17	91	147						
Fysisk hälsa													70	43	11	14	87	143
Övergrepp	76	48	11	17	92	149												
Psykisk hälsa	73	48	10	16	92	147							74	46	10	15	89	143
Kriminalitet	73	49	11	15	90	146	74	49	11	16	91	145						

Tabell D2. Antal observationer för sammanfattningsmått för inskrivningsdata för mönstergrupper (tabell 17)

Område	Totalt i livet				Senaste 6 månaderna				Senaste 30 dagarna			
	M1	M2	M3	Total	M1	M2	M3	Total	M1	M2	M3	Totalt
Boendeform					46	52	50	148	47	51	50	148
Familj och umgänge	47	53	48	148					39	45	41	125
Uppväxtmiljö	45	51	47	143								
Försörjning	45	52	44	141	48	54	49	151	48	54	50	152
Drog	46	48	44	138					47	51	47	145
Alkohol	41	49	46	136					42	49	46	137
Opiater	39	48	45	132					40	49	47	136
Dämp. med.	42	51	47	140					43	49	48	140
Centralstim.	44	49	46	139					45	50	46	141
Cannabis												
Behandling/vård	42	44	43	129								
Självhjälp					46	52	47	145				
Fysisk hälsa									44	52	45	141
Övergrepp	47	52	48	147								
Psykisk hälsa	45	52	48	145					43	53	45	141
Kriminalitet	45	52	47	144	45	51	47	143				

Tidigare utgivna rapporter i serien "SiS följer upp och utvecklar"

- 1/98 Rällsögården. 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare. (Kerstin Möller, Arne Gerdner, Anita Oscarsson)
- 2/98 Bli sedd, välja väg och förändras. Utvärdering av utredningsarbetet vid Villa Ljungbacken – en ungdomsinstitution inom SiS. (Göran Sandell, Jeanette Olsson)
- 3/98 Årsrapport DOK 96. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/99 Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 2/99 Med familjen för förändring. Institutionsbaserat familjearbete. (Martha Kesthely)
- 3/99 Klockbacka – en välintegrerad akutinstitution. (Gurli Fyhr)
- 4/99 Behandling av adopterade barn på särskilt ungdomshem. Förslag till en behandlingsmodell. (Jan-Åke Eriksson, Inger Sundqvist)
- 5/99 Ett år efter utskrivning – vad hände sen? En uppföljning av 31 LVM-klienter och deras situation ett år efter utskrivning. (Håkan Larsson, Märta Ollus)
- 6/99 Beroende av droger – utsatt för övergrepp? Intervju- och enkätundersökning av drogberoende män på Rällsögården 1998. (Anders Nyman)
- 1/00 Årsrapport ADAD 97. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1997 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/00 Årsrapport DOK 98. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1998 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 3/00 Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården. (Arne Gerdner)
- 4/00 Årsrapport DOK 99. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 5/00 Tiden på Älvan och ett år efter ... 25 pojkars syn på vistelsen samt uppföljning ett år efter utskrivning. (Anna Michanek, Marianne Kristiansson, Rose-Marie Westermarck, Bella Machado)
- 1/01 Årsrapport ADAD 98. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1998 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/01 Flickan och hästen. Bilder från ett hem för särskild tillsyn. (Sven Forsling)
- 3/01 Årsrapport DOK 00. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 1/02 Årsrapport ADAD 99. Nyinskrivna ungdomar på särskilda ungdomshem under 1999 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 2/02 Unga förövare av sexuella övergrepp. Tunagårdens behandlingsmodell. (Åsa Jeppsson, Inga Tidefors Andersson, Eva Löwdahl)
- 3/02 Barfotabarn. Flickors vandring från LVU till LVM. (Anette Kindstrand, Tomas Theorin)

- 4/02 SCL-90. Svensk normering, standardisering och validering av symtomskalan. (Mats Fridell, Zvonimir Cesarec, Monica Johansson, Stine Malling Thorsen)
- 1/03 Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor. LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden. (Iréne Jansson, Mats Fridell)
- 2/03 Att bedöma risk för återfall bland antisociala unga. En kunskapsöversikt. (Niklas Långström)
- 3/03 Det finns inga hopplösa fall, eller ...? Unga kvinnors möte med vården inom SiS. (Mai-Louise Björk, Inger J:son Knodt)
- 4/03 Kontaktmannaskap. Emotionella upplevelser hos behandlingsassistenter inom LVM-vården. (Anita Helgesson)
- 5/03 Årsrapport ADAD 00. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under år 2000 – bakgrund, livssituation och behandlingsbehov.
- 1/04 Från miljöterapi till KBT. Institutionsbehandling av kriminella pojkar. (Bengt Daleflod, Martin Lardén)
- 2/04 Årsrapport DOK 01. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2001 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.
- 3/04 Kvinnliga LVM-klienters våld på institution. En studie vid Lunden, Rebecka och Runnagården. (Tom Palmstierna)
- 4/04 Institutionsbaserad LVM-forskning. 12 år av forskning, utveckling och utvärdering vid Karlsvik. (Björn Sallmén)
- 5/04 MAPS. En metodik för att göra dokumentation användbar i behandling. (David Öberg)