

Femårsuppföljning

Kvinnor vårdade vid Lundens
ungdomshem och LVM-hem

**Mats Fridell
Johan Billsten
Irène Jansson
Rickard Amylon**



Forskningsrapport nr 1 2009

Statens
institutions
styrelse SiS
FOU

Författarpresentationer

Mats Fridell, professor, leg psykolog och leg psykoterapeut bedriver forskning främst kring prevalens av olika psykiska störningar i olika grupper av missbrukare och störningarnas betydelse för prognos med och utan behandling. Hans pågående forskning rör långtidsuppföljningar av narkotikamissbrukare både inom och utanför SiS. För SiS har Mats Fridell tidigare medverkat i ett par projekt vars resultat publicerats i SiS rapportserier.

Johan Billsten, socionom och forskningsassistent, arbetar på Lundens behandlingshem som behandlingsassistent sedan drygt 10 år. Han har under de senaste fem åren arbetat med bland annat uppföljning av Lunden, en femtonårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare samt en utvärdering av projektet Ett kontrakt för livet.

Irène Jansson, leg psykolog, har arbetat inom narkomanvård de senaste 20 åren. Hon är doktorand vid Lunds universitet, Institutionen för psykologi och har bedrivit utvärderingsforskning av bl a somatiska och psykiatriska problem hos injektionsmissbrukare 2002 och hos en kohort kvinnor vid Lunden och den nu aktuella femårsuppföljningen. Tre internationella arbeten finns publicerade kring Lunden med Irène Jansson som första författare.

Rickard Amylon, institutionschef på Lundens ungdomshem och LVM-hem.

Förord

Denna rapport avslutar forskningsprojektet *Två- till treårsuppföljning av LVU- och LVM-vårdade kvinnor från Lunden* (2.2002/0004.3) som i praktiken blev en femårsuppföljning av kvinnor som vårdats på Lundens ungdomshem och LVM-hem under åren 1997–2000. Samma grupp klienter och ungdomar har beskrivits vid tvångsvårdstillfället vad gäller bakgrund, fysisk och psykisk sjukdomsbild och vårdkonsumtion av Jansson och Fridell i en tidigare SiS-rapport (SiS följer upp och utvecklar, 1/03). Förutom denna rapport har det nu aktuella projektet utmynnat i ett antal artiklar i internationella tidskrifter.

De tidigare klienterna är uppföljda genom intervjuer och samma tester och skattningsskalor som användes i samband med tvångsvården 5 år tidigare, vilket ger ett underlag att beskriva förändringar vad gäller bland annat missbruk och livssituation i övrigt. Klienternas missbruk har kartlagts för hela 5-årsperioden. Registeruppgifterna (sjukvårdskonsumtion, dödsorsaker och lagföringar) omfattar såväl tiden före som efter tvångsvården och avser hela klientgruppen. Fyra av fem i den vuxna kvinnogruppen och nästan nio av tio i ungdomsgruppen nåddes för uppföljning och för drygt 90 procent av dessa lyckades man också få testdata. Studien har med andra ord ovanligt hög svarsprocent.

Resultaten visar att tvångsvård företogs vid en tidpunkt då såväl sjukvårdskonsumtion som lagföringar var som mest omfattande för klientgruppen. Vidare visar studien att personer som lyckas nå drogfrihet minskar markant sin kriminalitet och vårdkonsumtion och når betydligt bättre egenrapporterat välbefinnande än de klienter som inte blir drogfria.

Helt drogfria (inga återfall) ända sedan utskrivningen fem år tidigare är 15 procent, alltså en av sex uppföljda. Av de intervjuade hade 75 procent i LVM-gruppen och 64 procent i LVU-gruppen varit drogfria de senaste 30 dagarna innan uppföljningstidpunkten. Närmare hälften av LVM- och ungefär två av fem av LVU-klienterna hade ett års sammanhängande drogfrihet vid uppföljningen. Studien visar med andra ord positiva resultat, väl i linje med resultat i jämförbar frivillig behandling, trots Lundens svåra klienter.

Studien redovisar resultat från systematiskt genomförda utredningar och uppföljning av klienter. Engagerad institutionspersonals deltagande i alla faser av arbetet utgör ett föredömligt exempel på hur man skaffar underlag för klientbeskrivning och för mätning av utfall efter tvångsvård.



Ewa Persson Göransson / Generaldirektör

Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	11
Forskningsöversikt	15
Multiproblembild vid missbruk och psykisk störning	15
Kvinnor i tvångsvård	23
Nationella uppföljningar	25
Undersökningen	31
Syfte	31
Metod	32
Material	40
Representativitetsanalys	40
Bortfall	43
Kvinnors situation vid inskrivningstillfället	44
LVM-kohorten	44
LVU-kohorten	45
Uppföljning	49
Klienterna vid uppföljningen	49
Förändringar över tid enligt registerdata	49
Intervjuade efter fem år (n=109)	57
Förändringar i test- och diagnostiska data	64
Missbruksutveckling	72
Diskussion	79
Referenser	89

Appendix A	103
Appendix 1: Tabeller 1–3	103
Appendix 2: Informationsbrev till deltagarna	104
Appendix 3: Förnyat tillstånd för klienterna att delta i studien	106
Appendix 4: Intervjumanual för Lundenuppföljningen	107
 Appendixtabeller 4–15, diagram 1	 111
Appendix B	119
A. Personlighetstest	119
A.1. Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS)	119
A.2. Basic Character Trait Test (BCT)	120
B.1. Symtom	121
B.1.1 Global Assessment of Functioning Scale (GAF)	121
B.1.2. Symptom Checklist 90 (SCL-90)	121
B.1.3. Hälsoformuläret (SF-36)	122
B.2.1. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)	123
B.2.2. Individual Schedule of Social Interaction (ISSI-skalan)	123
B.2.3. The Sense of Coherence Questionnaire (KASAM)	123
C.1. Time-Line-Follow-Back (TLFB)	124

Sammanfattning

Samtliga LVU- och LVM-vårdade klienter vid Lundens ungdomshem och LVM-hem från januari 1997 till och med december 2000 utgör underlaget för studien (n=230). Ur denna s k *kohort* valdes alla 132 klienter som genomgått en systematisk bedömning. Nästan alla hade ett narkotikaberoende. *Inklusionskriterierna* var att 1) uppföljningstiden skulle vara minst 2 år, att 2) utredningsförfarandet vid institutionen skulle ha blivit en reguljär aktivitet och att 3) klienterna skulle vara utredda med den bedömningsmetodik som utvecklats vid Lunden för vårdplanering och diagnostisering. *Representativitetsanalyser* visar att resultaten i urvalet kan generaliseras till Lunden i sin helhet.

Studien är en utfallsstudie där den teoretiska frågan är hur det har gått och om och hur individens psykologiska problem mätt med standardiserade test, skattningsskalor och diagnoser påverkat resultatet. Tillgången till en standardiserad psykologisk-psykiatrisk bedömning var således en förutsättning för studien. Dels utreddes förekomsten av svår psykisk störning, personlighetsstörning, symtom (SCL-90, SF 36, GAF), personlighetsdrag (BCT, CMPS och PCL-R). Standardiserade testdata insamlades för 103 personer (94%). Bakgrundsdata, drogvanor med mera för indexvårdtillfället hämtades från DOK- och ADAD-data, kompletterade med uppgifter från intervjuer i anslutning till utredningen samt information ur KIA-registret.

Syftet med studien var att se hur det gick för klienterna över en följd av år och hur psykiska störningar inverkar på förloppet i missbruk, kriminalitet och social situation. Genom att samma instrument användes vid både indexvårdtillfället och vid uppföljningen ökar säkerheten i bedömningarna. Uppföljningsintervjun var halvstrukturerad med DOK-uppföljningsmanual för både LVU- och LVM-gruppen. Time-Line-Follow-Back (TLFB) som motsvarar problemområdena i DOK och ASI användes för att få en kontinuerlig beskrivning över hela uppföljningsperioden. Utöver *intervju- och testdata* inhämtades registerdata från *fyra källor*: BRÅ:s lagföringsregister, dödsorsaksregistret och slutenvårdsregistret vid Socialstyrelsen samt SiS DOK- och ADAD-data.

Sommaren 2006 hade 109 *personliga intervjuer* genomförts; 64 (80%) i LVM-samplet och 45 (87%) i LVU-samplet. I urvalet hade 8 avlidit och 11 i den icke-utredda gruppen. Uppföljningsprocenten är således 88 av dem som lever. Utfallet redovisas på två sätt: dels baserat på *intervjuade klienter* (64 resp 45) dels på utfallet för de intervjuade ställt i relation till det totala urvalet, benämnt *intention-to-treat* (80 resp 52). Den sista metoden underskattar utfallet eftersom alla som inte intervjuats förutsätts missbruka. Av de intervjuade var vid uppföljningen 75 procent i LVM- och 64 procent i LVU-gruppen drogfria de senaste

30 dagarna. Det senaste året har 48 respektive 42 procent varit drogfria och stabilt drogfria i minst två år är 30 respektive 36 procent. Särskilt intressant är att cirka 15 procent har varit drogfria kontinuerligt sedan utskrivningen. Beräknat enligt det strängare intention-to-treat-kriteriet är andelen drogfria de senaste 30 dagarna innan uppföljningen 60 procent i LVM-gruppen och 56 procent i LVU-gruppen. Trettio respektive 37 procent har varit drogfria senaste året och 24 respektive 31 procent har haft en stabil drogfrihet om två år eller längre.

44 procent i LVM- och 36 procent i LVU-gruppen (intervjuade) hade egen lägenhet. 22 procent i LVM- och 37 procent i LVU-gruppen försörjer sig på arbete, studier eller liknande. I LVM-gruppen lever 35 procent med partner/barn och 29 procent ensamma vilket kan jämföras med 47 procent i LVU-gruppen som har partner/barn och 27 procent som lever ensamma.

Inkomst huvudsakligen genom kriminalitet är mindre vanlig i LVM- än i LVU-gruppen: 13 versus 25 procent. Prostitution är marginellt mindre vanlig i LVM-gruppen: 3 respektive 6 procent i LVU-gruppen. Dödligheten i LVM-gruppen är 1,5 procent årligen beräknat på 4 år och 0,06 procent per år i LVU-gruppen. Gemensam Standard Mortality Rate (SMR) för hela samplet är 5,30. Droger är direkt dödsorsak i merparten av dödsfallen. Droger beroende finns alltid angivet som bidragande dödsorsak i obduktionsprotokoll även i de fall där drogen inte varit direkt dödande.

Registerdata möjliggjorde att hela kohorten (n=230) kunde följas från cirka 11 år före inskrivning vid SiS-institution upp till cirka 8 år efter indexvårdtillfället. Data visar en ganska entydig bild. Både samplen och jämförelsegrupperna hade flest antal lagföringar vid tidpunkten för inskrivning och att dessa sedan minskar. På samma sätt är inläggningar på sjukhus flest kring tidpunkten för omhändertagandet i tvångsvård och minskar därefter. Drogfrihet är den faktor som bidrar mest till både minskat antal lagföringar och minskad sjukvårdskonsumtion. Validiteten i slutsatserna är tillfredsställande när kriminalregisterdata under 5 år jämförs med självrapporterade data från uppföljningsintervjun.

Jämförelser av testdata vid index och uppföljning (n=103) visar förbättrad struktur/ordning i BCT-testet. Utöver detta visar de som varit drogfria minst 1 år en minskning av personlighetsdrag som är relationellt belastande: kravfylldhet, verbal aggressivitet, otålighet, otacksamhet och avund. Symtom mäts med flera instrument. Mätt med symtomskalan SCL-90 finns en signifikant större förbättring i symtomnivåer på alla symtomskalor för gruppen med längre än 6 månaders drogfrihet jämfört med dem som missbrukar. Också skalan SF-36 visar förbättringar kopplade till drogfrihet i såväl psykiska som somatiska symtom. Skattningen av Global funktionsnivå (GAF) visar en högre funktionsnivå för drogfria än för dem som missbrukar. Ett mått på upplevelse av sammanhang, KASAM, ligger signifikant högre på samtliga delskalor för gruppen drogfria, indikerande en positivare upplevelse av mening i tillvaron

för drogfria än för dem som missbrukar. Vidare är den sociala integrationen mätt med ISSI-skalan högre i gruppen drogfria med fler sociala kontakter och högre tillfredsställelse med sådana kontakter än för dem som missbrukar. Mycket få personer i samplet använder alkohol. Likväl visar de som är drogfria mindre risk- och problembeteende avseende alkohol mätt med AUDIT, än de som fortfarande missbrukar. Slutsatsen är att psykiska problem minskar i både objektiva mått och subjektivt upplevande med minskat drogmissbruk. Reliabiliteten i olika test och skalor vid mättillfällena är acceptabel till god.

Av personlighetsstörningarna är det bara uppförandestörning (ungdomskriterier med fler än 8 indikatorer) och antisocial personlighetsstörning i vuxen ålder (SCID-II) som inverkar negativt på förlopp och utfall. Drogfriheten är mindre vid uppföljningen och brottspåföljderna fler. Detta stämmer med tidigare forskning, men därutöver visar Lundenstudien att ingen annan personlighetsstörning, inklusive borderlinestörning, visar någon negativ inverkan på utfallet.

Förloppet i drogbeteende, psykisk störning, kriminalitet och social situation beskrivs halvårsvis efter utskrivningen i en Time-Line-Follow-Back med klusteranalys som grund. Tre förloppstrender urskiljs; 1) de som är drogfria hela tiden efter utskrivningen, 2) de som minskar droganvändningen men har återfall några gånger och 3) de som missbrukar närmast kontinuerligt. Självrapporterade psykiska symtom som ångest och depression mätt med frågor i DOK-uppföljningen reducerades signifikant mer i gruppen drogfria än i gruppen som missbrukade eller hade bara kort drogfrihet. Kriminaliteten mätt med DOK-uppgifter minskade för dem som var drogfria och ökade för dem som inte var drogfria. Den sociala situationen förbättrades för dem som blev drogfria men försämrades för dem som inte blev drogfria.

Oavsett om tvärsnittsdata från intervjun eller mer kontinuerliga data som TLFB eller registerdata används är bilden överensstämmande med små variationer. Kombinationen av olika data ger ett starkt stöd för slutsatserna i rapporten. Personer som blir drogfria eller som är drogfria sista året minskar markant sin kriminalitet och vårdkonsumtion och har bättre värden på tester och mätinstrument som speglar subjektivt välbefinnande. Nivån 15 procent som har hållit sig drogfria hela tiden efter Lunden, motsvarar en låg men acceptabel effektstorlek på vad man brukar finna i RCT-studier vid missbruk. En majoritet av kvinnorna själva uppger att Lunden har bidragit till förbättringen. Att få kvinnorna ur missbruk och åtföljande problem framstår som en av missbrukarvårdens viktigaste uppgifter. Reduceringen av kostnader för kriminalitet och sjukvård är sannolikt ur ett kostnads-nytta-perspektiv mycket stor. En bättre struktur och kontinuitet i eftervården i socialtjänsten vore ett sätt att säkra stabiliteten i förbättringar som uppnåtts i LVM- och LVU-värden.

Inledning

Lunden är ett LVM-hem och ett särskilt ungdomshem (LVU) för kvinnor med missbruk och svåra sociala problem. I praktiken har många av kvinnorna sk dubbel diagnos (Socialstyrelsen 1996, Fridell 1990, 1991; 1996a). Uppföljningen följer ett urval av kvinnor i tvångsvård vid Lunden i Lund från utskrivningen och fem år därefter. Den fokuserar på hur psykiska störningar ser ut vid indexvårdtillfället och hur dessa prospektivt inverkar på utfallet samt i vilka dimensioner som kvinnorna förändras över tid. Undersökningen belyser samtidigt förändringar i sociala problem, psykiska störningar och hur dessa samverkar med drogmissbruket.¹

Unikt i studien är att gruppen kartlagts omsorgsfullt vid indexvårdtillfället och följts upp efter fem år med samma test och skalor. De test och analysmetoder som använts har valts för att de bedömts lämpade för just den här gruppen klienter eftersom det i standardiseringsgrupperna för flera av testen funnits stora grupper missbrukare. Prospektiva data används således för att predicera faktorer som är av betydelse för utfallet och att urskilja grupper av klienter som utvecklats på olika sätt.

Uppföljningarna inom narkomanvården är relativt många, men väldigtagnosticerade material i och utanför tvångsvård finns ett fåtal (Armeliuss, Armeliuss och Larsson m fl 2002; Fridell 1996a, 1998, 2004). En stor undersökning av ungdomar vid Maria Ungdom i Stockholm är under slutförande. Få undersökningar som gjorts har fokuserat på kvinnor och deras situation där också psykologiskt-psykiatriska aspekter vägts in. Ett vanligt problem i uppföljningar har varit låg uppföljningsprocent, ofta under 70 procent, vilket minskat generaliserbarheten i slutsatserna. Därför har vi lagt extra stora ansträngningar på att få en så hög svarsprocent som möjligt.

Bakom studien ligger ett mångårigt ihärdigt arbete av Lundens personal med psykolog Iréne Jansson och hennes kollegor i spetsen. Man har strävat efter att ha samma bedömningsinstrument över hela basdatainsamlingen så att Lundenkvinnorna kunnat beskrivas på ett enhetligt sätt utifrån sociala, psykologiska och psykiatriska aspekter (Jansson och Fridell 2003). Journalmaterial är till exempel sällan lämpade för att direkt användas för forskning. På Lunden har man säkrat kontinuiteten i datamaterialen från 1997 och framåt med sikte på fortlöpande kvalitetssäkring. Förutsättningarna på Lunden

¹ Forskning om missbrukande kvinnor är ett angeläget forskningsområde (riksdagspropositionen, Prop 2001/02:91). Problemområdet uppmärksammades speciellt för drogmissbrukare inom EU vid EU:s ministerkonferens i Helsingfors i januari 2005 (se Fridell 2004).

har varit ideala med god kontinuitet i bemanning och traditioner och stor forskningsvana.

Forskningsöversikten försöker bekanta läsaren med två teoretiska modeller som arbetats fram av Fridell under en lång följd av år. Modellerna har en förankring i empirisk forskning och varje ny studie, som till exempel den här aktuella, innebär en ny prövning av modellernas relevans. Den första belyser sambandet mellan psykiska störningar och missbruk. I Lundenmaterialet motsvaras samsjuklighet eller "dubbeldiagnosproblematik" bäst av en modell som kännetecknar narkotikamissbrukare där kombinationen främst är drogmissbruk/blandmissbruk och personlighetsstörning och depression/ångeststörningar men en relativt ringa grad av psykisk sjukdom. Detta påverkar i hög grad hur behandling kan och bör utformas på kort och lång sikt. Den andra teoretiska modellen handlar om hur typen och graden av problem i samsjuklighetsbilden bör vägleda utformningen av behandlingsinsatser eller de behandlingskombinationer som har chansen att ge bästa möjliga utdelning. Det är fortfarande (2008) vanligt att alla missbrukare erbjuds samma behandling, till exempel 12-stegsbehandling, vilket går emot kunskapsläget eller att de får eftervård med metoder som helt saknar evidens, eller ännu sämre, att metoderna helt saknar verksamma inslag vid missbruksbehandling såsom hög struktur och fokus på missbruket (SBU 2001; Socialstyrelsen 2007). Lösningfokuserad metodik är en sådan mycket populär metod utan empiriskt stöd. Diagnostisering har alltså som yttersta syfte att bringa klarhet i vad som kan vara viktiga förutsättningar för verksamma insatser för patienterna. Det som benämns "evidens" i litteraturen borde förutsätta att man särskiljer teknikfaktorer från individuella faktorer, men litteraturen av RCT-studier tillmötesgår sällan detta krav (Socialstyrelsen 2007). Ofta beaktar RCT-litteraturen inte heller en dimension som terapeutisk allians, vilket är mycket relevant för det arbete som görs inom SiS och som förklarar kanske 40 procent av variansen mot bara 12 procent för teknikfaktorer i utfallsstudier (Johansson 2006). Det går egentligen inte att tala om evidens utan att veta för vilka grupper som en behandling har effekt. Att klart kunna beskriva problemen förbättrar därför förutsättningarna. Ingen behandlingsmetod är verksam för alla typer av problem. Lundenstudien är ett litet steg mot att försöka bringa klarhet i om och hur psykiska störningar påverkar utfallet.

Det är två huvudfrågor vi försöker besvara. En allmän – hur det har gått för Lundenkvinnorna i ett femårsperspektiv och en mer specifik – hur kvinnornas psykiska problem inverkar på utfallet. Vi vill således veta om 1) störningarna vid index kvarstår oavsett om man fortsätter missbruka eller om man slutar, 2) om vissa störningar inverkar mer än andra på förloppet, 3) vilka går det bra för och vilka dåligt, 4) om kvinnor i tvångsvård lyckas lika bra som kvinnliga narkomaner i andra undersökningar och 5) om vi kan finna indikatorer som särskiljer olika grupper med olika utveckling. Sådana indikatorer är i den här

studien bl a personlighetsstörning och symtom. Slutligen, 6) kvinnornas egen uppfattning om vården.

I undersökningen har vi använt en metodansats som kallas triangulering, i detta fall intervjuer, tester och registerdata. Registerdata är betydligt mer kompletta och oberoende av bedömarna än intervjudata och i den här studien finns registerdata som kan beskriva förloppet över en lång följd av år både före och efter LVM-/LVU-vård. En förhoppning är att kombinationen av flera olika metoder ska ge en nyanserad bild. Genom att använda registerdata erhålls en bild av hela kohorten, både av dem som utretts och av dem som inte utretts och hur deras utveckling sett ut och om det finns ett förlopp i sjukvårdskonsumtion och lagföringar som kanske inte enbart kan tillskrivas behandlingsinsatsen. Intervjuerna och testningarna gör att individerna kan beskrivas med en större precision. Användningen av testdata vid både index och vid uppföljning, liksom studiet av hur personlighetsstörning påverkar förloppet i kriminalitet och drogfrihet är nytt inom SiS-forskningen.

Rapporten avslutas med en beskrivning av olika förlopp utifrån DOK- och TLFB-data där vi använt klusteranalys för att skilja ut några utvecklingslinjer de första tre åren efter avslutad behandling. Dessa visar hur graden av narkotikamissbruk inverkar på övriga förhållanden i kvinnans tillvaro.

I arbetet med studien och rapporten har vi fått bistånd av flera instanser och personer: Studien har genomförts med anslag från Statens institutionsstyrelse (Pnr 2002/0041). Studien har godkänts av forskningsetikkommittén vid Lunds universitet (LU 88-02) med utvidgat tillstånd för kompletterande registerdata 2005 (Dnr 586/2005).

De tidigare klienterna har ställt upp generöst och delat med sig av sina erfarenheter och underkastat sig omfattande intervjuer utan protester. Personalen på Lunden skall ha ett varmt tack för ett fint stöd, att svara på patienters frågor och stötta undersökningen.

Grunddatainsamling har gjorts av Iréne Jansson och psykologerna på Lunden i samarbete med projektledaren. I den aktuella uppföljningen har Iréne Jansson som doktorand vid Institutionen för psykologi, Lunds universitet, tillsammans med huvudförfattaren ansvarat för utformningen av designen, etikansökningar, intervjuarbetet, genomförandet av de olika momenten samt analys och slutskrivning av rapporten.

Huvuddelen av intervjuerna gjordes av Johan Billsten och Iréne Jansson med bistånd från psykologerna Lisa Kempe och Anne Rimpler samt Mats Fridell. Behandlingsassistent Susanne Beckvall hjälpte inledningsvis med kontakten med socialsekreterarna (LVM) och kunde på så vis genomföra en inledande informantstudie. Ett tack riktas till professor Eckart Köhlhorn för hjälp att hantera lagföringsregistret, och till överläkare Anna Nyhlén, som gjort en komplett nybedömning av dödsorsakerna i kohorten utifrån dödsorsaksintyg, obduktionsprotokoll och laboratoriedata.

Vi har mött kollegial generositet av stora mått runt om i landet, bland annat från Mia Körlof och hennes efterträdare på SiS huvudkontor som hjälpte oss med data men också med praktiska arrangemang kring intervjuer i Stockholm. Anette Skårner hjälpte oss att få göra intervjuer med klienter från Göteborgstrakten på hennes kontor på socialhögskolan i Göteborg. Martin Bäckström och Morten Hesse gjorde några av de mer komplicerade statistiska analyserna.

Ett varmt tack också till Tarja-Liisa Leiniö, Vera Segraeus och Tove Pettersson som faktagranskat rapporten och gett värdefulla kommentarer och till SiS personal som har hjälpt oss med data och upplysningar under studiens gång.

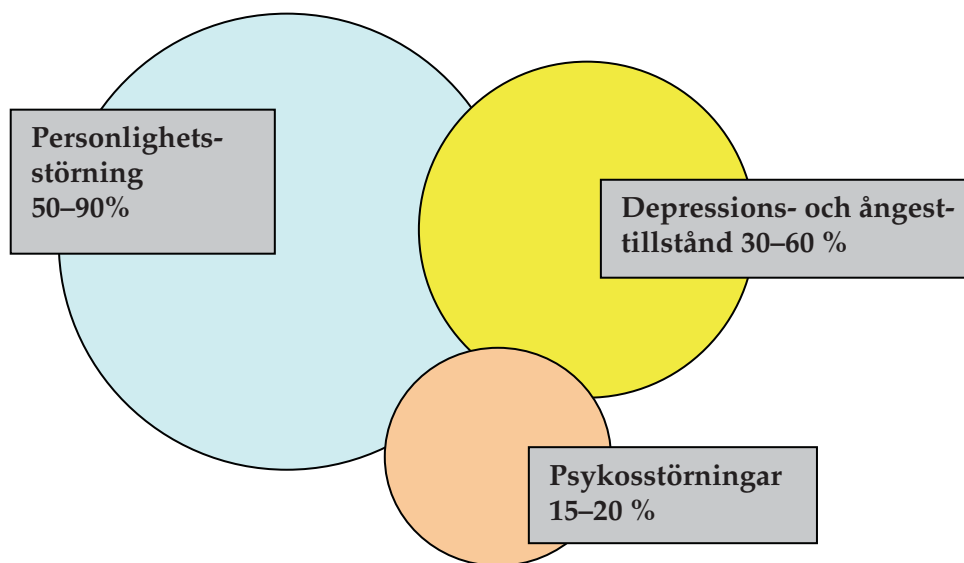
Forskningsöversikt

Multiproblembild vid missbruk och psykisk störning

1990-talet var det decennium då kopplingen mellan missbruk och psykiska störningar började uppmärksammas. Personlighetsstörningar är den vanligaste diagnosen hos narkotikamissbrukare och denna och andra psykiska störningar tycks ha varit stabila sedan 1950–60-talet (Fridell 1991) såväl i internationell forskning som för skandinaviska förhållanden (Landheim, Bakken & Vaglum 2002; Fridell 1996a, 1996b, 2004, 2005; Fridell & Hesse 2005a; Johnsson & Fridell 1997, 1999; Ravndal och Vaglum 1994). På senare år har intresset för ADHD-problematik och begåvningshandikapp liksom detaljkunskaper om psykiska sjukdomstillstånd tillkommit. Förekomsten (klinisk prevalens) av de sistnämnda tillstånden får betraktas som oklar.

Droganvändning framstår idag som en mycket tyngre indikator på allvarliga psykiska problem än vad som var känt för bara några år sedan. I den hittills största epidemiologiska studien från USA, NESARC (Grant, Stinson, Dawson, et al 2004), visade en intervjuundersökning av drygt 43 100 personer ur normalbefolkningen att även ett mindre intensivt missbruk av droger ökar samsjukligheten med personlighetsstörning så att nästan hälften (48%) hade minst en komorbid personlighetsstörning. För alkoholmissbrukare var motsvarande nivå mycket lägre, 16,4 procent. I kliniska material utmärks gruppen tunga narkotikamissbrukare av en ännu mycket högre nivå av samsjuklighet mellan droger och personlighetsstörning (65 till 85%) överlappande med depressions- /ångesttillstånd (30 till 50%) och psykoser: cirka 15 procent (Fridell, 1990, 1991, 2004; 2005a). Den kliniska bilden för svenska förhållanden presenterades i EU:s årsrapport tillsammans med situationen i övriga EU-länder utgivet av EMCDDA 2004 (Fridell 2004). Svenska förhållanden i denna översikt överensstämmer bra med uppgifterna i en internationell översikt av Uchtenhagen och Zieglänsberger (2000). Proportionerna av olika störningar är närmast identiska i studier från olika länder när bedömningsmetodiken standardiserats och genomförts konsekvent (Nilsson, Fridell & Griffiths, 2006). Figur 1 visar olika kombinationer av psykisk komorbiditet vid narkotikamissbruk.

En utgångspunkt i föreliggande undersökning var att ingående diagnostisk och psykosocial bedömning gjorts till ett naturligt inslag i behandlingsplaneringen vid inskrivningstillfället på Lunden. Flertalet uppföljningsundersökningar som redovisas i det följande saknar sådan basal diagnostisk bedömning av klienterna. Det blir då omöjligt att se den relativa betydelsen av faktorer som kan ha en inverkan på behandlingens genomförande (retention) och goda



Figur 1. De mest förekommande grupperna av psykiska störningar bland drogmissbrukare i två översikter (Fridell 1991 och Uchtenhagen och Zieglgänsberger 2000)

rehabiliteringsresultat som till exempel drogfrihet. Avsaknaden av nödvändiga populations- och kohortdata för representativitetsbedömningar saknas ofta, vilket försvårar resultatens generaliserbarhet.

Det finns relativt få studier om personlighetsstörningars inverkan på såväl korttids- som långtidsutfallet. Data är i viss mån motsägelsefulla i och med att jämförelsegrupperna i praktiken är mycket olika varandra. En tidigare femårsuppföljning av ett konsekutivt urval om 125 tunga narkotikamissbrukare vårdade vid narkotikabehandlingsenheten vid S:t Lars sjukhus i Lund visade att de med antisocial personlighetsstörning hade en högre drop-out även i korttidsrehabilitering. Såväl intervjudata som registerdata användes. Diagnosen var stabil för över 80 procent av patienterna med enbart vuxenkriterierna beaktade.² Diagnosen antisocial personlighetsstörning förutsätter dock att både kriterier från barn- och ungdomsåren tas med tillsammans med kriterier efter 18 års ålder. För individer med en antisocial personlighetsstörning fanns en signifikant högre nivå av fortsatt drogmissbruk, fler fängelse-domar, färre perioder utan missbruk och mer bidragsberoende medan däremot nivån på behandlingsinsatser under uppföljningstiden var bara marginellt

² DSM-III-r och DSM-IV-diagnostik av antisocial personlighetsstörning måste alltid beakta att tillräckligt många kriterier såväl före 15 års ålder som i vuxen ålder uppfyllts. Vid upprepad mätning blir detta ett problem då samma kriterier vid olika mätpunkter återkommer. I vår analys kontrollerades detta genom att enbart vuxenkriterierna togs med i beräkningarna.

högre än för dem utan antisocial personlighetsstörning (Fridell, Hesse och Johnsson 2006a). Denna prognostiskt ogynnsamma inverkan av antisocial personlighetsstörning kvarstod i en femtonårsuppföljning av samma urval (Fridell, Hesse och Billsten, 2007). Den förhöjda kriminaliteten för personer med antisocial personlighetsstörning kvarstod även när samtliga patienter vid avdelning 1F i Lund vårdade mellan 1977 och 1995 (n=1 052) följdes upp i lagföringsregistret (Fridell, Hesse, Jaeger Meyer & Kühlnhorn 2008).

Förekomst av olika störningar i och utanför tvångsvården

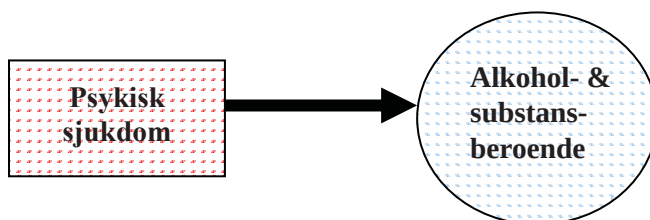
En korrekt bedömning av förekomsten (prevalens) av psykisk störning bland missbrukare i behandling kan bli ett av flera viktiga inslag i vårdplaneringen. Ett slumpmässigt urval från 11 LVM-hem (n=54) gav samma bild som i ovanstående avsnitt, med ett dominerande inslag av personlighetsstörning, depressions-/ångesttillstånd och psykos hos cirka 15 procent av klienterna. Antisocial personlighetsstörning utgjorde cirka 50 procent (Mattell & Nordström 1997; Nilsson & Teglund 1997). Profilen liknar även den på behandlingshem som arbetar med *narkotika- och blandmissbrukare* utanför tvångsvården (Glemvik 2001). Även bland tvångsvårdade alkoholmissbrukare dominerar personlighetsstörning (Gerdner 1998; Sallmén 1999). Kvinnorna på Lunden liknar andra grupper substansberoende kvinnor (Jansson & Fridell, 2003). Ett referensmaterial till Lundenstudien är det tidigare nämnda S:t Lars-materialet från 1977 och 1995 (Fridell 1996a, 1996b, 2004). Skillnaderna rent diagnostiskt mellan kvinnorna på Lunden och kvinnorna från denna narkomanvårdsavdelning var få och små (Jansson & Fridell 2003).

En dimension som i regel försumrats och som inte heller bedömts i den här studien är klienternas begåvningsnivå. Begåvningsnivån hos kanske så många som 40 procent av tvångsvårdade män och kvinnor ligger klart under normalbefolkningens. Tre nya studier pekar på detta, Rydelius m fl studie på Lövssta ungdomshem (Rydelius 2007), en kohortstudie av 180 kvinnor från LVM- och LVU-vården 2001–2005 vid Lunden (Kullman 2007) och Ols-son och Vilhelmssons (2006) studie av en kohort ungdomar placerade vid Utredningshemmet i Hässleholm. I en avhandling av Anna Elmund (2007) jämfördes adopterade ungdomar som var placerade på SiS-institution med en kontrollgrupp adopterade ungdomar som inte var institutionsplacerade. Samma bild framkom. Mätt med WISC och WAIS påvisades en lägre generell begåvningsnivå (IK-poäng < 70)³ och sämre resultat än i en kontrollgrupp. En nyansering är att icke-verbala test visade en mindre allvarlig sänkning av funktionsnivån. Resultaten på icke-verbala test tycks dessutom vara något som skiljer sig mellan olika urval av ungdomar (Tengström 2007). Detta område har inte inkluderats i Lundenuppföljningen.

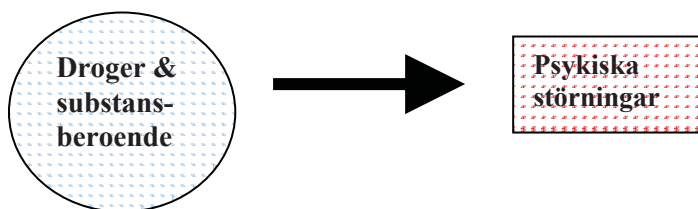
³ IK-poäng (tidigare IQ) är normerat till medelvärde i befolkningen = 100 och standardavvikelsen Sd=15.

Varken missbruk eller psykisk störning är enhetliga fenomen och sambandet mellan urval, förlopp och psykiska symtom/störningar samt behandlingsinriktningar där vi kan förvänta oss att hitta olika grupper av missbrukare illustreras i följande modell som grundas på tidigare empiriska genomgångar (figur 2). Modellen är en förloppsmodell, inte en kausalmodell. Den försöker också integrera vilka kombinationer av samsjuklighet som är mest sannolika och vad forskning hittills visat som mest rimlig behandling för respektive kategori och vilka strategier som fungerar, med andra ord en av poängerna med att göra diagnostiska utredningar.

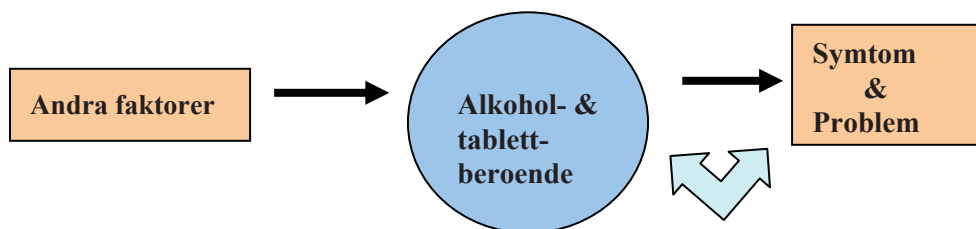
MODELL 1. Samsjuklighet: Svår psykisk störning och alkohol- /tablettmissbruk



MODELL 2. Samsjuklighet: beroende av narkotiska preparat och psykisk störning



MODELL 3. Beroende/missbruk av alkohol/tabletter med ringa psykisk störning



Figur 2. Typologisk beskrivning av kombinationen av samsjuklighet i diagnostiserade psykiatriska störningar och alkohol- eller substansberoende/missbruk. Var och en av modellerna har olika kopplingar till behandlingsstrategier i vid mening.

Det första sambandet utgörs av personer med *psykisk sjukdom* och personer med "udda" eller borderline personlighetsstörning och missbruk. Ofta har i denna modell missbruket en mindre allvarlig valör, med huvudsakligen alkohol, tabletter eller cannabis (Schaar & Öjehagen 2001). Den andra utvecklingslinjen utgörs av *narkomaner med personlighetsstörning* av främst antisocial typ och låg grad av psykisk sjuklighet, men där somatiska och psykiska störningar förvärras under loppet av missbruket, typiskt för de tunga narkotikamissbrukarna. Den tredje utvecklingslinjen representeras av patienter inom 12-steps- eller Minnesotabehandling med ett *tungt alkohol- och/eller tablettberoende*, men som samtidigt har resurser som kan motverka fortsatt missbruk, t.ex. arbete, fungerande socialt nätverk och inte minst en personlig inställning till sitt missbruk som ett problem (sjukdom). Graden av psykisk störning i denna grupp är låg, cirka 30 procent (Al-Obaidy 2001, Brefeldt Lövdén 2001, Hellström 2003, Ouimette, Finney & Moos 1997; Skoogh 2002).

De tre problemtyperna kräver och är i praktiken vanligast i tre huvudtyper av behandlingsinsatser; de två första långvariga men med mycket olika betoning och innehåll och den sista kategorin som fungerar bra för relativt välfungerande alkoholproblematiker med en kombination av korttidsbehandling med eftervårdsstöd i AA-grupp (Fridell, Al-Obaidy, Brefeldt-Lövdén, Hellström-Rehn & Skoogh 2002; Hellström 2003; SBU 2001, samt dess engelska uppdatering i Berglund, Thelander & Jonsson 2003). Det har också under främst 2000-talet skett en utveckling av behandlingsmodeller inspirerade av 12-stegsmodellen som arbetskollektiv och självhjälps- eller brukarmodeller, som dock mera sällan har utvärderats empiriskt. Modellen publicerades först i en EU-rapport om komorbiditet i de europeiska länderna (Fridell 2004).

Modell 1 – Svår psykisk störning och missbruk

Modell 1 omfattar patienter med det Socialstyrelsen benämner "svår psykisk störning", vanligen inom psykiatri, bland vilka missbrukare idag utgör minst 30 procent (Berglund & Öjehagen 1998). Nivån är ännu högre i Danmark, cirka 50 procent (Söberg-Hansen 2000). Även om tyngden i missbruket är relativt låg; så kallad riskkonsumtion eller missbruk snarare än beroende enligt DSM-IV, försämras prognosen av personernas sviktande följsamhet i behandling (komplians) både vad gäller farmakologisk behandling och funktionshövande insatser. Förmågan att sköta psykosmedicinering, hålla avtal och vidmakthålla en stabil boendesituation försämras liksom den somatiska hälsan (Beijer, Feltsen, Frithiof et al 2001). I Socialstyrelsens 10 forskningsprojekt med 348 patienter som behandlades i främst psykiatriska team som en modell (Schaar & Öjehagen, 2001), bekräftades att 29 procent hade någon psykosstörning, 23 procent personlighetsstörning av borderline eller schizotypal typ, 17 procent egentlig depression, och 31 procent minst ytterligare någon psykiatrisk störning. Alkoholproblematiker dominerade (77%). Samma mönster återfinns på de behandlingshem med inriktning mot s k dubbeldiagnoser som Fridell med

medarbetare studerat. När nivån av psykossjukdomar och psykosliknande störningar enligt DSM-IV-axel I ökar minskar personlighetsstörningsdiagnoser i motsvarande mån (Persson, 1997, Brandt & Jönsson 1998; Probert 2000; Jönsson 2001; Brännström & Månsdotter 2001).

Psykiatrisk behandling i kombination med farmakologiskt och psykosocialt stöd måste utsträckas över tid. Modeller som psykiatriska team och case-management har betraktats som mer lämpade än andra modeller (SBU-versionen 2003 i Berglund, Thelander & Jönsson 2003; SBU 2001, Drake et al 1993; Mueser, Drake & Noordsy 1998; Schaar & Öjehagen 2001). Behovet av kontinuitet och personkontakt är bland de viktigaste stabiliserande komponenterna i behandlingen. Det finns en mindre andel klienter på Lunden som liknar denna grupp även om de i motsats till gruppen ovan i huvudsak använder droger. De utgör dock ingen representativ profil för komorbiditeten hos klienterna på Lunden. För LVM- och LVU-vårdens del är det av intresse att en meta-analys av case-management visat positiva effekter för modeller som studerar själva remitteringsprocessen (s k linkage-modeller) som visar att inriktning på att skapa samarbete mellan en behandlingsverksamhet och annan verksamhet har högre effekt än de där man inte gör någon systematisk länkning. Däremot fanns inga effekter på missbruket i sig (Hesse, Vanderplaschen, Rapp, Broekhardt & Fridell 2007).

Modell II – Samsjuklighet vid narkotika-/blandberoende och psykisk störning

Modell 2 motsvarar bäst situationen för tvångsvårdade kvinnor med narkotikamissbruk som de vid Lunden och utgörs av individer med narkotika- och blandmissbruk, personlighetsstörning, relativt låg psykisk sjuklighet och en tung psykosocial belastning (Jansson & Fridell 2003). I diagnoshänseende finns skillnader mellan kvinnor och män med tungt narkotikamissbruk i till exempel S:t Lars-materialet. Men kvinnorna på Lunden liknar dem som vårdades på S:t Lars med mer symtomrika störningar som borderline- och histrionisk personlighetsstörning. Bland män med narkotikamissbruk dominerar antisocial personlighetsstörning (Blomqvist & Nötesjö 1997; Jansson & Fridell 2003). Samtidigt visar kvinnor utanför tvångsvården prognostiskt gynnsamma kapaciteter som möjligen tillvaratas bäst i enkönad miljö (Trulsson 1998; Trulsson & Nötesjö, 2000; Fridell, Hesse & Johnsson 2006a; Fridell, Billsten, Hesse & Jansson 2006). Om samma förhållande gäller också i tvångsvård, alltså en hög nivå av störningar men en låg grad av psykisk sjukdom i egentlig mening, är detta en av de första studierna att undersöka (se Ottosson 2004).

Behandlingsinsatserna för denna grupp redovisades vid den senaste inventeringen 2005 i 212 randomiserade kontrollerade studier (RCT:s), majoriteten med omlärande, kognitivt-beteendeterapeutiska inslag. Det finns också i dagsläget (2007) cirka 15 meta-analyser kring behandling av drogberoende med flera olika teoretiska inriktningar. Våra egna genomgångar för SBU och Socialstyrelsen samt Mobilisering mot Narkotika visade att det a) inte

fanns någon enskild psykosocial behandlingsmetod som var överlägsen någon annan metod när de jämfördes med varandra, b) att psykosocial behandling av opiatberoende hade effekt både när det användes tillsammans med substitutionsbehandling (agonistbehandling) och utan stödjande farmakologisk behandling. Ett nytt fynd var att psykosocial behandling utan medicinering hade effekt vid opiatberoende (8 RCT-studier) och att psykosocial behandling i samband med antagonistbehandling (Naltrexone, 6 RCT-studier) hade effekt samt att c) dessa effekter inte kunde förklaras av variationer i kontrollgruppsbetingelser, vilket den första SBU-översikten kritiserades för (Fridell & Hesse 2006c). Slutsatserna överensstämmer med senare års Cochrane-rapporter kring psykosocial behandling vid opiatberoende (Mayet, Farrell, Ferri, Amato & Davoli 2005; Amato, Minozzi, Davoli, Vecchi, Ferri & Mayet 2004). Dessa och flera andra resultat sammanfattades senast i Socialstyrelsens riktlinjedokument för behandling inom missbrukarvården (Socialstyrelsen 2007).

Slutsatserna i SBU-rapporten (2001) och dess engelskspråkiga uppgradering (i Berglund, Thelander & Jonsson 2003) bekräftar att gemensamt för fungerande psykosociala insatser är att de 1) fokuserar på missbruksproblemen, 2) har en hög grad av struktur och tydlighet, 3) pågår över tillräckligt lång tid för att ge effekt samt d) fokuserar på både missbruket och en eventuell psykisk störning samtidigt. Sistnämnda punkt förutsätter att adekvat diagnostisering görs.

Efter SBU (2001, 2003) har det kommit tre viktiga meta-analyser av motiverande samtal (MI) som visar medelhöga effekter på alkohol- och drogfrihet. Den mest relevanta och välgjorda är den av Hettema, Steele och Miller (2005) med 71, huvudsakligen RCT-studier och i något mindre grad den av Burke, Arkowitz och Menchola (2003) med 30 studier. Särskilt intressant är en stor RCT-studie av Bernstein, Bernstein, Tassiopoulos, Heeren, et al (2005) som visar medelhöga effekter med kort intervention för kokain- och heroinmissbruk. En tredje meta-analys av Rubak, Sandbaek, Lauritzen och Christensen (2005) med 72 RCT-studier undersöker MI som komplement till andra sjukvårdande insatser. Även medicinska insatser får ökad effekt när de kopplas till psykologiskt genomtänkta sätt att presentera interventionen. Dock är det i dessa meta-analyser, liksom i de flesta RCT-studier oklart om det finns psykiska störningar och i så fall vilka grupper som har olika typer av störningar.

Det skall erinras om att där psykiatriska grupper behandlats har man inte kunnat påvisa några effekter av MI (Baker, Lewin, Reichler, Clancy et al 2002a; Baker, Lewin, Reichler, Clancy et al 2002b). Men studierna, som alltså går emot ett av kraven vi ställde upp i SBU-rapporterna (2001; engelsk version, 2003) pekar på att även korta men genomtänkta interventioner kan ha stor betydelse.

Modell III – Svåra beroendeproblem men låg grad av psykisk störning

Patienter i 12-stepsprogram utanför tvångsvården är en tredje typ. Ett stort nationellt projekt i USA med 15 tolvstegsinstitutioner och över 3 000 patienter visade en låg till moderat nivå av psykiska störningar (ca 30%) (Ouimette, Finney & Moos 1997, 1999, 1999a). I slumpmässiga urval av patienter i Minnesotabehandling i södra Sverige med cirka 75 procents svarsfrekvens vid intervju, öppenvårdsprogram som "En Dag i Taget" (Conradsen Gyllenbåga 2000) och Nämndemansgården (Fridell, et al 2002) fann vi samma låga nivå av psykisk störning om cirka 30 procent som i de amerikanska 12-stepsprogrammen. Unikt är att personlighetsstörning som veterligt diagnostiserats endast i studien från Nämndemansgården inte ligger högre än cirka 17 procent och att *ingen* hade en antisocial personlighetsstörning. Andelen med samsjuklighet på Nämndemansgården motsvarar därmed nivån i normalbefolkningen i den stora epidemiologiska NESARC-studien (Grant et al 2004). Det kan noteras att Socialstyrelsens riktlinjedokument (2007) betonar att det finns evidens för 12-stepsbehandling av alkoholproblem men inte för behandling av narkotikaproblem.

Däremot finns det många 12-stepsprogram som vänder sig till problemgrupper med tung kriminalitet, till exempel Pro-Krami, där man finner fler personlighetsstörningar, huvudsakligen från klustret "udda" jämfört med materialen av narkotikamissbrukare (Hohenthal & Johansson 2002) men statistiskt belagda effekter saknas än så länge. Överrepresentationen av klustret "udda" är oväntat eftersom kriminellt belastade individer som regel förknippas med klustret "dramatiska". En förklaring kan vara att det används bedömningsinstrumentet, DIP-Q tenderar att överskatta klustret udda systematiskt (Ottosson, Bodlund, Ekselius, von Knorring et al 1995a).

Graden av social integration, preparat som används, liksom typen av psykiska störningar skiljer också de tre grupperna åt (Conradsen Gyllenbåga 2000; Fridell et al 2002; Fridell 2004; Ouimette, Finney & Moos 1997; 1999, 1999a). Man kan också säga att olika behandlingsformer rekryterar och kanske rent av bör rekrytera olika typer av klienter, vilket dock förutsätter både medvetenhet och goda kunskaper. Samtidigt tillhandahåller 12-stepsbehandling många högt strukturerade inslag som fokus på missbruk, återfallsstrategier och arbete med familjen som gör att "manualen" liknar kognitivt-beteendeterapeutiska interventioners utformning (Crits-Christoph, Siqueland, Blaine, Frank & Luborsky et al 1997; 1999).

En särskilt viktig aspekt att beakta om Minnesota- eller 12-stegsbaserade modeller används på personer som inte har god social förankring är att de måste frångå kravet på egen erfarenhet bland de anställda och betona den professionella skolningen. Medan egen erfarenhet av missbruk bidrar till bättre resultatnivåer i multicenterstudier från USA (Ouimette, Finney & Moos 1997, 1999, 1999a) kräver behandling av psykiskt sjuka personer såväl anpassningar av den emotionella intensiteten i behandlingssituationen som att personalen

har adekvata kunskaper om psykiska sjukdomar. Sådana specialmodeller har utvecklats i USA (Gerdner & Sundin 1998).

Kvinnor i tvångsvård

Ungdomsvården har en längre tradition av utredning/bedömning än LVM-vården. Bedömningar i både utrednings- och forskningssyfte har publicerats från avdelning Älvan på Lövsta ungdomshem (Michanek, Kristiansson, Westermarck & Machado 2000), från bland annat Fagareds ungdomshem, Lunden och Hornö LVM-hem (se nedan). Begåvningstest, symtommätning och personlighetstest kombineras med formella ICD- och DSM-IV- diagnoser. Missbrukare på Älvan karakteriserades av hög nivå av personlighetsstörning (40%) och olika neuropsykologiska funktionsnedsättningar i likhet med tidigare studier bland pojkar på Lövsta (Dalteg & Levander 1998; Levander 2002). Den totala nivån är likafullt lägre än motsvarande nivåer på Lunden. Ett par alldeles nya undersökningar från Utredningshemmet i Hässleholm visar att hälften av flickorna har en begåvningsnivå som ligger en standardavvikelse-enhet under den i köns- och åldersmatchade normalgrupper ($IK < 85$) och att dessutom 40 procent av hela gruppen ligger två standardavvikelseenheter ($IK < 70$) lägre än normalbefolkningen (Olsson & Vilhelmsson 2006). Resultaten replikerades i Kullmans genomgång av Lundens LVM-kvinnor behandlade åren 2000–2005 (Kullman 2007).

På SiS institutioner utgör kvinnorna cirka 30 procent av klienterna, alltså ungefär samma nivå som i annan institutionsvård (Fridell 1996b). I årsrapport DOK 00 (SiS 3/01) redovisas data för 661 av 1070 intagna klienter på samtliga SiS-institutioner. Tung social bakgrund med missbruk och/eller psykiska problem under uppväxten (50%) utmärker gruppen. Två tredjedelar är ensamboende med få kontakter utanför missbrukarkretsar. Drygt var tredje har hepatit C, bland narkotikamissbrukarna 60 procent. En tredjedel har gjort självmordsförsök. Två av tre kvinnor hade utsatts för sexuella eller andra övergrepp. Lunden ligger alltså högt i problemnivå jämfört med tvångsvårdade generellt.

Berg (2002) gjorde faktor- och klusteranalyser av ADAD-data med totalt 321 flickor. En lösning med 6 kluster förklarade 48 procent av den totala variansen. Det första klustret visar en extrem multiproblemprofil med psykiska problem, utagerande, aggressivitet, dålig impuls kontroll, narkotika- och alkoholproblem samt hög brottsaktivitet. Det andra klustret karakteriserades av hög grad av utanförskap, aggressivitet och dålig impuls kontroll, hög nivå av psykiska och psykosomatiska problem. Ett tredje kluster utmärktes av flickor med inåtriktade problem, hög alkoholkonsumtion, utanförskap och småbrott. Ett fjärde kluster omfattar personer över 15 år, med tungt narkotikamissbruk och grövre tillgreppsbrott. Ett femte kluster omfattar flickor över 15 år utan psykiska eller psykosomatiska problem med narkotikamissbruk och brottslighet i mindre skala. Ett sjätte kluster omfattar de allra yngsta med få an-

passningsproblem, psykiska eller psykosomatiska problem och en ringa grad av missbruk. Få av dessa sistnämnda begår brott. Gemensamt för individer i samtliga kluster var stora problem i hemmiljön med sexuella övergrepp och skolproblem. Rymning från hemmet kan enligt författaren betraktas som ett sätt att komma ifrån problemen i hemmiljön samtidigt som rymningen blir en orsak till samhällsingripande. Studien pekar på vikten av att kunna differentiera olika subgrupper som antagligen har ganska olika förutsättningar att tillgodogöra sig olika insatser.

I den förstudie som ligger till grund för denna uppföljningsstudie systematiserade psykolog Iréne Jansson med stöd av ett FoU-projekt (Ö2000:216-1) de material som samlats in på Lunden kompletterade med uppgifter om alla nyintagna klienter så att två representativa urval av kvinnliga LVU- (n=46) respektive LVM-klienter (n=67) vårdade 1997-01-01–2000-12-31 kartlades (Jansson & Fridell 2003). DOK- respektive ADAD-data utgjorde bakgrundsdata och där dessa saknades kompletterades de med Iréne Janssons egna data som samlats in prospektivt. Standardiserade personlighetstest, symtomskalor och mått på socialt nätverk har kompletterats med DSM-IV-diagnoser för axel I- och axel II-störningar. En skala för somatisk sjuklighet utarbetad av WHO (Thulin & Jansson 1993) har använts. Därtill kommer personlighetstest BCT (Cesarec & Fridell kommande), CMPS (Cesarec & Marke 1968), psykopati enligt PCL-R (1991, 1992), symtomskalor SCL-90 (Derogatis 1994; Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen 2002), BDI-I och BDI-II (Beck, Steer & Brown 1998; 2005), begåvnings- och neuropsykologiska instrument. Samtliga deltagare gav vid undersökningstillfället informerat samtycke till bedömning/ intervju för forskning och uppföljning.

I korthet visar Janssons genomgång en hög nivå av missbruk (60%) och psykisk störning (40% i LVM och 25% LVU-materialen) bland förstagsgradsläktingar. Unikt var att Jansson också kunde peka på mycket hög somatisk sjuklighet och hög vårdkonsumtion. Könssjukdomar var vanligare bland LVU- än LVM-kvinnorna medan skador och kroniska sjukdomstillstånd dominerade bland de äldre. Nästan samtliga hade sökt sjukhusvård eller specialistvård senaste året. Narkotikamissbruk med blandmissbruk dominerade.

Flera bland LVU-flickorna saknade fullgjord grundskola och 70 procent av LVM- och 85 procent av LVU-klienterna hade begått brott. Prostitution var vanligare i LVM- (40%) än LVU-gruppen (20%). Nära hälften av LVM-gruppen var bostadslösa mot en tredjedel bland LVU-gruppen. Den sociala integrationen var extremt låg.

Vid utredningstillfället hade cirka 70 procent någon personlighetsstörning enligt DSM-IV i LVM-gruppen. Tas diagnosen beteendestörning (conduct disorder) med, ligger LVU-gruppen på en jämförbar nivå med LVM-gruppen. Psykisk sjukdom (axel I) registrerades hos cirka 15 procent men schizofreni och maniskt depressiv sjukdom fanns bara hos 2 kvinnor. Psykopati enligt Hare (1992) registrerades bara hos 6 procent i LVU- och hos 3 procent i

LVM-gruppen. Den kliniska bilden skiljer sig för kvinnor jämfört med män i narkomanmaterial (Fridell 1996). Kvinnor har oftare personlighetsstörning av typen "borderline" eller "histrion" medan antisocial störning dominerar i material där män ingår. Andelen kvinnor med ätstörning är diagnostiserad till cirka 15 procent, men sannolikt finns här en underrapportering.

Medan deskriptiv diagnostik pekade på hög nivå av psykisk störning, visade personlighetstesten på samma gång typiska missbrukarprofiler men också på nivåer av psykogena behov (Cesarec, Marke & Berg 2000) som liknar en normalgrupps. Också symtomnivåerna (SCL-90; Fridell, Cesarec, Johansson et al 2002) låg för de bägge grupperna inom normalvariationen på de flesta variabler. I rapporten jämförs LVU- och LVM-kvinnorna inbördes och i relation till referensmaterial med kvinnliga missbrukare (Jansson & Fridell 2003). Detta är ett fynd som överensstämmer med de studier av personlighetsdrag som gjorts i det betydligt större materialet av patienter med drogberoende från S:t Lars.

Nationella uppföljningar

Ungdomsvården

Uppföljningar från ungdomsvården har gett blandade resultat. Levin intervjuade 61 av de 208 ungdomar som varit intagna 1983–1993 vid Råby ungdomshem och fann att 14 procent varit drogfria och inte begått brott efter utskrivningen. En tredjedel bedömdes ha klarat sig bra eller ganska bra (Levin 1997). Sandell och Olsson (1998) följde upp både pojkar och flickor som varit intagna vid Villa Ljungbacken när de var 13 till 16 år (n=45) 6 månader efter utskrivning. Fokus i studien var bland annat hur socialtjänsten tog till vara förslag om vidareplacering. Man fann att även om socialtjänsten lyssnade till förslagen i två tredjedelar av fallen följde åtgärden utredningsförslaget bara i cirka en tredjedel av fallen.

Sarnecki (1992) följde 161 §12-ungdomar (av 814 inskrivna) ett år efter utskrivning. Återfall i brott var vanligt (69%) och i snitt hade två nya placeringar per ungdom gjorts sedan utskrivningen. Sämst hade det gått för dem som hade placerats ånyo på § 12-hem eller i kollektiv. I en senare uppföljning av 540 ungdomar vårdade vid 6 § 12-hem i Stockholm 1991 till 1995 var andelen flickor 27 procent, samtliga i åldrarna 15–20 år (Sarnecki 1999). Det var en hög överrepresentation i de centrala brottsliga nätverken av ungdomar som vistats på § 12-hem. Institutionsvistelsen bidrog inte till att vidmakthålla brottsaktiva nätverk när miljön motverkade kriminogena mönster. I de fem "profiler" som Sarnecki (1996) analyserade var andelen flickor jämförbar med andelen män vad gäller "missbruksprofilen" (36%), profilen med "psykiska störningar" (35%) men överrepresenterad i den "sexuella problemprofilen" (76%).

En hög nivå av återfall i brott (80%) registrerades i en ettårsuppföljning av klienter från Älvan vid Lövsta ungdomshem (n=25 av 20). Trots hög brottsak-

tivitet bedömde forskarna att 11 av 20 intervjuade (55%) visade en minskad kriminalitet (Michanek, et al 2000).

Andelen flickor/kvinnor i materialen ovan motsvarar nivåerna bland narkomaner i gemen och det finns ett starkt samband mellan att begå brott och att missbruka droger.

Tvångsvård av vuxna

Fridell (1996b, s 313–320) sammanställde utfallet för 6 av de forskningsstudier som gjorts inom LVM-vården fram till 1995. Minskat narkotikamissbruk registrerades vid uppföljning för mellan 31 och 50 procent. Men ungefär var femte hade fått nya LVM-domar och var tionde var död.⁴ Förbättring redovisades för högst 20 procent och en mycket liten andel hade arbete eller ordnade sociala förhållanden vid uppföljningen. Fridells bedömning var att 1996 kunde rehabiliteringsnivån skattas till ungefär 12 procent bland tvångsvårdade män och kvinnor.

En ettårsuppföljning av 31 "dubbeldiagnosklienter" vårdade vid Frösö och Hessleby LVM-hem (Larsson & Ollus 1999) visade en hög nivå av "problem-dagar" vad gäller psykologiska och känslomässiga problem. Ett instrument som belyser tidiga relationsupplevelser indikerade tidiga problem i relationen till föräldrar. Av 28 klienter hade 17 fått fortsatt behandling, bara 4 av 28 hade slutat missbruka, men 11 av 28 hade fått ordnad sysselsättning och 13 av 28 hade egen lägenhet. Huvudsakligen rör denna studie män och diskuteras därför inte vidare.

Lundens LVM-hem har studerats i ett par projekt under senare år (Gerdner 2000; Svensson 2001). Därutöver har ett par mindre studier belyst situationen för vissa subgrupper (Balldin 1999; Nordvall & Thalén 1997). Gerdners är en pilotstudie av utfall och kvalitet där Lunden jämförs med LVM-hemmet Älvgården (Gerdner 2000). Trettio konsekutivt vårdade individer följdes upp 9 till 15 månader efter avslutad vård vid vardera enheten. Socialsekreterares uppgifter användes bland annat som validering. 61 procent uppvisade någon förbättring i alkohol- och/eller drogmissbruk och 24 procent bedömdes helt nyktra/drogrädd. Merparten (80%) upplevde den somatiska hälsan förbättrad och två av tre (67%) upplevde sin psykiska hälsa förbättrad jämfört med inskrivningen. Hälften levde ensamma och mycket få hade arbete. Relativt få (7/49) klienter väntade på dom eller straffverkställighet. Nitton (av 53) klienter deltog i någon typ av självhjälpgrupp. Gerdners studie visar högre förbättringsnivå för kvinnorna på Lunden än vad andra studier gjort. Och han menar att detta återspeglar en generell trend i riktning mot bättre resultat i tvångsvården sedan mitten av 1980-talet. Den del av studien som är en kvalitetsstudie visar att klienterna upplevde sig ha fått hjälp och stöd, men

⁴ De höga dödlighetstalen på några institutioner speglar bl a en högre andel heroinmissbrukare.

inte alltid på de områden de önskat. Socialsekreterarna däremot ansåg inte att vården motsvarat deras önskemål, inte heller utredningarna men att de akuta vårdbehoven hade tillgodosetts.⁵

Balldin (1999) följde upp 7 av de 12 kvinnor vid Lundens LVM-hem som personalen visste hade klarat sig utan återfall och som dessutom hade en positiv förändring i sitt sociala fungerande. Hon fann att de hade en positiv syn på främst relationsskapandet i vårdsituationen. Nordvall och Thalén (1997) fann också en positiv syn på vården i en uppföljning av de kvinnor som var gravida vid inskrivningen. I denna grupp var 11 av 17 drogfria vid uppföljning. Demografiska data är ganska dåliga för att identifiera personer med olika behov av insatser och var i livet de befinner sig. Att kvinnor ofta är mer relationellt orienterade än män är något som bör beaktas. Det verkar som om kvinnor vid "rätt tidpunkt" har beredskap att förändra sin livsstil trots en traumatisk bakgrundshistoria. Flera forskare har visat att kvinnors motivation påverkas gynnsamt av att ha barn liksom av hot om omhändertagande av barnen eller att man är på väg att föröda sitt liv genom prostitution och liknande (Fridell 2002; Johnsson & Fridell 1999; Kristiansen 2000, 2002; SBU 2001; Trulsson 1998). Tvångsvården kan ha bättre förutsättningar att lyckas om sådana iakttagelser används i behandlingen.

Svenssons (2001) observationsstudie från Lunden är mer öppet kritisk än Gerdners. Han menar att Lunden som institution i stort sett gör vad man kan förvänta. Men att tvånget och bristen på substantiellt vårdinnehåll leder till passivisering och anpassning på ett för klienterna olyckligt sätt.⁶ En konsekvens av detta skulle kunna vara fler behandlingsavbrott och rymningar.

Gerdner har redogjort för hittillsvarande (32) uppföljningsstudier inom LVM-vården (Gerdner i SOU 2004:3). Uppföljningstiden varierar mellan 6 månader och 2,5 år med ett genomsnitt på 12 månader. Genomsnittlig andel förbättrade i studierna var 30 procent. Gerdner gör en samlad bedömning av utfallet i LVM-vården och drar slutsatsen att LVM-vårdens effektivitet ökat med förbättrat utfall från cirka 25 procent till idag närmare 40 procent. Parallellt med förbättringar i en rad områden tycks dock inläggningarna åtföljas av försämringar i till exempel boendet. Gerdner menar sig se en skillnad i responsmönster mellan utagerande personer som tycks svara bättre på 12-stegsorienterad behandling jämfört med klienter med till exempel depressiva problem som svarar bäst på professionell eftervård. Strukturen under behandlingen betraktas som avgörande för att hålla nere dödligheten (Gerdner 2004). I de

⁵ Den utredningsmodell som den här rapporten beskriver fanns inte under de första åren av Gerdners studie och har förhoppningsvis inneburit en förbättring av tidigare rutiner och kontakter inne på Lunden.

⁶ Uppföljningsstudier har visat att den negativism som ofta präglar vårdtillfället ändras särskilt hos dem som ändrar sin livsstil och slutar missbruka. Detta visar också Balldins och Nordvalls och Thaléns rapporter.

studier som tar med ett diagnostiskt perspektiv finner man en psykisk samsjuklighet på mellan 70 och 80 procent, vilket är högt.

Larsson och Segraeus (2005) redovisar den hittills största uppföljningen av klienter som vårdats i LVM-/SoL-vård. Uppföljningen har gjorts efter 6 månader och klienter från sju LVM-institutioner ingår. Det är en före-efter-design som använts med DOK-formuläret som grund. Klienterna i undersökningen vårdades perioden 1999-08-01–2000-07-01. 154 av totalt 404 klienter som skrevs ut under perioden och som hade besvarat en lång inskrivningsintervju följdes upp. Studien har kompletterats med upplysningar via socialtjänstenkäter för 242 klienter (60%). Med två undantag behandlar LVM-institutionerna som följts upp män. Ett intressant sätt att redovisa är att man statistiskt bildat 3 missbruksmönster som visar sig ha prediktiv betydelse så att samtliga problemområden i DOK visar samband med typen av missbruksmönster. Dimensioner som boende, familjerelationer, ekonomisk situation, fysisk och psykisk hälsa samt kriminalitet ger en större förbättring för mönstergrupp 1 som består av personer som har ett återhållsamt missbruk efter utskrivningen. Sämst går det för dem som har ett huvudsakligen fortsatt missbruk. En allmän bedömning är att en tredjedel är förbättrade, en tredjedel oförändrade och en tredjedel försämrade.

Två svenska långtidsuppföljningar från jämförbara narkomangrupper

Två svenska uppföljningar av missbrukare som liknar Lundenuppföljningen mest är en två- respektive femårsuppföljning från Huddinge sjukhus av Davidsson och Magoulas (1992) respektive en femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare vid S:t Lars sjukhus av författaren med medarbetare (Fridell et al 1996c, 1998). Bägge studierna baseras på intervjuer med totalmaterial med ett konsekutivt urval med god representativitet och hög svarsprocent (92 respektive 90%) och validering genom registerdata. De flesta klienterna vårdades frivilligt enligt sjukvårdslagen i kontrast till Lundenkvinnorna. I korthet redovisar bägge studierna en betydligt högre grad av stabil drogfrihet vid uppföljning än samtida studier från tvångsvård. Cirka 40 procent var stabilt drogfria sedan flera år. Allra högst var nivån rehabiliterade kvinnor. I S:t Lars-studien var 55 procent av kvinnorna stabilt drogfria under minst två år mot 30 procent av männen (Fridell 1998; Fridell, Hesse & Billsten 2007). Bäst resultat hade de som fått lång efterbehandling efter avgiftningstillfället med 63 procent stabilt drogfria i minst 2 år.

Nivån av psykiska störningar är lika hög som i andra material. För dem som förbättrats märktes förändringarna i dimensioner som social funktion, kontaktnät, ekonomi och relationer. Men ensamheten var plågsam för många som slutat missbruka och de psykiska problemen hade ofta inte släppt. Drygt 60 procent mådde psykiskt dåligt med hög nivå av självmordstankar, depressionssymtom, ångest och diffusa obehag. De som hade slutat missbruka hade lägre symtomnivåer i SCL-90 än de som alltjämt missbrukade vid uppfölj-

ningen. Nivån av självmordsförsök var alarmerande hög, 45 procent (Johnsson & Fridell 1997, 1999; Johnsson 2002). Multiproblembilden i uppföljnings-samplet är jämförbar med den från Lunden. Den höga nivån av suicidförsök har sedermera bekräftats i andra jämförbara missbrukarpopulationer och till och med angetts till över hälften (Rossow 1994; Rossow & Lauritzen 1999). Dödligheten i S:t Lars-studien låg vid fem år på 0,5 procent per år och vid 15 år på 1,7 procent, motsvarande en Standard Mortality Rate (SMR) om 7,9 gånger högre än i köns- och åldersmatchade normalmaterial. Oavsett dessa nedslående uppgifter har i bägge studierna kvinnor betydligt högre förbättringsnivåer vid uppföljning än männen.

Könsaspekter på missbruket

Jämfört med män debuterar kvinnor tidigare i injektionsmissbruk av heroin och amfetamin. Kvinnliga drogmissbrukare prostituerar sig och utsätts för misshandel och övergrepp och har ofta mycket kaotiska relationer till män (Andersson 1990, 1996; Andersson et al 1986; Andersson, Fridell, Nilsson & Tunving 1986; Byqvist 1997; Fridell 2002; Tunving & Nilsson 1985).

Den kvinnliga identitet som flickor normalt utvecklar i samspelet med jämnåriga väninnor hämmas i en mansdominerad missbruksmiljö (Fridell 2002; Grufman Kalén 2002; Bjerrum Nielsen & Rudberg 1991). Det gör att frågor om kvinnornas missbruk och livsstil inte kan betraktas oberoende av ett genusperspektiv (Bergström 1998). Kvinnors specifika sårbarhetsmönster, familjeproblem, anpassningsproblem och relaterandeproblem i uppväxten och i den aktuella livssituationen behöver därför belysas (Bergman & Wångby 1998; Berg 2002; Rydelius 2002; Sarnecki 1996). Många missbrukare har huvudsakligen ett professionellt nätverk bestående av behandlare och tjänstemän. Skårner (2001) menar att kvinnors nätverk dessutom är mindre och mer sårbart än männens, delvis i motsats till vad som är vanligt i normalbefolkningen. Hon framhåller bristen på åldersnaturliga relationer, inte sällan begränsade till föräldrar eller släktingar. En forskningsfråga är om Lundenkvinnornas sociala nätverk varit "fattigt" på kvinnliga kontakter, hur dessa sett ut, och om bristen på kvinnliga kontakter i en mansdominerad missbrukstillvaro medför att förmågan till känslomässig kommunikation, inkännande och att vara kvinna tillsammans med andra kvinnor kanske "avlärs" i en manschauvinistisk miljö där män är överrepresenterade. Perspektivet implicerar att brister i att relatera inte nödvändigtvis måste tolkas som utslag av tidiga anknytningsproblem (Fridell 2002).

Kvinnor med narkotikamissbruk har redan innan de kommer i vård en mycket tung belastning som är minst lika dramatisk och allvarlig som den för män i motsvarande åldersgrupper (Fridell 2002). En tidigare jämförelse mellan Lundens kvinnor och kvinnorna i kohorten om 125 personer i en fem-årsuppföljning från S:t Lars visade mycket få skillnader. Trots en minst lika stor psykosocial belastning som hos männen tycks kvinnor ha positivare utfall

vid fleråriga uppföljningar än män (Davidsson & Magoulas 1992; Fridell et al 1996a, 1996b, 1998, 2002; SBU 2001: kap 3). Kvinnornas syn på sina relationer, uppfattning om vad som skapar en fungerande relation, anhörigkontakter, vän- och kärleksrelationer, relationer till kvinnor i vårdsituationen och långa stabila kontakter i och utanför "vårdsvängen" är en del av nödvändiga betingelser för att förstå faktorer bakom drogfrihet och återfall (Bergström 1998; Fridell et al 1996; Johnsson 2002; Kristiansen 2000).

Vändpunkter i missbruket har för kvinnor i högre grad än för män varit "att bli förälder" (Bergström 1998), att förlora fotfästet/ansiktet eller riskera en relation (Johnsson 2002) och att förlora kontrollen i drog- och anhörigkontakter (Johnsson & Fridell 1999). Kvinnor med barn måste få hjälp att bibehålla sin anknytning till barnen under vård och eftervård (Glaser et al 1996; Hiller et al 1996; Hughes et al 1996; Trulsson & Nötesjö 2000).

Undersökningen

Syfte

Syftet med denna studie är att beskriva situationen för en kohort LVU-flickor och LVM-kvinnor fem år efter indexvårdtillfället vid Lunden och studera förändringar som har skett under tiden fram till uppföljningen samt att beskriva hur situationen ser ut vid uppföljningen. Särskilt viktigt är att studera hur olika psykologiskt/psykiatriskt relaterade problem och tillgångar inverkar på utfallet över längre tid. Hit hör också kvinnornas egna upplevelser av sina problem, sin utveckling och den vård de fått.

Frågeställningar

Hur ser utvecklingen ut för LVU- respektive LVM-vårdade kvinnliga klienter över ett flerårigt perspektiv ifråga om:

- Hur representativ är gruppen intervjuade för hela kohorten och för Lunden i sin helhet?
- Hur har utveckling av drogvanor och alkoholvanor sett ut över de fem åren?
- Vilka förändringar i social funktion och sysselsättning har ägt rum?
- Vilka är förändringarna i socialt nätverk, relationer, familj, och eventuella barn?
- Hur har psykisk funktion och psykisk hälsa förändrats över tid?
- Hur påverkas missbruket och livssituationen av kvinnornas psykiska mående?
- Hur inverkar personlighetsfaktorer på förloppet?
- Vilka erfarenheter finns av riskbeteenden och utsatthet, våldserfarenhet och övergrepp?
- Hur speglar intervju- och registerdata förändringar i kriminalitet och vilka åtgärder från rättsväsendet finns registrerade?
- Hur ser kvinnornas vårdsökande och behandling ut – upplevelser av vården över tid?
- Hur är kvinnornas upplevelse av bemötande och stöd för specifika behov i LVM-/LVU-vård/behandling ?
- Vilka faktorer upplevs ha underlättat förändring av livsstil och beroendeproblem?
- Vad är kvinnornas egen upplevelse av sin situation som missbrukare och kvinna?

Metod

Undersökningsgrupp och basdata

En kohort inskrivna åren 1997–2000 bestående av 52 flickor tvångsvårdade jml LVU (av totalt 92) och 80 kvinnor tvångsomhändertagna enligt LVM (av totalt 138) utreddes med avseende på AXEL-I-störningar (SCID I eller psykiaterbedömning), AXEL-II-störningar, personlighetsstörning SCID II enl DSM-IV), psykopat checklistan (PCL-R), symtom (SCL-90) och personlighetsdrag (BCT, CMPS).

Bakgrundsdata om till exempel drogvanor vid inskrivningsvårdtillfället har inhämtats för hela den behandlade populationen. Till detta kommer somatisk sjuklighet kartlagd med ett särskilt hälsoformulär utarbetat av WHO (Thulin & Jansson 1993). En kort version av DOK fanns för samtliga kvinnor i LVM-kohorten medan den längre versionen av DOK fanns enbart för 79 av 138 (57%). ADAD-data fanns för 44 av 92 personer (48%). Bara för 35 procent av de aktuella flickorna var ADAD-inskrivningsintervjuer genomförda fullständigt. Viktigast och mest konsistent har därför varit Iréne Janssons data från de kliniska intervjuerna, ibland kompletterade med uppgifter från bland annat KIA-systemet. Uppföljningen gjordes enbart med DOK-uppföljningsformuläret för att få största möjliga enhetlighet och jämförbarhet i data.

DOK- och ADAD-data kompletterades i Lundensamplet med uppgifter från standardiserade utredningar och annan information för de 132 klienterna. Diagnostiskt användes dels ICD-systemet för de formella psykiatriska och somatiska diagnoserna, dels det amerikanska DSM-III-r och DSM-IV-systemet (American Psychological Association 1987 och 1994). I motsats till föregångarna DSM-I (1954) och DSM-II (1967) bygger diagnoserna här på beteendeskattningar av olika kliniska manifestationer. Diagnostiken av personlighetsstörning illustrerar dess ideologi och praktik. Kriterierna bygger på empiri och kliniska prövningar samt på klinisk konsensus mellan forskare som definierat de olika psykiatriska störningarna. För varje personlighetsdiagnos skall ett bestämt antal kriterier, t ex 5 av 9, vara uppfyllda och när det kritiska antalet kriterier uppnås ställs diagnosen. Uppnår personen inte alla de erforderliga kriterierna ställs diagnosen inte. Vid personlighetsstörning används i Lundenstudien den standardiserade modulen i SCID-II (Allgulander 1988) som minimerar en del nackdelar med enbart kliniska diagnoser. Där flera diagnoser ställs görs en rangordning för att kunna avgöra vilken diagnos som är mest betydelsefull för att definiera problemet och utforma en adekvat behandling.

Axel-I-diagnos utgörs i det här sammanhanget dels av missbruksproblematiken dels av de psykiatriska störningarna. Dessa bedöms alltid av Lundens egen läkare eller psykiater vid annan specialistenhet. Personlighetsstörningarna har bedömts av enhetens psykologer. DSM-diagnoser används för missbruk och beroende samt för att mäta alkoholkonsumtion. Måtten används både vid index och vid uppföljning (tabell 1). Klinisk diagnostik har en lång tradition inom psykiatrin och det är kombinationen av data som

ställer störst krav på den kliniskt verksamma bedömaren. I amerikansk litteratur framhålls ofta att en psykiater eller psykolog som ställer en klinisk diagnos utan standardiserade frågebatterier nöjer sig som regel med endast en huvuddiagnos, medan bedömare som använder standardiserade instrument som SCID-II-intervju ofta registrerar två eller flera diagnoser samtidigt för en och samma patient. Samtidigt har några studier av bland annat Kranzler et al (1997) och Fridell och Hesse (2006) visat att klinisk diagnos kan vara bättre än de formella bedömningsinstrumenten, eftersom det mest karakteristiska i klientens problem fokuseras tydligare i den kliniska diagnosen. En ny engelsk meta-analys som beskriver inverkan av personlighetsstörning på utfallet i depressionsbehandling argumenterar kraftfullt för användningen av klinisk diagnostik jämfört med den gängse intervjumetodik med standardiserade formulär i forskningssammanhang (Newton-Howes, Tyrer & Johnson 2004). På Lunden används SCID tillsammans med en klinisk bedömning för att avgöra vilken diagnos som av behandlingsskäl bör prioriteras. Det skall understrykas att DSM-förfarandet skiljer sig från andra diagnostiska modeller som t ex Kernbergs (1974) Personality Organisation som tar med såväl personlighetsdrag, utvecklingsaspekter som psykotiskt tänkande i bedömningen (Bertling 2002; Bertling, Andersson, Keijser, Rolandsson et al 1993).

I tabell 1 återges kriterierna för missbruk. Ett eller fler av kriterierna ska vara uppfyllda under samma tolv månadersperiod för att diagnosen missbruk ska ställas. I tabell 2 redovisas kriterierna för beroende där minst tre

Tabell 1. DSM-IV kriterier för missbruk

Missbruk:

1. Upprepad användning av alkohol och droger som resulterat i att man misslyckas med att fullgöra sina skyldigheter i skola, arbete eller hemmet.
 2. Upprepad användning av alkohol och droger i situationer som medför betydande risker för fysisk skada.
 3. Upprepade alkohol- och drogrelaterade problem med rättvisan.
 4. Fortsatt alkohol- och droganvändande trots ständiga eller återkommande problem av social eller mellanmänsklig natur.
-

Tabell 2. DSM-IV kriterier för diagnosen beroende

Beroende:

1. Behov av påtaglig dosökning för att nå den önskade effekten.
 2. Abstinensbesvär vid avbrott i tillförsel av alkohol eller droger.
 3. Alkohol- eller drogintag i större mängd och under längre tid än vad som avsågs.
 4. Varaktig önskan eller misslyckade försök att minska eller kontrollera intaget.
 5. Mycket tid ägnas åt att försöka få tag på, använda och hämta sig från effekterna av alkohol- eller drogbruket.
 6. Viktiga sociala aktiviteter överges eller minskas på grund av alkohol- eller drogbruket.
 7. Bruket av alkohol eller droger fortsätter trots vetskap om fysiska eller psykiska besvär som sannolikt har förvärrats av alkoholen eller drogen.
-

Tabell 3. Indelning av alkoholkonsumtion i olika operationellt definierade nivåer.⁷

Låg alkoholkonsumtion:

För kvinnor: 0,1–0,5 flaskor vin/1–2 burkar starköl/1–17 cl starksprit per vecka.

För män: 0,1–1,25 flaskor vin/1–3 burkar starköl/1–27 cl starksprit per vecka

Måttlig alkoholkonsumtion:

För kvinnor: 0,25–1,25 flaskor vin/3–4 burkar starköl/18–25 cl starksprit per vecka.

För män: 1,25–2,25 flaskor vin/4–8 burkar starköl/28–48 cl starksprit per vecka.

Hög alkoholkonsumtion:

För kvinnor: 1,25–1,9 flaskor vin/5–8 burkar starköl/26–49 cl starksprit per vecka.

För män: 2,25–2,9 flaskor vin/9–11 burkar starköl/49–74 cl starksprit per vecka.

Mycket hög alkoholkonsumtion:

För kvinnor: 3 eller fler flaskor vin/9 eller fler burkar starköl/50 cl starksprit eller mer/vecka

För män: 4 eller fler flaskor vin/12 eller fler burkar starköl/75 cl starksprit eller mer/vecka

av kriterierna krävs. I likhet med missbruk innebär *beroende* ett maladaptivt alkohol- eller drogbruk som medför funktionsnedsättningar av klinisk valör, men tillståndet är förvärrat.

Nivåerna av alkoholkonsumtion kan definieras som konsumtionsmängd per vecka. Denna indelning motsvarar i stort det som vi kan poängbestämma med hjälp av självskattningsinstrumentet AUDIT. Med en sådan mer nyanserad beskrivning kan intervjuarna ganska lätt kvantifiera konsumtionsmängder som uppges av de före detta klienterna.

Utöver bedömningen av missbruk och beroendetillstånd (se appendixtabell 1, 2 och 3) kan alkoholproblem bedömas utifrån kategorierna i appendixtabell 3 och kompletteras i den här studien med AUDIT som är ett formellt screeningsinstrument (Bergman & Källmén 1994; 2000).

I rapporten beskrivs den speciella metodik som har använts vid bedömningar av dödsorsaker och registerdata. *Dödsorsaker* har initialt inhämtats från Epidemiologiskt Centrum (EPC) vid Socialstyrelsen. Men eftersom en hel del inkonsistenser uppdagades i de filer som levererades begärdes alla dödsorsaksintyg i pappersformat. Dödsorsaksintygen har därefter ombesörts av rättsmedicinsk expertis efter komplettering med obduktionsrapporter och laboratorieanalyser. Preparat som funnits i blodet vid dödsfallet har därmed blivit avgörande för bedömningen. Kriminalregister utgörs här av data från lagföringsregistret på Brottsförebyggande rådet. Dessa har standardiserats med hjälp av programvara som vi fått från professor Eckart Kühlhorn. Data från EPC om sjukhusinläggningar omfattar i denna redovisning till och med år 2004.

⁷ För drogmissbruk finns inga motsvarande definitioner bl a då användning av droger är kriminellt.

Implementering av studien

Genom att Lunden hade ett inarbetat utredningsförfarande som riktat sig till såväl LVM- som LVU-klienterna och personalen var van vid forskningsprojekt sedan tidigare, var stödet från personalen mycket gott. Varje år under projektet återfördes de resultat som framkommit i undersökningen vid gemensamma möten på Lunden. Att stabspersonalen från chefen, Rickard Amylon och Iréne Jansson till forskningsassistent Johan Billsten varit anställda vid Lunden sedan flera år och var väl kända bland både personal och klienter underlättade genomförandet. Johan Billsten hade lätt att kontrollera om klienter som ingick i studien hade skrivits in på Lunden eller på någon annan SiS-institution och kunde kontaktas utan att behöva röja för personal utanför projektet vilka klienter som ingick i urvalet. Stödet från SiS huvudkontor och samarbetet med kollegorna där har varit mycket okomplicerat och effektivt. Att flera av Lundens klienter hållit en regelbunden kontakt med Lundens personal bidrog också gynnsamt till den goda uppföljningsnivån.

De socialsekreterare som hade varit ansvariga för placeringen av klienter vid Lunden spårades och kontaktades redan år 2003 för att informeras om studien. För att stimulera deras intresse fick alla en kopia av den tidigare rapporten författad av Iréne Jansson och Mats Fridell (2003). Vi informerade samtidigt om hur spårningsförfarandet gick till och om innehållet i beslutet från den regionala forskningsetikkommittén. Vidare informerades om hantering av sekretess- och etikfrågorna. Socialsekreterarna kunde sedan i nästa led vidarebefordra informationen till klienterna.

Den första kontakten med socialsekreterarna togs av en anställd vid Lunden, Susanne Beckvall, som nådde 69 av de 80 kvinnorna i LVM-gruppen, ibland via deras socialsekreterare. På så vis spårades en del alternativa adresser till klienterna utöver dem som erhöles från myndigheter. Samtalen gav också besked om klient och socialsekreterare alltså hade kontakt så att vi kunde få en kort lägesbeskrivning. Vi bad också socialsekreterarna att berätta för klienterna om studien i det fall våra brev inte nådde fram och hoppades med denna första insats skapa en positiv attityd till undersökningen. Vid tidpunkten för undersökningsstarten (2003) var sex döda, två vägrade medverka och uppgift saknades om 7 personer. Samtliga klienter som nåddes via sin socialsekreterare eller direkt av projektmedarbetare medgav att intervjuarna fick ta kontakt för att bestämma tidpunkt för intervju.

Den första kontakten med klienterna togs "inifrån" Lunden av kontaktperson/anställd vid Lunden; Iréne Jansson, Susanne Beckvall samt Johan Billsten genom ett privatbrev utan myndighetsstämpel. Brevet sändes till hemadress samt till det socialkontor kvinnorna förmodades tillhöra. Först sedan klienten gett sitt tillstånd till intervju fick intervjuare utöver Johan Billsten och Iréne Jansson veta personens identitet. I LVU-gruppen medgav 40 personer av 52 att forskarna fick kontakta dem för uppföljning. Fem personer vägrade, resten kunde inte spåras under det första året. Ingen var död i LVU-gruppen

vid intervjuundersökningens början men två avled innan vi hann intervjua dem. Av de 80 utredda nåddes 70 LVM-kvinnor initialt och samtliga medgav intervju. Sex hade avlidit när studien påbörjades och 5 vägrade att medverka. Svaret från klienterna återsändes liksom inbjudan i anonymt förfrankerat brev. Först när kvinnorna medgett en intervju kontaktades de igen med ett officiellt bekräftande brev avsänt från Institutionen för psykologi vid Lunds universitet som innehöll en närmare beskrivning av rutinerna för studien. Medgivandet vid intervjun återfinns i appendix 3.

Tillvägagångssättet för att bevara sekretessen har använts tidigare i flera projekt av forskningsledaren. Den som kontaktas har alltid möjlighet att avstå från att delta såväl vid den initiala kontakten som att avbryta i ett senare skede oavsett om man tidigare medgivit medverkan. Introduktionsbrevet till klienterna från Lunden respektive universitetet redovisas i bilaga 2. Förfarandet är måhända något omständligt men har utformats för att ingen klient skall känna att myndigheten kompromissar med sekretessen kring deras tidigare institutionsvistelser.

Sökandet efter kvinnorna

Spårandet av klienter gjordes genom skattemyndigheten, SiS huvudkontor, socialkontoren på klienternas hemort, register för anstaltsplaceringar inom kriminalvården, PAS-registret inom sjukvården, samt personlig kontakt och kännedom från anställda vid Lunden. Regelbunden kontakt togs med avgiftsenheterna i regionen, med sprutbytesprojektet samt vissa behandlingshem som varit remissinstanser för Lunden. Vidare gjordes sökningar kontinuerligt inom SiS för att kunna nå dem som eventuellt blev föremål för förnyade tvångsomhändertaganden. Klienterna i studien var bosatta på över 40 olika orter runt om i Sverige, vilket i intervjufasen medförde långa resor över hela landet. Genom att en femtonårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare med anslag från Mobilisering mot Narkotika bedrevs parallellt med Johan Billsten som anställd vanns betydande synergieffekter.

Uppföljningsintervjun

Intervjuerna var halvstrukturerade, uppbyggda kring DOK-uppföljningsformuläret med åtföljande Time-Line-Follow-Back kompletterad med nedan beskrivna test och skattningsskalor. Klienten informerades om att intervjun tog mellan 2,5 och 4 timmar i anspråk. Intervjuerna gjordes som regel på den tidigare klientens hemort, i hemmiljön eller annat alternativ som klienten föreslog. I några fall genomfördes intervjun under pågående institutionsvård eller i fängelse. Av 109 fullständiga intervjuer erhöles kompletta testdata för 103 av klienterna. Den vanligaste orsaken till att en fullständig intervju inte kunde göras var att klienterna var psykiskt sjuka eller psykotiska vid intervjutillfället och att man bedömde det som oetiskt att utsätta personen för påtryckningar. Inför varje intervju uppmanades intervjuaren gå igenom

kvalitetsmallen för att kontrollera att alla förutsättningar var uppfyllda (appendix 4).

Vid genomförd intervju fick klienten ersättning för att ha medverkat i intervju samt resor. Detta följde avtalet i forskningsansökan och etiktillståndet från forskningsetikkommittén.

Test och bedömningsinstrument

Eftersom instrumenten som använts är publicerade hänvisas till originalreferenserna.

- Uppföljningsmodulen i DOK respektive ADAD (modifierad).
- Frågor kring problemområden i DOK/ADAD följda kontinuerligt halvårsvis med Time-Line-Follow-Back-teknik (Sobell & Sobell 1982).
- Screening av problemnivå kring alkohol (AUDIT) (Bergman & Källmén 2000).
- Personlighetstest – Basic Character Trait Test – BCT (Cesarec & Fridell kommande).
- Personlighetstest – Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS) enbart vid indexvårdtillfället (Cesarec & Marke 1968).
- Symtomskala – Symtomchecklistan SCL-90 (Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen 2002).
- Individual Schedule for Social Integration – ISSI (Henderson, Duncan-Jones, Byrne & Scott 1980; Orth-Gomér & Johnson 1980).
- Känsla av sammanhang (KASAM; Hansson & Olsson 2001).
- Hälsoformuläret: SF-36 (Sullivan, Karlsson & Ware 1995; Sullivan & Karlsson 2002).

Modellen har använts helt eller delvis i flera av de projekt som projektansvarig forskare lett och avrapporterat. Erfarenheterna av intervjuförfarandet är förvånansvärt positiva med tanke på omfånget. Även med 10 standardiserade test och skalor, en uppföljningsintervju och en omfattande Time-Line-Follow-Back-intervju har få intervjuer behövt avbrytas eller förkortas. Det finns således kompletta data för 109 av klienterna av vilka 108 är bedömda vid 5 år eller senare, och för 103 personer när också samtliga instrument har insamlats. Där modifieringar behövt göras har det handlat om klienter som är psykotiska, djupt deprimerade eller narkotikapåverkade under intervjun. En vinst med face-to-face-intervju var att intervjuarna kunde bedöma om klienten var drogfri vid intervjutillfället. Intrycket är att klienterna är öppna och ärliga i sina svar. Reliabiliteten vid mätning i den aktuella kohorten är rimligt hög till hög för att möjliggöra gruppjämförelser.

Intervjudata kompletterades med registerdata som använts såväl för bortfallsanalys som för validering av insamlade uppgifter. Sådana register hämtas från SCB/BRÅ, påföljdsregistret, EPC:s dödsorsaksregister och slut-

Tabell 4. Reliabiliteten i test och skattningsskalor vid indexvårdtillfället (n=132) resp uppföljning (n=109) mätt med Cronbach's Alpha i den undersökta gruppen

	Indexvårdtillfället	5-årsuppföljning
Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS)	r = .65	
Basic Character Trait Test (BCT)	r = .80	r = .68
Screening av problemnivå kring alkohol (AUDIT)		r = .67
Symptom Checklist 90 (SCL-90)	r = .94	r = .96
Individual Schedule for Social Integration (ISSI)		r = .79
Känsla av sammanhang (KASAM)		r = .54
Hälsöformuläret (SF-36)		r = .80

envårdsregister vid Socialstyrelsen, SiS egna registeruppgifter samt som en extra kontroll, socialsekreterares bedömning. Eckart Köhlhorn har för tiden 1975 till 2004 gjort en total registersökning av kriminaliteten i hela kohorten (n=230). Både möjligheterna till validering av egna uppgifter från klienterna och utfallsmått har på så vis säkrats. Därutöver kompletterades studien med andra registerdata som nämnts ovan. På grund av rapporteringsfördröjning måste sådana insamlas så nära slutet av studien som möjligt för att få en aktuell uppdatering, de sista i december 2006.

Tillförlitlighet i intervjudata v s registerdata – konvergent validitet

Den konvergenta validiteten i intervjudata för kriminalitet redovisad i uppföljningsintervjun (Time-Line-Follow-Back) kontrollerades mot lagföringsdata för uppföljningsåren 2000 till 2004 för 106 personer. Sex olika brottstyper jämfördes samt påföljden fängelse. Förfarandet innebär att varje kvinna hade 10 observationer om hon blivit utskriven år 2000 och intervjuades år 2006.

För varje utfallskategori som utgörs av olika typer av brott analyserades en Maximum Likelihood Random Effects Logistic Regression för att studera om självrapporterad brottslighet i en given kategori hade samband med observerade brott i lagföringsregistret för samma kategori av brott. Med kontroll för andra brott framgick att sambandet mellan de två datamedierna var signifikant men måttligt högt. Självrapporterade data visade signifikant samband med förekomsten i lagföringsregistret (OR 6.66, Z= 3.76, $p < .001$). Över- respektive underrapportering varierade något från år till år. Efter kontroll för "andra" brott och fängelsestraff var drogbrott i lagföringsregistret signifikant relaterade till självrapporterade narkotikabrott (OR=5.17, Z=3.33, $p < .01$). Fängelse var också vanligast vid drogrelaterade brott (OR=4,24, Z=2.65, $p < .05$). När det gäller enskilda brottstyper visade studien att underrapportering var selektiv så att våldsbrott underrapporterades medan andra brott tenderade att överrapporteras.

I Appendix redovisas överensstämmelsen mellan olika data. Korrelationer mätt med Kappa (k) är ett konservativt mått i det här sammanhanget och procentuell överensstämmelse kan vara mycket hög (och ibland vice versa) även om k är lågt (appendixtabell 4 och 5).

Statistisk analys

Jämförelser redovisas i absoluta tal och i procent och signifikansprövningar har gjorts med Chi². För data på intervallskalenivå har beräknats medelvärden och spridningar och de statistiska jämförelserna gjordes med t-test och variansanalys. Reliabilitetsberäkningar har utförts med Cronbach's Alpha. Validiteten i intervjudata jämfört med registerdata har analyserats med en Logistic Regressionsmodell med kontroll av covariat. De enskilda variablerna redovisades sedan med Odds-kvoter och korrelationer beräknade med Kappa (*k*). I en förloppsbeskrivning med en Time-Line-Follow-Back-modell beskrevs olika områden halvårsvis bakåt i tiden utifrån DOK-uppföljningens uppgifter och de mest diskriminerande modellerna togs ut med hjälp av klusteranalys. Statistikprogrammen SPSS 14,0 och STATISTICA 8,0 användes i beräkningarna.

Etik

Intervjupersonerna har vid indexvårdtillfället lämnat informerat samtycke till bedömning och till en kommande uppföljning. Inskrivningsdata "tillhör Lunden" och används som baselinedata vid en uppföljning och är ett komplement till ADAD- och DOK-data.

Medan journaluppgifter "tillhör" Lunden och samlas in för att kunna användas i fortlöpande kvalitetsarbete, är uppföljningsdata underkastade forskningssekretess och redovisas endast på gruppnivå. Intervjuarna är erfarna psykologer/socionomer/psykoterapeuter, vana vid intervjuuppföljningar av missbrukare från tidigare forskningsprojekt. Personuppgifter avidentifieras när alla data samlats in slutgiltigt och data förvaras inlåsta i kassaskåp på Institutionen för psykologi dit enbart projektledaren har nyckel. Ljudband förvaras också inlåsta i kassaskåp och avidentifieras efter avslutat projekt. Studien har godkänts av forskningsetikkommittén vid Lunds universitet 2001, (LU 670-01). Ett kompletterande etiktillstånd för utvidgade registerstudier beviljades 2005 (Dnr 586/2005). Rutiner för hantering av personuppgifter och känsliga uppgifter följer regelverket vid Lunds universitet, vilket intervjupersonerna informeras om vid intervjutillfället. Forskningsregister för studien finns registrerat på Lunds universitet.

Utöver forskningsetikkommitténs tillstånd har sekretessprövningar gjorts vid de olika registermyndigheterna; BRÅ och EPC samt vid utlämning av obduktionsmaterial från lokala rättsmedicinska kliniker. Vid uppföljningsintervjun undertecknar klienten ett dokument där varje moment i studien godkänns. Dels godkänner klienten den aktuella intervjun, dels att vi får söka registerdata. Samtliga register preciseras. Därutöver undertecknar klienten tillstånd till att vi får återkomma med en förnyad uppföljning om detta blir aktuellt och att vi får kontakta anhöriga och myndighetspersoner om vi inte lyckas nå klienten personligen. Det skall betonas att klienten har rätt att avstå från att medge tillstånd i alla delar av studien men ingen har använt sig av

den möjligheten (appendix 3). Varje intervjuad har informerats om sin rätt att ta del av resultat av de formulär som analyseras liksom att hon kommer att få ta del av en förkortad rapport.

Material

Representativitetsanalys

I representativitetsanalysen jämförs bakgrundsvariablerna som sammanställts från DOK och ADAD kompletterade med personlig intervju vid inskrivningstillfället. Data finns för både de utredda i LVM-samplet ($n=80$) och dem som inte utretts ($n=58$), samt för dem som utretts i LVU-samplet ($n=52$) respektive dem som inte blivit utredda ($n=40$). I tabell 5 anges ibland enbart typvärden och bortfallet utesluts, varför procentsummorna ibland inte summerar till 100.

Tabell 5 bygger på en sammanvägning av befintlig information med DOK eller ADAD där data varit tillgängliga. Det är således 61 procent av LVM- och 57 procent av LVU-kohorten som utretts grundligt och vilka följs upp. Representativitetsanalysen svarar på frågan i vad mån resultaten kan generaliseras till hela kohorten.

LVM-kohorten – utredda och ej utredda

Kort-DOK-data vid inskrivningstillfället fanns insamlade för 80 personer i LVM-samplet och 57 i jämförelsegruppen, totalt 125 kvinnor. Av dessa fanns den längre versionen av DOK-intervju för 55 respektive 24 kvinnor (57%). Samplet var marginellt yngre ($m=26.8$, $Sd=5.82$) än jämförelsegruppen ($m=29.5$, $Sd=8.51$, $t = 2,1$, $p < 0,04$).

Placeringsorsaken (§ 4- och § 13-placeringar) jämförs i de två grupperna, vem som initierat ansökan och hur många tidigare vårdtillfällen enligt LVU eller LVM som förekommit. Vidare undersöks antalet månader i tidigare dygnsvård inklusive psykiatrisk slutenvård, aktuell öppenvård och klientens engagemang i AA eller NA. Inga signifikanta skillnader noterades. Andelen kvinnor med narkotika som huvudproblem (beroende eller missbruk) är lika stor i urvals- som i jämförelsegruppen (över 90%) och missbrukspreparaten är proportionellt jämförbara. Amfetamin och heroin dominerar. Alkohol är ovanligt som problem och få har ett alkoholberoende. Debutålder för olika preparat skiljer inte grupperna åt.

Andra bakgrundsvariabler som jämförs är födelseland, andelen med utländska föräldrar, om man vuxit upp hos biologiska föräldrar och om det under uppväxten förekommit psykiska störningar hos förälder eller missbruk i familjen. Andelen fosterhemsplaceringar under uppväxten, socialgruppsstillhörighet och skolutbildning jämförs. Inga av dessa variabler skiljer gruppen utredda från gruppen icke-utredda. Vidare jämförs andelen med bostad respektive bostadslösa, civilstånd, och andelen med partner som missbrukar, andelen som har barn och huruvida dessa är omhändertagna av sociala myndigheter.

Vidare redovisas psykiska problem, andelen med personlighetsstörning, suicidförsök och andelen som försörjer sig på prostitution. Dessa data jämfördes med standarddata (ADAD/DOK). Inga signifikanta skillnader framkom.

Andelen med somatiska sjukdomar vid indexvårdtillfället är lika stor i bägge grupperna och lika många uppger att de upplevt fysiska hälsoproblem under den senaste månaden. Sju kvinnor i samplet är gravida mot 2 i jämförelsegruppen. Andelen positiva HIV-tester i samplet och i jämförelsegruppen är densamma och det gäller också andelen smittade med Hepatit B och C. Jämförelser mellan utredda och icke utredda klienter i LVM-gruppen visar få skillnader utom den för ålder.

Tabell 5. Bakgrundsvariabler. Jämförelser av utredda och icke-utredda klienter inom LVM- och LVU-gruppen

	LVM: Sampel (n=80)		LVM: Ej utredda (n=58)		t-värde eller Chi-2	LVU: Sampel (n=52)		LVU: Ej utredda (n=40)		t-värde eller Chi-2
	M	Sd	M	Sd	t	M	Sd	M	Sd	t
Ålder	26,8	(5,824)	29,5	(8,509)	t = -2,1, p <.04	18,7	(0,83)	17,9	(1,2)	0,13 n.s.
Fosterhem – ggr	0,96	(2,10)	1,46	(3,80)	-1.08 n.s.	31%		–		
Dygnsvård f missbr	9,47	(19,9)	7,05	(14,7)	0,68 n.s.	2,0	(6,30)	–		
Antal LVU-tillf	1,09	(3,83)	0,79	(2,17)	0,54 n.s.	38%		25%		
Antal LVM-tillf	0,45	(0,75)	0,61	(1,43)	-0,85 n.s.	–		–		
Kriminalitet sen 30 d	7,78	(11,88)	5,91	(9,80)	0,98 n.s.	8,1	(10,35)	10,1	(13,12)	0,48, n.s.
Snitt antal brott						4,7	(3,1)	2,2	(2,4)	3,2 ₍₈₉₎ , p<.01
Debutålder										
Alkohol	13,3	(2,77)	15	(8,47)	1,10, n.s.	12,3	(1,87)	13,3	(2,8)	0,3 ₍₃₉₎ , n.s.
Heroin	18,8	(4,2)	19,9	(5,49)	0,76, n.s.	15,9	(1,75)	17,0	(1,58)	1,23 ₍₃₅₎ , n.s.
Amfetamin	16,4	(4,0)	18,1	(5,20)	1,2, n.s.	15,2	(1,66)	15,8	(1,49)	0,8 ₍₃₅₎ , n.s.
Cannabis	14,9	(3,0)	14,1	(3,81)	0,23, n.s.	14,18	(1,55)	14,3	(1,49)	0,21 ₍₄₁₎ , n.s.
Dgr detox senaste år	5,65	(12,24)	5,58	(13,5)	0,03, n.s.					
Svensk medborgare	89		87			67		63		1,7 ₍₂₎ , n.s.
Socialgrupp										
Socialgrupp I	4		4			4		3		
Socialgrupp II	26		11		1,51, n.s.	16		13		0,24 ₍₂₎ , n.s.
Socialgrupp III	69		43			80		84		
Skola										
Ej avslutad grundsk	23		19			25		34		
Avslutad grundsk	43		57		2,2 ₍₃₎ , n.s.	71		54		5,6 ₍₃₎ , n.s.
Gymnasium	28		22			2		9		
Högskoleutb	7		3			0		0		

Tabell 5. Fortsättning

	LVM: Sampel (n=80)		LVM: Ej utredda (n=58)		t-värde eller Chi-2	LVU: Sampel (n=52)		LVU: Ej utredda (n=40)		t-värde eller Chi-2
	M	Sd	M	Sd	t	M	Sd	M	Sd	t
Civilstånd										
Ensamstående	68		60		1,65 n.s.	92		90		3,5 ₍₃₎ n.s.
Gift	21		24			7		5		
Franskild	6		10			0		0		
Förälder haft psykiska problem										
Ja	55		33		8,61 n.s.	29		20		
Ej uppgift	5		3			2		2		
Missbruk i uppväxtfamiljen										
Missbruk	57		59		0,02 ₍₁₎ n.s.	43		53		7,9 ₍₂₎ p<.02
Ej uppgift	5		3			0		13		
Psykisk sjukdom i uppväxtfamiljen										
Ja	32		52			30		20		8,3 ₍₂₎ p<.02
Ej uppgift	–		–			4		2		
Har egna barn	43		53		1,62 ₍₃₎ n.s.	4		5		1,1 n.s.
Bostad										
Egen bostad	43		51		5,43 ₍₃₎ n.s.	20		18		28,238, p<.00
Släkt och vänner	12		7			30		13		
Behandlingshem	0		3			17		51		
Bostadslös	12		25			33		18		
Vanligaste missbruk										
Narkotika	90					96				
Opiater	36		30		0,34 ₍₃₎ n.s.	27		15		12,2 ₍₅₎ p<.03
Central-stimulantia	33		37			58		51		
Vanligaste personlighetsstörning										
Borderline	26		16			15		17		
Antisocial/ conduct	25		–			39		44		
Suicidförsök – Ja	52		45		0,72 n.s.	42		38		0,19 n.s.
Prostitution – Ja	38		35		1,16 n.s.	23		15		3,32 n.s.

LVU-kohorten – utredda och ej utredda

LVU-kohorten består av något färre personer än LVM-kohorten; 52 utredda och 40 icke utredda i jämförelsegruppen. ADAD-data var som tidigare nämnts insamlade för totalt 40 flickor av 92, 34 i samplet och 10 i jämförelsegruppen (48%). ADAD-data var därför otillräckliga för jämförelserna vid inskrivningen. Därför har färre statistiska jämförelser av representativiteten kunnat göras i LVU-gruppen. Iréne Janssons egna intervjudata från intagningsbedömningen har använts, i några fall kompletterade med KIA-data.

Följande skillnader finns mellan utredda och icke utredda i LVU-materialet: Färre i jämförelsegruppen (20%) än i samplet (29%) har haft förälder med psykisk störning medan det är fler (53%) i jämförelsegruppen än i samplet (43%) som haft förälder med missbruksproblem. Det är vidare färre i gruppen utredda klienter som bor på behandlingshem och fler som är hemlösa vid indexvårdtillfället än i gruppen icke utredda ($\chi^2=28,2$, $p < .000$). Opiater är något vanligare i gruppen utredda än i jämförelsegruppen ($\chi^2=12,2$, $p < .03$). Slutligen är antalet begångna brott signifikant högre i gruppen icke utredda än i gruppen utredda ($t=3.2$, $p < .01$).

Det finns få andra skillnader. Skillnaden i ålder mellan gruppen utredda och jämförelsegruppen är inte signifikant. Det finns en indikation på att gruppen icke utredda har en högre belastning i sin uppväxt än gruppen utredda. Andelen med en utländsk förälder respektive med svenskt medborgarskap skiljer inte grupperna åt. Det finns inte heller någon skillnad mellan grupperna ifråga om socialgrupp, eller andel med avslutad grundskola. Debutålder i användning av olika preparat eller andelen med suicidförsök, andelen som har prostituerat sig eller som använder alkohol skiljer dem inte heller åt.

Vi antar att socialsekreterarna begär att de mest belastade skall utredas. Det finns dock ingen direkt indikation på att gruppen utredda är mer belastade; endast små skillnader noteras mellan de utredda och de icke-utredda i fråga om psykisk belastning i uppväxtfamiljen, dominerande drog, antalet brott samt andelen som är bostadslös. I övrigt är grupperna helt jämförbara.

Skillnaderna mellan utredda och icke utredda är få och motsäger inte slutsatsen att urvalen kan ses som representativa för hela kohorten och därmed för den grupp kvinnor som vårdades vid Lunden under 1990-talet och under 2000-talet med en liten reservation för LVU-gruppen.

Bortfall

Initialt kalkylerades med en täckningsgrad på 75–80 procent, alltså 100–110 klienter. Etthundrasex personer hade då vid direktkontakt svarat ja till att medverka, varav fem var bosatta utomlands, i Hongkong, Spanien, Norge och Finland. Det slutliga antalet intervjuade blev 109 och med totalt 7 döda är utfallet känt för 116 personer (89%). Bara 5 vägrade (4%). Vi har således fått kontakt med 10 personer som inte lett till intervju, trots att de hade sagt ja vid en första förfrågan. Uppföljningsprocenten täcker det "fönster" om 75–80 procent som Nemes, Wish, Wraight och Messina (2002) anger som en miniminivå för att problem i gruppen inte skall underskattas eller förbättringsnivåer överskattas systematiskt.

Av 109 fullständiga intervjuer erhöles testdata för 103 av klienterna. Den vanligaste orsaken till att alla bedömningar inte kunde göras var att klienterna var psykiskt sjuka eller psykotiska vid intervjutillfället och att det antingen var omöjligt att genomföra testningsdelen eller att intervjuaren bedömde det som oetiskt att utsätta personen för påtryckningar. Procentandelarna i

respektive grupp överensstämmer i stort mellan intervjuade (n=109) och inte intervjuade och döda (n=23).

Bortfallsanalysen gjordes med samma variabler som i tabell 5. Skillnaderna är små. Gruppen intervjuade har i högre utsträckning än de icke intervjuade fullgjord skola och något fler i gruppen intervjuade har uppgett att de prostituerat sig. Vidare har något fler invandrarbakgrund i gruppen ej intervjuade, men övriga variabler skiljer inte mellan grupperna. Slutsatsen är att gruppen intervjuade är representativ för hela urvalet.

Vår slutsats är att resultaten bland de intervjuade går att generalisera till hela samplet och att resultaten bör kunna betraktas som representativa för hela kohorten LVU- och LVM-vårdade personer vid Lunden. Eftersom rekryteringen inte ändrats radikalt under 2000-talet torde fynden kunna generaliseras till hela klientgruppen på Lunden fram till de särskilda vårdkedjeprosjekts införande (2004–2008).

Kvinnors situation vid inskrivningstillfället

Vi väljer här att beskriva de två grupperna av kvinnor i kohorten i sin helhet parallellt. Vissa demografiska data beskrivs ovan och upprepas därför inte i följande redogörelse (utförligare redovisning i appendix 1 och appendixtabellerna 1–3).

LVM-kohorten

LVM-kohorten bestod av totalt 138 kvinnor, varav 80 utredda (urval) respektive 58 icke utredda (jämförelsegrupp).

Placeringar enligt § 4, som betyder ett omhändertagande efter dom i länsrätt, utgjorde 40 procent och § 13-placeringar (omedelbart omhändertagande) 60 procent. I cirka 70 procent av fallen hade socialtjänsten tagit initiativet till behandlingstillfället. Ungefär 3 av 4 i urvalet hade placerats i LVM-vård genom socialtjänstens försorg mot 70 procent i jämförelsegruppen. Flera hade varit placerade tidigare, och några enstaka kvinnor hade fler än 10 tidigare tvångsvårdstillfällen. Det fanns inga skillnader i tidigare narkomanvård mellan grupperna.

Knappt 80 procent i LVM-kohorten var födda i Sverige, cirka en tredjedel av utländska föräldrar. Nära 70 procent hade vuxit upp hos biologiska föräldrar under de första åren, men fler än 30 procent hade sedan omhändertagits för samhällsvård. Under sin uppväxt rapporterades nära hälften i den utredda gruppen och en tredjedel i jämförelsegruppen ha vuxit upp med förälder med allvarliga psykiska problem. Till detta kommer att närmare 60 procent har haft missbrukande förälder. Samplet i LVM-kohorten hade i medeltal varit fosterhemsplacerade 0,96 gånger mot jämförelsegruppens 1,46 gånger.

43 procent av de utredda LVM-kvinnorna hade egen bostad, mot jämförelsegruppens 51 procent. Andelen bostadslösa var i jämförelsegruppen 25 mot samplets 12 procent. Andelen som var gifta/sambor var ungefär lika

stor i båda grupperna (ca en fjärdedel gifta/sambor). Där det fanns partner rapporterade samtliga missbruksproblem. 43 procent av kvinnorna i LVM-samplet hade barn mot 53 procent i jämförelsegruppen. Skillnaderna är således marginella.

I LVM-samplet var den primära drogen för opiater 36 procent och för 33 procent centralstimulantia. Ungefär likadant såg det ut i jämförelsegruppen för LVM med 30 procent som missbrukade opiater som primär drog mot 37 procent som missbrukade centralstimulantia.

Urvalet i LVM-vård hade haft något fler månaders dygnsvård än jämförelsegruppen – 9,47 månaders (Sd=19,49) dygnsvård mot jämförelsegruppens 7 månader (Sd=14,7, ej signifikant). Cirka 45 procent i bägge grupperna har vårdats på psykiatrisk avdelning. Vid inläggningen hade fler personer i samplet (22%) en aktuell behandlingskontakt i öppenvård jämfört med jämförelsegruppen (13%). Vården var oftast missbruksbehandling. Bara ett par procent av klienterna hade någon kontakt med AA eller NA vid indexvårdtillfället och under de senaste 6 månaderna innan index hade bara en klient pågående metadonunderhållsbehandling.

LVU-kohorten

LVU-kohorten bestod av 52 utredda och 40 icke utredda i jämförelsegruppen. Av tabell 5 framgår att det stora flertalet i LVU-kohorten (över 80%) kom från socialgrupp 3. I LVU-samplet hade 3 av 4 avslutad grundskola mot jämförelsegruppens 3 av 5. LVU-kohorten saknade högre studier i större omfattning. Flickorna var i snitt 18 år gamla och hade en missbruks- och vårdkarriär på ungefär 5 år. Drygt var tredje (38%) i samplet hade tidigare vårdats enligt LVU jämfört med var fjärde (25%) i jämförelsegruppen.

Betydligt färre i LVU- än i LVM-gruppen hade egen bostad (20 jämfört med 43%). Andelen med egen bostad är ungefär lika i LVU-samplet (20%) som i jämförelsegruppen (18%). Endast 4–5 procent bland de LVU-vårdade hade egna barn.

43 procent av de utredda LVU-flickorna (samplet) hade vuxit upp med missbrukande förälder jämfört med drygt hälften (53%) i jämförelsegruppen. Däremot hade flera i samplet än i jämförelsegruppen vuxit upp med psykisk sjukdom i familjen (30 respektive 20%). Missbrukspreparatet i de bägge LVU-grupperna utgjordes till över hälften av fallen av amfetamin.

Jämförelse mellan LVM- och LVU-kohorterna

Det är viktigt att betona att narkotikaproblem var det allt överskuggande problemet såväl bland LVU- (96%) som LVM-vårdade (90%) i studien. Alkohol utgjorde en mindre vanlig orsak bakom inläggningen och förekom hos cirka var tionde i vuxen- och hos 4 procent i ungdomssamplet. Mycket få hade ett alkoholberoende i DSM-termer. Droget hade pågått längre i samplet än i jämförelsegruppen med en debutålder för hasch vid 14 respektive 15 år

och amfetamin vid 17 år mot jämförelsegruppens 21 år. Samtliga diagnoser i genomgången nedan har ställts med DSM-III-r.

Av klienterna i LVM-gruppen hade 29 (36%) ett huvudsakligt injektionsbeteende och totalt 48 (60%) hade blandberoende/-missbruk med två lika vanligt förekommande substanser. I LVU-gruppen injektionsmissbrukade 30 (56%) och 35 (67%) hade ett polysubstansmissbruk med minst två substanser.

Problemen vid inskrivningstillfället var förutom missbruket somatiska problem som i 27 respektive 39 procent av fallen var så svåra att de påverkade den dagliga livsföringen. Under de senaste 30 dagarna hade cirka hälften i bägge grupperna upplevt kroppsliga problem, ungefär var femte under hela månaden och två av fem betecknade dem som *ganska mycket till väldigt besvärande*. Något fler i samplet (50%) än i jämförelsegruppen (35%) angav att det var *mycket viktigt att få hjälp*. Sju klienter i samplet var gravida vid placeringen mot två i jämförelsegruppen.

Av 64 HIV-testade i samplet och 56 i jämförelsegruppen var bara en person i respektive grupp HIV-positiv. Sex procent i samplet mot 17 procent i jämförelsegruppen hade Hepatit B. Andelen med Hepatit C var mycket vanligare (51 respektive 56%). Våld och misshandel redovisades i bägge grupperna. Drygt 70 procent hade varit utsatta för fysisk misshandel sedan missbruksdebuten och drygt hälften för psykisk misshandel, ofta med sexuella inslag. Suicidförsök uppgavs av cirka hälften av flickorna. En tredjedel hade försöjt sig genom prostitution, fler bland LVM- än bland LVU-klienterna.

Trettio personer erhöll åtminstone en axel-I-typ diagnos enligt DSM-III-r/IV. I LVM-gruppen hade 41 personer (51%) minst en DSM-diagnos liksom 16 (30%) i LVU-gruppen. Ångeststörningar och depressioner utgör de vanligaste. Cirka 17 procent hade haft någon drogutlöst psykos. Det var vanligt att en och samma kvinna hade flera diagnoser.

Det är en hög nivå av personlighetsstörningar i den utredda gruppen. I LVM-gruppen är antisocial (25%) och borderlinestörning (26%) de i särklass vanligaste. Borderlinestörning förekommer hos 17 procent i LVU-gruppen men det är primär beteendeavvikelse (conduct disorder) som dominerar med 44 procent. Psykopati är ovanlig (3% i LVM-, 6% i LVU-gruppen).

I LVM-samplet hade 72 procent av kvinnorna minst en personlighetsstörningsdiagnos, nästan hälften (46%) hade två och en av sex (15%) hade

Tabell 6. Dominerande missbrukspreparat i undersökningsgrupperna (med diagnosnummer)

		LVM (n=80)		LVU (n=52)	
Opiater: heroin, etc.	304,00, 305,50	35	44%	14	27%
Amfetamin & kokain	304,40, 305,70, 304,20	32	41%	32	62%
Cannabis	304,30, 305,20	0		2	4%
Alkohol	303,90, 305,00	8	10%	2	4%
Sedativa	304,10, 305,40	2	3%	0	
Övrigt:	304,50/30, 305,90, 304,90	3	4%	2	4%

Tabell 7. DSM-III-r-axel-I-diagnos utöver psykiatrisk sjukdomsdiagnos i LVM- resp LVU-samplet (absoluta tal)

		LVM (n=80)	LVU (n=52)
Vanföreställningssymtom	292,11	2	2
Personlighetssyndrom orsakad av droger	292,89	1	
Schizofrenier	295,10–295,94	0	0
Egentlig depression (t ex melankoli)	296,20	1	0
Dysthymi	300,40	3	1
Manisk-depressiv/bipolär	296,40–296,70	1	0
Kort eller reaktiv psykos UNS	298,80–298,90	7	5
Ångeststörningar	300,00, 300,01, 300,02	11	2
Social fobi	300,23	1	1
Anorexi	307,10	4	0
Depression	311,00	9	5
Ätstörningar (ospec)	12	3	
ADHD/Hyperaktivitet	314,01– 314,90	4	1
Ingen axel-I-diagnos		39	36

tre eller fler samtidiga personlighetsstörningar. I LVU-samplet hade fyra av fem (81%) minst en personlighetsstörning inklusive conduct disorder, två av fem (38%) hade två och en av fem (21%) hade tre eller fler personlighetsstörningsdiagnoser.

I tabell 7 redovisas samtliga störningar av typen psykisk sjukdom eller här axel-I-störningar i DSM-III-R.

Det förtjänar att påpekas att hälften av LVM-gruppen och närmare en tredjedel (30%) i LVU-gruppen inte har någon psykiatrisk sjukdomsdiagnos.

I tabell 8 redovisas fördelningen efter om klienten hade en personlighetsstörningsdiagnos, två respektive tre diagnoser.

De vanligaste psykiska störningarna i LVU-gruppen på Lunden är personlighetsstörning (axel-II i DSM), närmare bestämt diagnoserna borderline och

Tabell 8. SCID 1:a, 2:a och 3:e personlighetsstörning i LVM- resp LVU-samplet (absoluta tal)

	LVM-samplet (n=80)			LVU-samplet (n=52)		
Personlighetsstörning	1:a	2:a	3:e	1:a	2:a	3:e
Paranoid	1	3	4	2	2	1
Schizoid	1	0	0	0	0	0
Schizotyp	2	2	1	0	1	0
Histrion	1	3	1	3	0	0
Narcissistisk	2	2	0	4	1	1
Antisocial	15	15	3	1	1	1
Borderline	29	6	0	9	5	1
Tvångsmässig	4	1	1	1	1	1
Undvikande	0	2	1	0	1	1
UNS	1	2	1	0	5	4
Psykopati	2	0	0	3	0	0
Ej personlighetsstörning	22	43	68	10	32	41

antisocial. Personlighetsstörning som första eller andra diagnos (axel-II i DSM) är avgjort vanligare än psykiatrisk sjukdomsdiagnos (axel-I). De vanligaste andradiagnoserna är antisocial följt av borderline.

Uppföljning

Klienterna vid uppföljningen

Vid uppföljningen har 109 klienter intervjuats, 64 från LVM och 45 från LVU, 89 procent av dem som fortfarande lever respektive 83 procent av dem som utretts i kohorterna ($n=132$). Att några inte har gått att nå förklaras delvis av att bara var femte i LVU-gruppen och ungefär 2 av 5 (43%) i LVM-gruppen har egen bostad och 17 procent i LVU-gruppen var på behandlingshem mot hälften (51%) i den icke utredda gruppen.

I genomsnitt har 5,12 år ($Sd=1,27$) gått mellan indexvårdstillfället och uppföljningen för LVM-gruppen och 5,4 år ($Sd=1,38$) för LVU-gruppen. En person i LVM-gruppen har en kortare uppföljningstid än 5 år men ingen i LVU-gruppen.

Åldern vid uppföljningen är för LVM-kvinnorna 31,45 år ($Sd=6,01$) med en median av 29,5 år och för LVU-kvinnorna 24,12 år ($Sd=1,6$) med en median av 24,06 år.

Förändringar över tid enligt registerdata

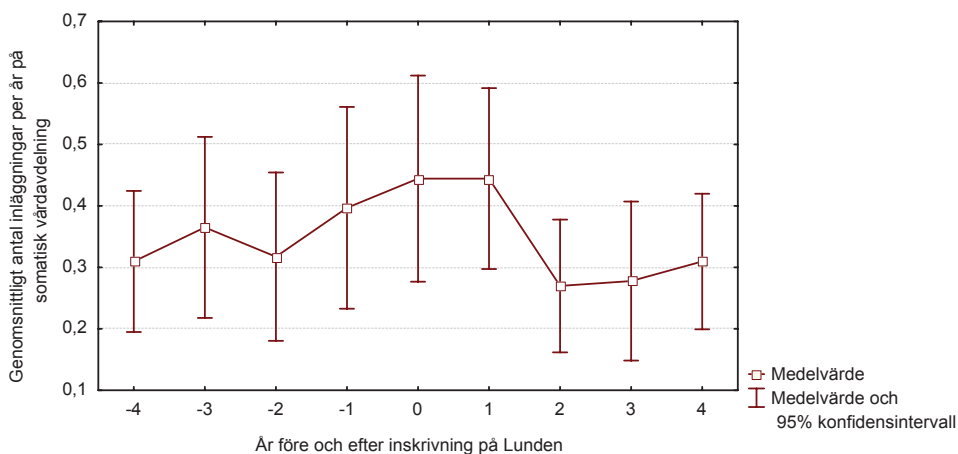
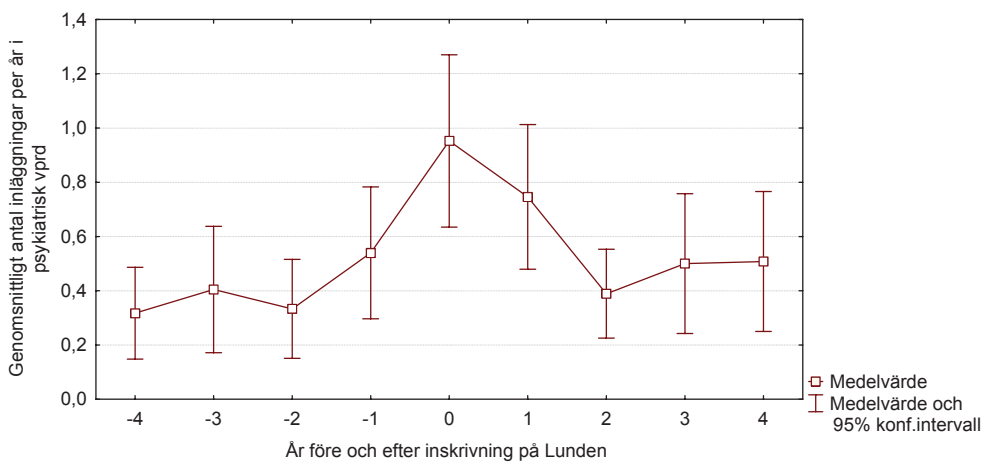
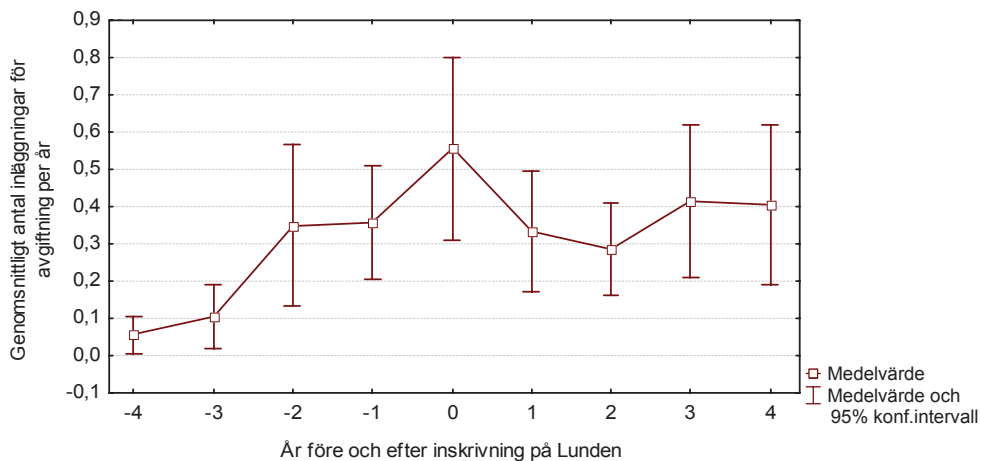
När i missbruket omhändertogs kvinnorna?

Den fråga som inte ställs så ofta är om objektiva data från register kan verifiera att LVU- och LVM-ingripanden görs vid en tidpunkt när de bäst behövs. I princip kräver besvarandet av en sådan fråga data som går tillbaka både före ingripandena och fortsätter efter avslutad tvångsvård. Här redovisas data från slutenvårdsregistret vid EPC i tre diagram uppdelat på tre olika typer av vårdinsatser utanför LVM- och LVU-vården. Resultaten gäller för både utredda och ej utredda. Data omfattar tiden till och med 2006. Indexvårdstillfället betecknas med 0 i figurerna.

Registerdata begränsas här i tid från 4 år före inläggning på LVM-/LVU-hem och till 4 år efter avslutad vård som längst för att kompensera för åldersskillnaden mellan LVU- och LVM-gruppen (LVU-gruppen har ju en kortare levnad).

Indexvårdstillfället finns någon gång under tiden 1997-01-01–2000-12-31. På den vertikala axeln finns genomsnittligt antal inläggningar och på den horisontella axeln de fyra åren före inskrivningstillfället (0-punkten) på LVM-/LVU-hem fram till fyra år efter inläggningstillfället.

I figur 3a illustreras hur genomsnittet inläggningar på avgiftnings-/abstinensbehandlingsavdelningar sett ut fyra år före inskrivningen på LVM-/LVU-hemmet och fyra år därefter. I figur 3b är det förloppet fyra år före inskrivning och fyra år efter inskrivning för psykiatrisk vård och i figur 3c slutligen, inläggningar på somatisk avdelning för samma period.



Figur 3a-c. Genomsnittligt antal vårdtillfällen i slutenvård per person (avgiftning-/abstinens-, psykiatrisk och somatisk vård)

Figur 3a–3c, som omfattar uppgifter för både de utredda och de icke-utredda, visar att antalet inläggningar i samtliga vårdtyper ökar fram till inskrivningstillfället (indexvårdstillfället eftersom det inte alltid är första intagningstillfället). Genomsnittligt antal inläggningar i avgiftning stannar kring som mest cirka 0,6 i snitt per år vid inskrivningstidpunkten. För psykiatrisk vård ligger det genomsnittliga antalet inläggningar kring 0,9 vid tidpunkten för inskrivning och kring 0,44 på somatisk avdelning vid samma tidpunkt. Därefter minskar inskrivningarna i samtliga tre vårdformer för att efter fyra år ha återgått till högst samma nivå som fyra år tidigare. Undantaget är inläggningar för avgiftning som är något högre efter inskrivningen än före. Trenden i materialet är densamma också när data för tiden 11 år före inskrivning och 8 år efter tas med.

Resultatet av regressionsanalysen visas i figur 3a som en signifikant Peek-effekt ($p < .03$), alltså tendensen till att det finns högre inläggningsfrekvens ju närmare inskrivningstillfället gruppen befinner sig. Stegringen är således inget tillfälligt. Tidseffekten är också signifikant ($p < .0002$). Vårdkonsumtionen ökar över tid. Det finns en ökning av vårdkonsumtionen det sista året i undersökningen. I figur 3b är också peek-effekten signifikant ($p < .0003$) och tidseffekten en tendens ($p < .08$), likaså för somatisk vård (figur 3c) ($p < .06$) men tidseffekten är inte signifikant. I analysen (se också appendixtabellerna 6a–c), framgår att det rör sig om en statistiskt säkerställd utveckling. Vårdkonsumtionen är högt över den i ålders- och könsrelaterad normalgrupp och förblir hög. De fullständiga diagrammen med den fullständiga observations tiden från EPC-registren redovisas i appendixdiagram 1.

Dödlighet

Totalt har 19 kvinnor avlidit fram till slutet av år 2006. Något fler har avlidit i jämförelsegruppen (11) jämfört med i LVM-/LVU-samplet (8). Sju personer i LVM-gruppen och en person i LVU-gruppen är döda. Beräknat i procentuell dödlighet har 1,5 procent per år avlidit i LVM-gruppen mot 0,06 procent i LVU-gruppen. Jämfört med personer med samma kön och ålder i totalbefolkningen ger detta en Standard Mortality Rate (SMR) = 5,3 i gruppen i sin helhet. Andelen avlidna är alltså cirka 5 gånger högre än i en åldersmatchad grupp kvinnor ur normalbefolkningen.

Bedömningarna baseras på dödsorsaksintyg från EpC vid Socialstyrelsen och SCB. Vid misstanke om att klienten var drogpåverkad vid dödsfallet har droganalyser i likblod och/eller obduktionsprotokoll rekviderats.⁸ Bedömningarna med kompletterande data har gjorts av rättsmedicinsk expertis.

⁸ Dödsorsaksintyg rekviderades från SCB via EpC vid Socialstyrelsen. Diagnoserna daterades upp till ICD-10 av överläkare Anna Nyhlén, såväl i Socialstyrelsens filer som i vår egen slutbedömning. Slutbedömningen gjordes i samråd med överläkare Peter Krantz vid Rättsmedicinska enheten, Rättsmedicinalverket, Lund.

Substanser i likblod bryts ned långsamt och en korrekt dödsorsaksdiagnos kan ställas även flera veckor efter ett dödsfall (Peter Krantz, personlig kommunikation 2007).

I den här redovisningen beskrivs en drogrelaterad död som överdos enbart om dödsfallet inträffat som direkt följd av akut intoxikation (även där det finns en längre tids missbruk) och där illegal substans direkt ingår som orsak till dödsfallet (se definitioner i Buster et al 2002). Därutöver kommer förgiftning med alkohol och/eller legala farmaka. Till legala preparat som personer kan dö av hör alkohol som mera sällan förekommer enskilt vid dödsfallet utan oftast tillsammans med psykofarmaka och sedativa. En person som är inskriven i metadonunderhållsbehandling och som dör av metadon under behandlingstiden klassificeras följaktligen som en förgiftning eftersom metadon inom programmet är legal farmaka. Om en person avlider i bruk av illegalt förskaffat metadon (utanför metadonprogrammen) klassificeras det som en överdos. Detta beror på att metadon i Sverige endast får skrivas ut på recept av specialistkompetent beroendeläkare. Detta är viktigt att beakta eftersom olika länder kan ha olika lagstiftning och vad som bedöms som överdos därmed också varierar i magnitud vid jämförelser med material från andra länder. Detta skiljer till exempel mellan Danmark och Sverige.

Alla data har standardiserats till ICD-10-format av dr. Anna Nyhlén. Vi har delvis följt en modell efter Degenhardt, Roxburgh och Barker (2005). Underliggande dödsorsak anges till exempel som heroinöverdos (F 11.0) med narkomani (F 11.2) som bidragande dödsorsak. Där patienten avlidit till följd av intag av legala mediciner/farmaka anges förgiftning (F 19.0). Bedömningen är kontextrelaterad så att överdos eller förgiftning anges även om det i dödsorsaksintyget anges till exempel andningssvikt som det tillstånd som direkt föregår döden. Andningssvikten beror då på överdoseringen av heroin. Av polisrapport framgår var och hur patienten påträffats. Ett för Skåne specifikt problem är att flera personer dött under vistelse i Danmark och det är närmast omöjligt att få danska myndigheter att lämna ut dödsorsaksuppgifter på grund av den danska sekretesslagstiftningen. De flesta sådana dödsfall har varit klassiska överdosfall där patienten påträffats utomhus eller på toalett med en spruta instucken i armen. Samarbetet med Rättsmedicinalverket har dock resulterat i att alla döda i Lundenmaterialet kunnat slutbedömas utifrån obduktion där sådan förelegat. Beteckningen suicid har alltid satts av obducerande läkare utifrån tillgänglig information om mängd och typ av mediciner/droger samt avskedsbrev, i något fall med kompletterande information från anhöriga. Slutbedömningen gjordes av expertgruppen.

Den omedelbara dödsorsaken i gruppen utredda var i samtliga fall utom ett överdos av illegala droger, huvudsakligen heroin (5), i ett fall i kombination med läkemedel, samt därutöver ett fall av överdos av amfetamin, med samtidig förgiftning med legala läkemedel. Läkemedel har varit inblandade i två av överdoserna. En person dog av lunginflammation med bidragande

Tabell 9. Dödsorsaker (ICD-10 diagnoser) för de 8 avlidna, utredda LVM- och LVU-klienterna (n=132) och avlidna i resterande kohort (n=98)

Primär dödsorsak	ICD-kod	Bidragande orsak	Antal	Överdös	Förgiftn.
Intox – flera droger	F 19.0	Narcomania	4	4	
Intox heroin	F 11.0	Narcomania	1	1	
Suicid	X 61, F 19.0	Narcomania	1		1
Intox amfetamin	F 15.0	Förgiftning	1		1
Bronchopneumoni	J 18.9	Akut njursvikt	1	Ej	Ej

dödsorsak akut njursvikt med kroniskt opiatberoende (F 11.2). Samtliga dödsfall kan rubriceras som drogrelaterade även om det bara är 6 där narkotika finns med i dödsögonblicket.

I jämförelsegruppen från samma kohort är det 11 personer som dött (11%) jämfört med 7 (6%) i urvalet. Också här dominerar överdoserna (n=6) medan ytterligare två dödsfall också är förgiftning med kombination av legala läkemedel (F 19.0). Ett av dessa har bedömts som suicid. Tre patienter har dött av sjukdomstillstånd som har samband med missbruket. Samtliga dödsfall är således drogrelaterade och 9 är direkt orsakade av droger/farmaka (tabell 10). De avlidna i gruppen utredda påträffades huvudsakligen i hemmet (5), i annans bostad (1) och i offentlig lokal (1) samt en person på sjukhus. I jämförelsematerialet (ej utredda) var det 4 som hittades i sitt hem, 3 som dog i en annan persons bostad, 1 i offentlig lokal och 2 avled på sjukhus.

I jämförelsematerialet utgörs överdös av illegala droger av 6 personer på grund av heroinöverdös och 1 med amfetaminöverdös, förgiftningar av legala substanser med 1 person som dog av alkoholförgiftning, 2 av läkemedelsförgiftning i förening med överdös av illegala preparat, 1 av blodförgiftning (sepsis) samt 1 person av levercirros. I gruppen utredda har 6 av 8 kvinnor dött i akut drogrelaterat dödsfall och en person har suiciderat. I jämförelsegruppen är det 8 av 11 som bedömts som akut drogrelaterade dödsfall. Det är främst bland de äldre kvinnorna som vi ser dödsorsaker relaterade till alkohol i förbindelse med förgiftning av barbitursyrederivat eller dextropropoxifen. De yngre är överdösdödsfall. Ett fall var suicid i gruppen utredda och ett fall i jämförelsematerialet var misstänkt suicid.

Tabell 10. Dödsorsaker (ICD-10 diagnoser) bland de 11 avlidna, ej utredda klienterna i jämförelsematerialet av LVM-LVU-klienter (n=98)

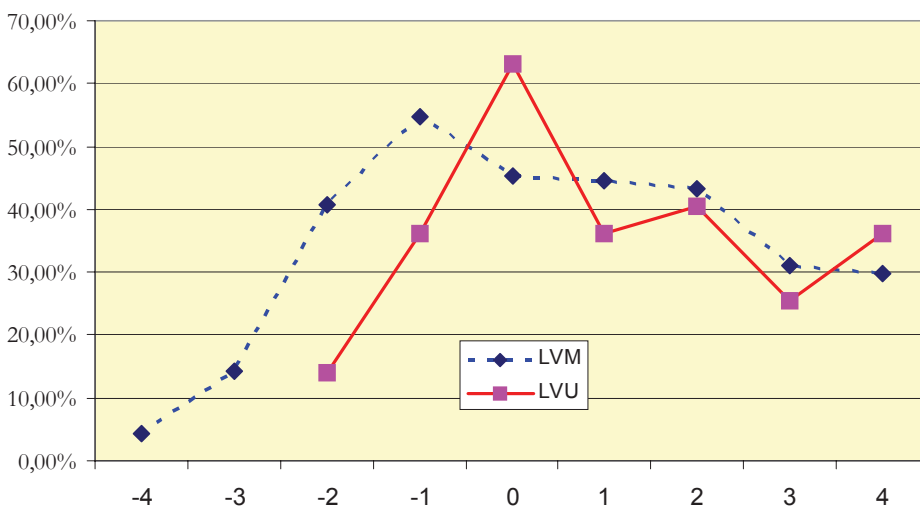
Primär dödsorsak	ICD-diagnos	Bidragande orsak	Antal	Överdös	Förgiftn.
Intox heroin + annat	F 19.0	Narcomania	2	2	
Intox bland m heroin	F 19.0	Narcomania	2		2
Intox heroin enbart	F 11.0	Narcomania	4	4	
Suicid med förgiftning	X 61, F 19.0	Narcomania	1		1
Blodförgiftning	A 40.0, J 03.9	Narcomania	1		
Levercirr/hep C	B 18.2	Alkohol, opiater	1		

Kriminalitet över tid enligt Lagföringsregistret

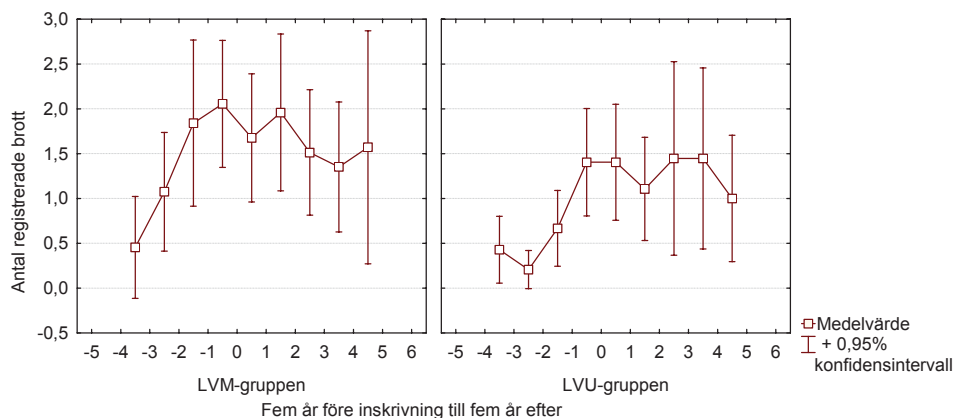
Brottsbenägenheten i kohorten visas här genom data från Lagföringsregistret vid Brottsförebyggande rådet (BRÅ) och omfattar i princip kvinnornas hela brottskarriär till och med 2006 med den reservationen att det finns en fördröjning från brott till lagföring. Data sträcker sig tillbaka till 1975. Så tidigt förekom relativt få av de studerade kvinnorna i lagföringsregistret. Den äldsta är född 1944 och några få under 1950-talet. Totalt har kvinnorna i LVM-gruppen 1 357 lagföringar och kvinnorna i LVU-gruppen 456 lagföringar till och med 2004. Antalet brottsaktiva straffmyndiga år är färre i LVU- än i LVM-gruppen.

Först redovisas hur stor andel av klienterna som i snitt lagförts för något brott under perioden från 4 år före inskrivningen till 4 år efter med 0-värdet som tidpunkt för inskrivningen. Som framgår syns förskjutningen i de första lagföringarna så att LVM-gruppen har en profil liknande den i LVU-gruppen men något tidigarelagd. Det framgår också att LVU-gruppen tenderar att ha ökande antal lagföringar tre till fyra år efter utskrivning efter att dessförinnan i likhet med LVM-gruppen ha minskat antal lagföringar.

En kompletterande bild till förloppet i kriminalitet innan och efter inskrivning vid SiS-institution erhålls när data från Lagföringsregistret följs årsvis över fem år före och fem år efter index. Förekomst av lagföringar registreras nedan med rubriceringen totalt antal brott som personerna lagförts för, fördelat årsvis på LVU- respektive LVM-vård. Lagföringarna behöver inte alltid ha lett till en fällande dom (appendix tabell 7). Värdet 0 på X-axeln är tidpunkten för inskrivning vid indexvårdtillfället.



Figur 4. Andel med lagföringar i LVU- och LVM-gruppen årsvis fyra år före och efter omhändertagandet (0) (uppgifter 1995–2004)



Figur 5. Genomsnittligt antal registreringar i Lagföringsregistret för LVU- och LVM-gruppen årsvis före omhändertagandet (tidigast 1995), vid omhändertagandet (0) och efter tvångsvård fram till 2004

Genomsnittligt antal lagföringar minskar efter LVU- och LVM-perioden men ligger kvar på en klart högre nivå efter än före indexvårdtillfället. Det är en signifikant topp vid tidpunkten för omhändertagandet enligt LVU likväl som LVM med 1,5 brott i LVU och 2 brott i LVM-gruppen ($p < .000$). LVM-gruppen ligger därmed högre än LVU-gruppen vid samtliga tidpunkter, och år 2004 är det i snitt 1 lagföring per år och individ i LVU och 1,5 i LVM.

LVU-gruppen är cirka 7 år yngre än LVM-gruppen vilket innebär att LVU-gruppen blev straffmyndiga betydligt senare. LVU-gruppen har en senare aktivitet och därmed färre registreringar i Lagföringsregistret än LVM-gruppen. LVU-gruppens första registrering i Lagföringsregistret är 1992 medan den första för LVM-gruppen är någon gång mellan 1974 och 1977. Det finns indikationer på att kriminaliteten i den tidigast födda gruppen (födda före 1965) inte är lika hög som i senare åldersgrupper. Vi har inte tagit hänsyn till fördröjningen av lagföring för ett brott eller att straffvärdet kan variera och måste beaktas i andra sammanhang.

Antalet lagföringar följer profilen i föregående redovisning fränsett att lagföringar för LVU-gruppen ökar något under det senast registrerade uppföljningsåret jämfört med LVM-gruppen. I redovisningen för LVU-gruppen har fyra outliers för dem som lagförts före 1995 uteslutits.

Omfattningen av lagföringar och tidigare sjukhusinläggningar visar att kvinnorna befinner sig i en mycket problematisk situation när LVM- eller LVU-vården verkställs. Det talar för att socialtjänstens bedömning av en hög indikation för tvångsvård föreligger är rimlig och att problemnivån är hög på flera olika områden. Fyra år efter indexvårdtillfället har cirka en tredjedel (30%) i bägge grupperna fortsatta registreringar i Lagföringsregistret. Beräkningarna är gjorda för hela kohorten och inte enbart för de intervjuade.

Typ av brottslighet

I följande fyra tabeller redovisas registrerade lagföringar under olika brottsrubriker; LVM- respektive LVU-urvalen i tabell 11 och 12 och jämförelsegrupperna för LVM- och LVU-kohorterna i tabell 13 och 14. Procentsatser anges inom parentes. Användningen av fyra år före och fyra år efter är ett försök att standardisera måtten så att klientens ålder och dess påverkan på brottsbenägenheten inte är det som styr. Antalet i rubrikerna hänför till antalet i

Tabell 11. Antal lagföringar i 8 brottstyper för kvinnor i samplet i LVM-kohorten (n=80) (% i parentes)

	Världsbrotts	Tillgr	Rån	Bedräg	Offentl	Narkot	Trafik	Andra
Ej lagförd	52 (68)	14 (18)	72 (95)	35 (46)	41 (54)	15 (20)	61 (80)	18 (23)
1–2 lagfrd	15 (19)	18 (23)	4 (5)	25 (32)	28 (37)	29 (36)	11 (14)	13 (17)
3–6 lagfrd	9 (12)	20 (25)		11 (14)	5 (6)	24 (30)	3 (4)	27 (35)
7–9 lagfrd		6 (8)		2 (3)	1 (1)	8 (10)	1 (1)	8 (10)
10 > lagf		18 (24)		3 (3)	1 (1)			10 (15)
Summa	76	76	76	76	76	76	76	76

Tabell 12. Antal lagföringar i 8 brottstyper för kvinnor i samplet i LVU-kohorten (n=52) (% i parentes)

	Världsbrotts	Tillgr	Rån	Bedräg	Offent	Narkot	Trafik	Andra
Ej lagförd	31 (60)	18 (34)	50 (96)	40 (77)	33 (64)	11 (21)	34 (85)	21 (40)
1–2 lagfrd	13 (25)	15 (28)	2 (4)	11 (17)	11 (21)	28 (53)	4 (10)	16 (31)
3–6 lagfrd	8 (15)	14 (27)		2 (4)	7 (14)	12 (23)	2 (5)	9 (18)
7–9 lagfrd		2 (4)		1 (2)	1 (2)	1 (2)		2 (4)
10 > lagf.		3 (6)						4 (8)
Summa	52	52	52	52	52	52	52	52

Tabell 13. Antal lagföringar i 8 brottstyper för kvinnor i jämförelsegruppen i LVM-kohorten (n=58) (% i parentes)

	Världsbrotts	Tillgr	Rån	Bedräg	Offent	Narkot	Trafik	Andra
Ej lagförd	23 (41)	7 (13)	53 (95)	23 (41)	26 (46)	14 (25)	46 (82)	9 (16)
1–2 lagfrd	14 (25)	8 (14)	3 (5)	17 (30)	17 (30)	22 (39)	6 (11)	9 (16)
3–6 lagfrd	9 (16)	23 (41)		7 (13)	8 (14)	20 (35)	3 (6)	17 (31)
7–9 lagfrd		3 (6)		4 (7)	2 (4)	1 (2)		10 (18)
10 > lagf.	1 (2)	15 (27)		5 (9)	3 (6)		1 (2)	11 (20)
Summa	56	56	56	56	56	56	56	56

Tabell 14. Antal lagföringar i 8 brottstyper för kvinnor i jämförelsegruppen i LVU-kohorten (n=40) (% i parentes)

	Världsbrotts	Tillgr	Rån	Bedräg	Offent	Narkot	Trafik	Andra
Ej lagförd	27 (68)	14 (35)	40 (100)	27 (67)	22 (55)	18 (45)	34 (85)	13 (33)
1–2 lagfrd	6 (15)	15 (38)		6 (15)	11 (28)	13 (28)	4 (10)	16 (40)
3–6 lagfrd	6 (15)	6 (15)		6 (15)	6 (15)	8 (20)	2 (5)	9 (23)
7–9 lagfrd		1 (2)			1 (3)	1 (3)		
10 > lagf	1 (3)	4 (10)		1 (3)				2 (5)
Summa	40	40	40	40	40	40	40	40

respektive grupp och summan anger antalet personer för vilka uppgifter finns tillgängliga.

Ett mindre antal flickor/kvinnor i såväl undersöknings- som jämförelsegrupperna har många lagföringar, särskilt för tillgreppsbrott, narkotikabrott och det som här sammanfattas under "andra". Av tabellerna framgår att närmare hälften inte har lagförts för annat brott än tillgreppsbrott. Lagföringar dröjer som regel en tid efter att själva brottet uppdagats.

Intervjuade efter fem år (n=109)

Beräkningarna av utfallet i olika dimensioner baseras på såväl dem som gått att spåra som dem som inte gått att spåra (intention-to-treat) även när antalet intervjuade är 109. Därmed underskattas eventuella förbättringar. Som framgår är en betydligt högre andel drogfria om man räknar enbart på de intervjuade (*s k completers analys*). De två beräkningsgrunderna redovisas i separata kolumner i tabell 15.

Vi redovisar två sätt att beräkna utfallet. Det ena baseras enbart på de klienter som intervjuats (64 resp 45) och den andra beräkningen baseras på *s k* intention-to-treat, det vill säga hur stor del av de intervjuade som är drogfria vid uppföljningen i relation till det totala samplet (80 resp 52). Den sista beräkningen är mer pessimistisk eftersom den antar att alla som inte intervjuats missbrukar.

Beräknat enbart på dem som intervjuats är 75 procent i LVM- och 64 procent i LVU-gruppen drogfria de senaste 30 dagarna. I LVM-gruppen är 55 procent och i LVU-gruppen 49 procent drogfria det senaste halvåret. Det senaste året är det 48 respektive 42 procent som är drogfria och de senaste två åren eller längre blir siffrorna 30 respektive 36 procent och andelen drogfria ända sedan utskrivningen är 17 respektive 18 procent (figur 6).

Beräknat enligt intention-to-treat är andelen drogfria de senaste 30 dagarna vid uppföljningen 60 procent i LVM-gruppen och 56 procent i LVU-gruppen. 39 respektive 37 procent har varit drogfria senaste året och 24 respektive 31 procent har haft en stabil drogfrihet om två år eller längre (tabell 15, figur 7).

Huvuddrogen i båda samplen är amfetamin (33 i LVM- och 56% i LVU-gruppen) följt av opiater (29 respektive 14%). Injektionsmissbruk är det vanligaste sättet att inta drogen (23 respektive 40%). Det är relativt få som har en egen bostad med förstahandskontrakt (44% i LVM-gruppen och 36% i LVU-gruppen) (tabell 15).

Vid intervjutillfället har 22 procent i LVM- och 40 procent i LVU-gruppen någon heltidsanställning eller heltidsstudier. En betydligt större andel i LVM-gruppen har pension/sjukbidrag (36%) än i LVU-gruppen (16%). En mindre del har inkomster huvudsakligen genom kriminalitet (13% resp 25%) och en minoritet har prostitution som huvudinkomst. Av LVM-kvinnorna lever 35 procent i ett parförhållande med eller utan barn mot 47 procent bland LVU-kvinnorna. Knappt en tredjedel i bägge grupperna lever ensamma.

Tabell 15. Uppföljningsdata för LVM- och LVU-samplen. Procentsatserna beräknade på alla i urvalet (intention-to-treat-definition) respektive på de intervjuade

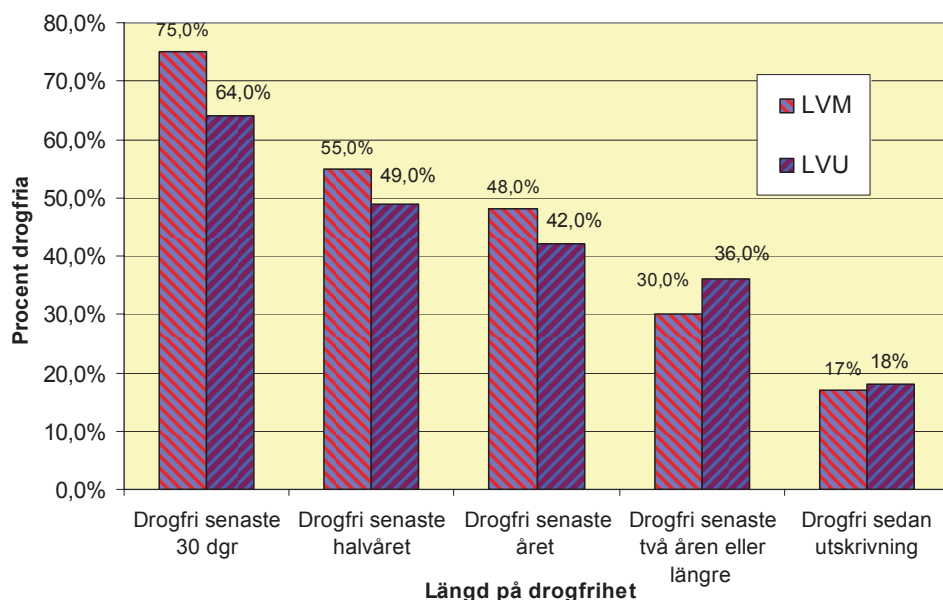
	LVM				LVU			
	Alla n=80	Intervju n=64			Alla n=52	Intervju n=45		
Drogfri vid intervjutillfället	49 (61%)	49	77%		31 (60%)	31	69%	
Drogfri senaste 30 dagarna	48 (60%)	48	75%		29 (56%)	29	64%	
Drogfri senaste halvåret	35 (44%)	35	55%		22 (42%)	22	49%	
Stabil drogfrihet senaste året	31 (39%)	31	48%		19 (37%)	19	42%	
Stabil drogfrihet två år eller mer	19 (24%)	19	30%		16 (31%)	16	36%	
Stabil drogfrihet sedan utskrivning	11 (14%)	11	17%		8 (15%)	8	18%	
Avlidna	7 (9%)				2 (4%)			
Huvuddrog								
Opiater	23 (29%)				7 (14%)			
Amfetamin-stimulantia	26 (33%)				29 (56%)			
Injektionsmissbruk	13 (23%)				12 (40%)			
Alkoholproblem	5 (9%)				4 (11%)			
Bostadssituation								
Egen bostad	35 (44%)				19 (36%)			
Bostadslös	6 (8%)				4 (8%)			
Vanligaste anställningsförhållande								
Heltidsarbete/heltidsstudier	18 (22%)				21 (40%)			
Deltidsarbete	10 (12%)				3 (7%)			
Huvudsaklig försörjning								
Arbete, studiemedel, eller sjukp/föräldraledighet	20 (24%)				19 (37%)			
Pension/sjukbidrag	29 (36%)				13 (16%)			
Arbetslöshetstersättning	2 (4%)				–0			
Inkomster genom kriminalitet	10 (13%)				13 (25%)			
Prostitution	2 (3%)				3 (6%)			
Civilstånd								
Partner med eller utan barn	27 (35%)				24 (47%)			
Ensamstående med barn	10 (13%)				11 (21%)			
Ensam	23 (29%)				14 (27%)			
Kontakt med AA/NA	7 (8%)				2 (4%)			

Få klienter har någon regelbunden kontakt med självhjälpsrörelser som AA eller NA.

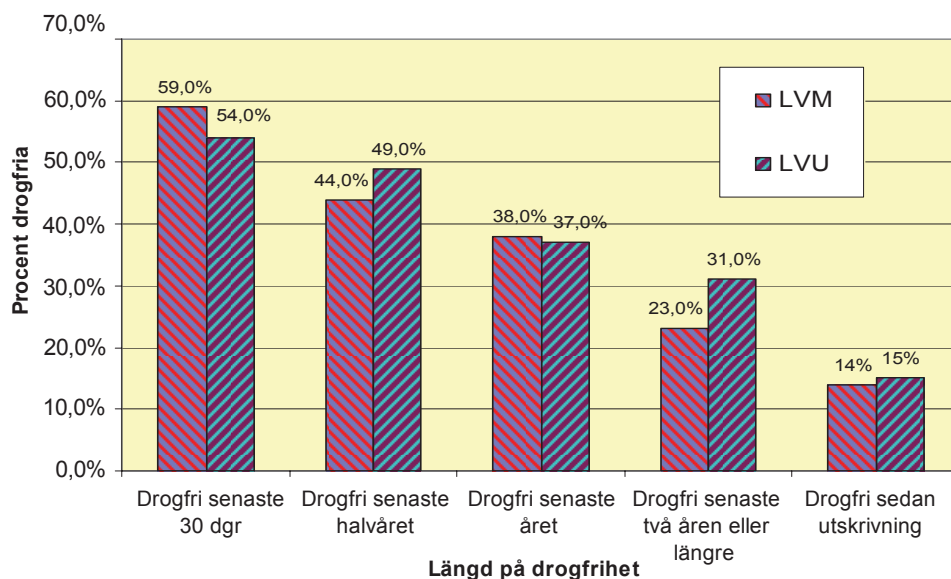
Det som benämns ”stabil drogfrihet” omfattande minst två år eller mer är således 23 procent i LVM- och 31 procent i LVU-gruppen om vi betraktar hela klientgruppen och antar att de icke-intervjuade fortsatt att missbruka.

Samband mellan drogfrihet och fortsatt kriminalitet

Drogfrihetens betydelse för klientens kriminalitet följdes genom lagföringsregister i antal olika typer av brott som personerna lagförts för 4–5 år före och 4–5 år efter indexvårdtillfället. Kontroll görs för tid från indexvårdtillfället

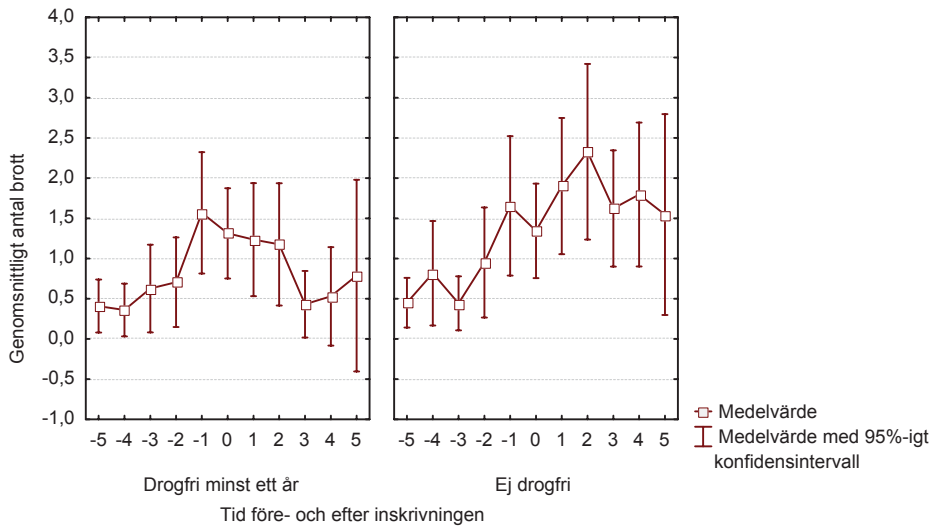


Figur 6. Andel drogfria vid olika tidsintervall före uppföljningsintervjun beräknat på dem som intervjuats (n=109)



Figur 7. Andel drogfria vid olika tidsintervall före uppföljningsintervjun beräknat på hela samplet (Intention-to-treat; n=132)

till uppföljningen i redovisningen. Värdet 0 på den horisontella axeln anger tidpunkten för inskrivning i LVM- eller LVU-vård. Urvalsgrupperna är här sammanslagna.



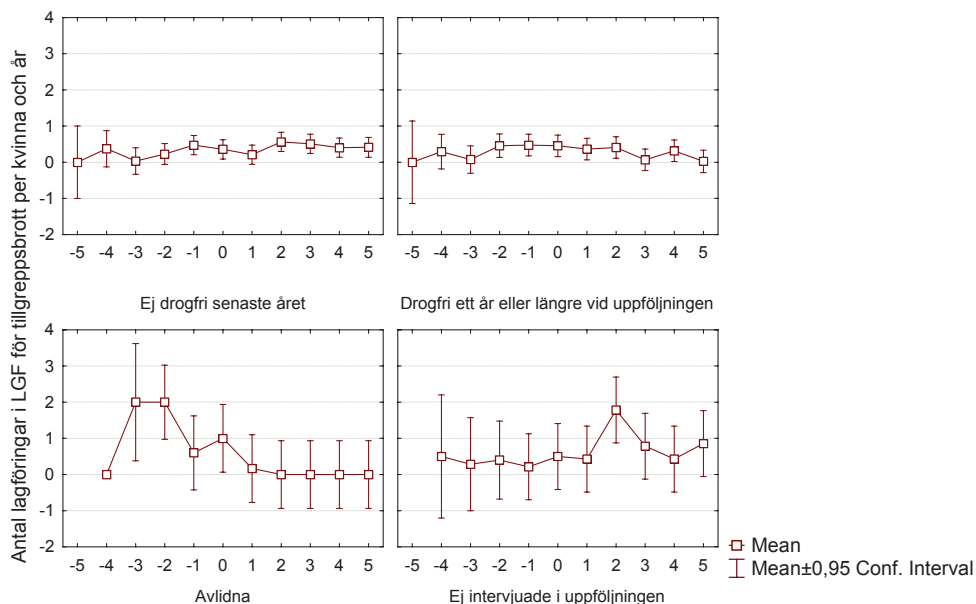
Figur 8. Genomsnittligt antal lagföringar för kvinnor som varit drogfria minst ett år och för icke-drogfria eller som har en kortare än 1 års drogfrihet (n=109)

Det är det samlade antalet lagföringar som beräknats utan hänsyn till brottstyp eller eventuell summering av flera samtidiga lagföringar (figur 8).

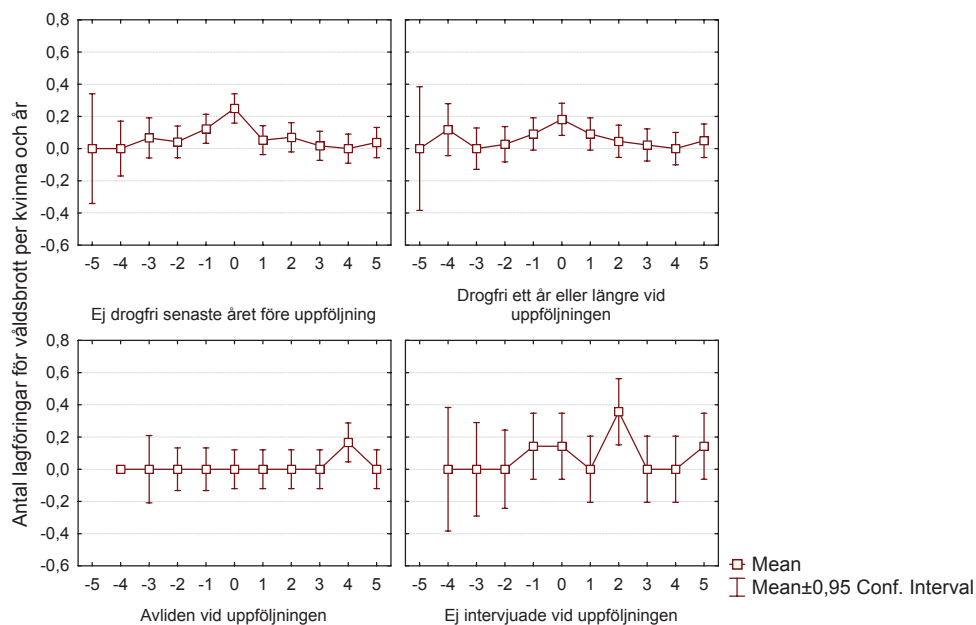
Antalet registrerade lagföringar når en topp bland de intervjuade vid tidpunkten för tvångsomhändertagandet men avtar därefter för gruppen som har ett års drogfrihet vid uppföljningen. För dem som inte blivit drogfria fortsätter brottsaktiviteten mätt med antal lagföringar att stiga även efter avslutad LVM-/LVU-vård och en nedgång sker tidigast två år efter avslutad tvångsvård (skillnaden är en statistisk trend $p < .07$). Kurvan ligger i samtliga lägen högre för kvinnor som inte är drogfria än för de drogfria vilket indikerar en högre problemnivå i gruppen som inte blir drogfri. För LVU-gruppen ökar antalet lagföringar för åren 4 och 5 efter indexvårdtillfället (appendixtabell 8).

Som framgår av figurerna 9a, b och c skiljer sig profilerna åt när vi studerar olika brottstyper för gruppen som har minst 12 månaders drogfrihet vid uppföljningen mot dem som inte är drogfria eller har en kortare drogfrihet. Stora konfidensintervall visar att det är relativt få personer som utgör underlaget för de enskilda registreringarna. Diagrammet visar profilerna fem år före indexvårdtillfället och fem år efter indexvårdtillfället (0). Uppföljningsdata begränsas i tiden till lagföringsregistrets data till och med år 2004 (appendixtabell 8).

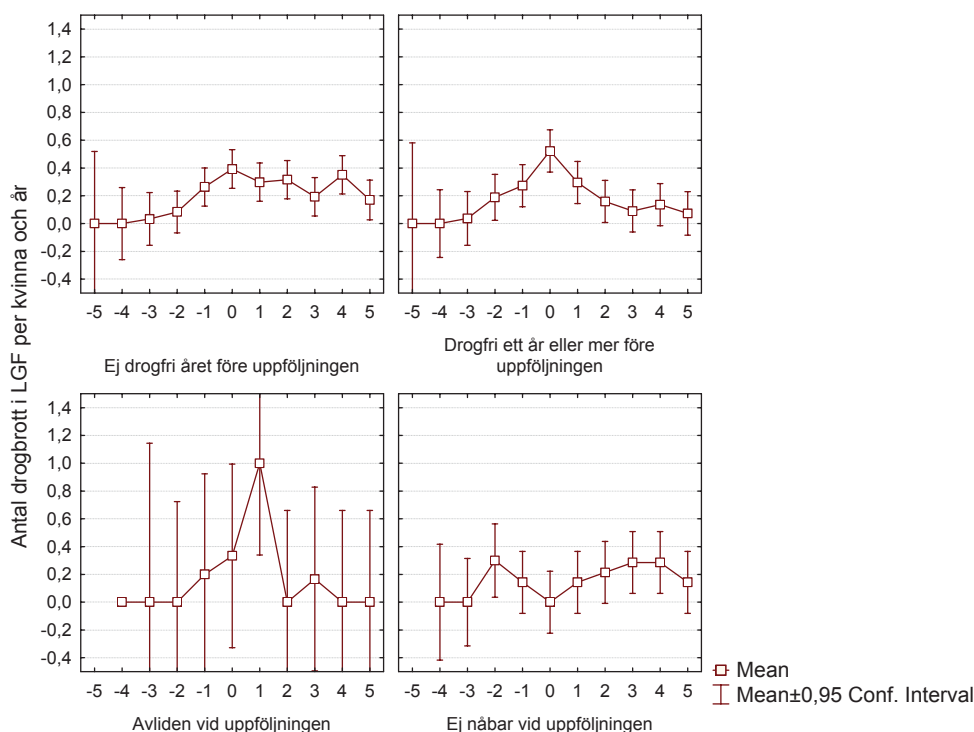
Av figur 9a framgår att skillnaden i antal tillgreppsbrott, häleri, stöld, inbrott och så vidare inte skiljer mellan drogfria och icke-drogfria när vi studerar hela urvalet. Genomsnittligt antal lagföringar för tillgreppsbrott ökar fram till indexvårdtillfället och stabiliseras ungefär på den nivån. Dock



Figur 9a. Genomsnittligt antal lagföringar för tillgreppsbrott fem år före och fem år efter indexvårdtillfället (0) för drogfria i minst 12 månader, icke-drogfria, för dem som senare dött och dem som vi inte nått för intervju



Figur 9b. Genomsnittligt antal lagföringar för våldsbrott 5 år före och 5 år efter indexvårdtillfället (0) för drogfria i minst 12 månader, icke-drogfria, för dem som senare dött och dem som vi inte nått för intervju.



Figur 9c. Genomsnittligt antal lagföringar för drogbrott 5 år före och 5 år efter indexvårdtillfället (0) för drogfria i minst 12 månader, icke-drogfria, för dem som senare dött och dem vi inte nått för intervju.

ligger den drogfria gruppen marginellt lägre över hela perioden (ej signifikant). I gruppen som vi inte nått i intervjuundersökningen och som ej är döda (n=23) ökar antalet lagföringar efter vårdtillfället på Lund.

Figur 9b visar det genomsnittliga antalet lagföringar för våldsbrott per kvinna och år, som är relativt få i materialet och där utvecklingen visar en ökande trend fram till indexvårdtillfället och därefter en svagt avtagande trend för såväl gruppen drogfria som ej drogfria. Gruppen vi inte nått för intervju visar en ökning efter indexvårdtillfället.

Avslutningsvis (figur 9c) visas profilerna för de kvinnor som lagförts för drogbrott. Det är genomsnittligt antal lagföringar per kvinna och år från 5 år före till 5 år efter indexvårdtillfället (0).

Här finns en signifikant skillnad där minskningen i lagföringar för drogbrott stabiliseras på en lägre nivå för de drogfria än för gruppen som inte är drogfri senaste året. För gruppen som avlidit är nivån betydligt högre, varvid bör beaktas att gruppen är liten och konfidensintervallen därför stora. Gruppen som vi inte nått för intervju har inte fler drogbrott än de två första grupperna.

Vårdinsatser under tiden efter indexvårdtillfället

De flesta av klienterna har varit föremål för någon insats i specialistvård inom psykiatrin eller somatiken under det senaste året före intervjun (intervjudata).

Det är en hög nivå av sjukvårdskonsumtion, särskilt slutenvård och narkotikaavgiftning samt psykiatrisk vård i bägge grupperna. Många har fått behandling såväl under sista året som under sista halvåret. Högkonsumenter utgörs av cirka 30 procent av respektive urvalsgrupp. Några få har mycket vård vilket möjligen kan tolkas som att personerna söker adekvat vård i högre grad efter Lunden. Bara 4 personer har vårdats för alkoholproblem.

Farmakologisk behandling för narkotikaproblem erbjuds huvudsakligen till opiatmissbrukare vilket illustreras i figur 10. Det innebär att den typen av missbruk som är mest frekvent bland Lundens kvinnor, nämligen amfetaminmissbruk, sannolikt får färre insatser än de med heroinmissbruk.

Tabell 16. Somatiska och psykiatriska behandlingsinsatser under det senaste året för de intervjuade (n=109)

Genomförda insatser har förekommit	LVM (n=64)	LVU (n=45)
Behandling inom psykiatrin	61%	50%
Hepatit-B- och C-problem	57%	43%
Uppger stora behov av somatiska insatser		
Akut behandling av gynekologiska problem	26%	17%
Akutinsatser i tandvård	59%	48%
Akuta insatser vid graviditet	35%	48%

Tabell 17. Somatiska och psykiatriska behandlingsinsatser under fem år närmast efter inskrivningstillfället

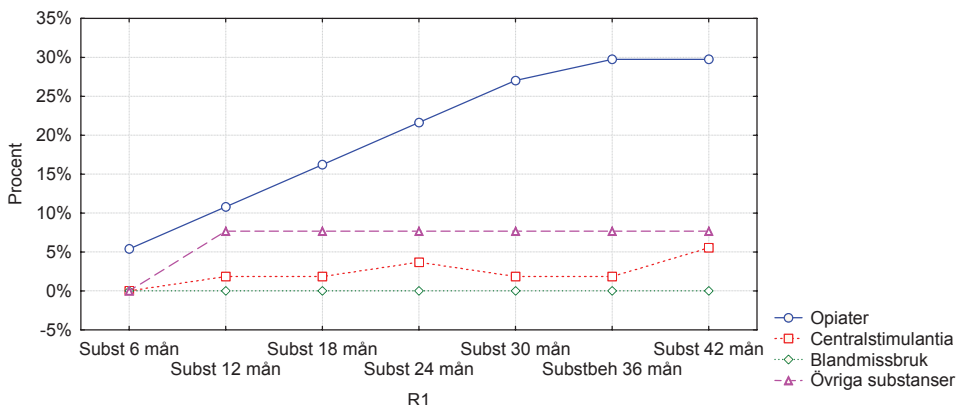
Antal genomförda insatser	LVM (n=64)	LVU (n=45)
Erhållit agonist-underhållsbehandling		
Metadonunderhållsbehandling	1 (2%)	1 (2%)
Subutexbehandling	11 (16%)	4 (8%)
Antal inläggningar under 5-årsperioden		
Annan sjukvård för nark (senaste 6 mån = 4+1)	19 (4)**	11 (8)
Psykiatrisk vård utöver avgiftning	27 (4)	34 (4)
Drogfri slutenvård – korttids	42 (2)	29 (1)
Narkotikaavgiftningar i slutenvård – >1 vtf	73 (7)	55 (5)
Behandling för alkoholproblem	15 (0)	6 (0)
Drogfri behandling	7 (2)	5 (0)
Avgiftningar av alkohol	13 (1)	10 (1)
Övriga insatser – hela uppföljningstiden		
Antal i LVU-/LVM-vård efter indexvårdtillfället	27 (34%)*	28 (53%)*
AA/AN	8 (11%)	2 (4%)

* Uppgiften baseras på KIA-data och är alltså inte självrapporterad.

** Kursiverade parenteser anger här antalet som vårdats under sista halvåret. Ett stort antal insatser fördelar sig i några fall på få personer.

Sjutton personer har haft metadon- eller subutexbehandling någon gång under uppföljningsperioden.

Slutligen har 17 personer av de 52 (= 32.6% jfr tabellsiffror) som vårdats enligt LVU ånyo dömts till LVU-vård efter inskrivningstillfället – 6 av dessa har dömts till LVM-vård. Av de 80 som LVM-vårdades har 28 dömts till nytt LVM. Några få har vårdats flera gånger.



Figur 10. Andel som fått behandling för missbruksproblematik

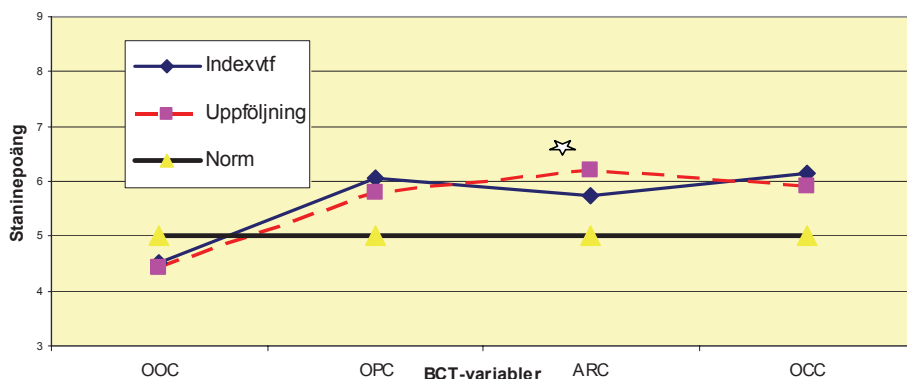
Förändringar i test- och diagnostiska data

I studien har använts ett antal objektiverande⁹ test och skattningsskalor, de flesta normerade och standardiserade för svenska förhållanden. Det ger en möjlighet att studera vissa psykologiska dimensioner med god precision, och i några fall också göra jämförelser över tid och med andra jämförbara material, samt vad gäller personlighetsstörning och dess samband med kriminalitet. Frånsett betydelsen av att kartlägga problem hos individen och att möjligen också använda utredning som kvalitetsintervention för att förbättra klientens motivation, använder vi den här typen av data även som oberoende mått på delvis samma problemområden som vi försöker täcka i intervjun, också det ett trianguleringsförfarande. Vi försöker täcka 4 huvudområden; personlighetsmått, symtommått samt mått på social integration och upplevelse av sammanhang samt personlighetsstörningsdiagnosens inverkan.

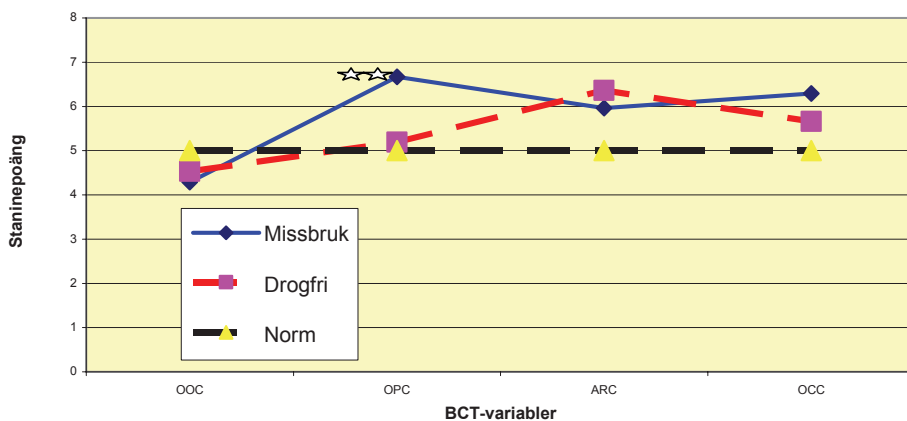
Personlighetstestet BCT

I genomgången nedan presenteras några grunddata från studien samt förändringar som kunnat beläggas över tid. Det är testet Basic Character Trait test (BCT) som mäter 4 grundläggande personlighetsdrag. BCT utgår från psykoanalytisk teori av tidiga karaktärsdrag och skiljer utifrån faktoranalys

⁹ Begreppet objektiverande är en markering att testdata i sig inte behöver vara "objektiva" mer än andra typer av data men att metodiken i mätningarna beaktar reliabilitet och validitet.



Figur 11. Jämförelser av personlighetsdrag enligt BCT vid indexvårdtillfället samt vid uppföljningen 5 år senare (n=103). Signifikansnivå: $p < .05$ *



Figur 12. Jämförelser av BCT-variabler för drogfria (> 6 mån) och icke-drogfria klienter (n=96). Signifikansnivå: $p < .01$ **

två faktorer på "oral nivå": oral optimism och oral pessimism samt två faktorer på "anal" nivå: analt reaktiva drag och obsessivt kompulsiva karaktärsdrag. Testet är standardiserat på ett rikssampel om 1 000 personer, kompletterat med ett normalsampel om 900 personer inom vårddyrken och validerat på 1 200 patienter (Cesarec & Fridell, kommande). I appendixtabell 9 jämförs medelvärden och standardavvikelser i staninepoäng vid index- och vid 5-årsuppföljningen. Vidare redovisas gruppen drogfria och ej-drogfria vid uppföljningen. Vid indexvårdtillfället fanns inga skillnader mellan LVU- och LVM-klienter (Jansson & Fridell 2003).

Vad gäller egenskaper och förhållanden vid inskrivningstillfället avvek inte LVM- eller LVU-grupperna från normalgruppen. Resultaten i både BCT (figur 12) och Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS) som mäter behovsstruktur låg gruppen som helhet inom en standardavvikelseenheter på staninepoäng (figurerna 11 och 12, appendixtabell 9). Testet beskrivs i appendix B.

I figur 11 redovisas profilerna för BCT-variablerna vid inskrivning och vid uppföljning. Resultaten i BCT redovisas här som brukligt i profiler över variablerna. Figur 12 visar nivåerna för drogfria och icke-drogfria klienter vid uppföljning.

Gruppen som inte är drogfri det senaste halvåret visar inga signifikanta förändringar i någon del av testet. Bägge grupperna ligger lägre än normalgruppen på oral optimism som indikerar bland annat sociabilitet och intresse för omgivningen.

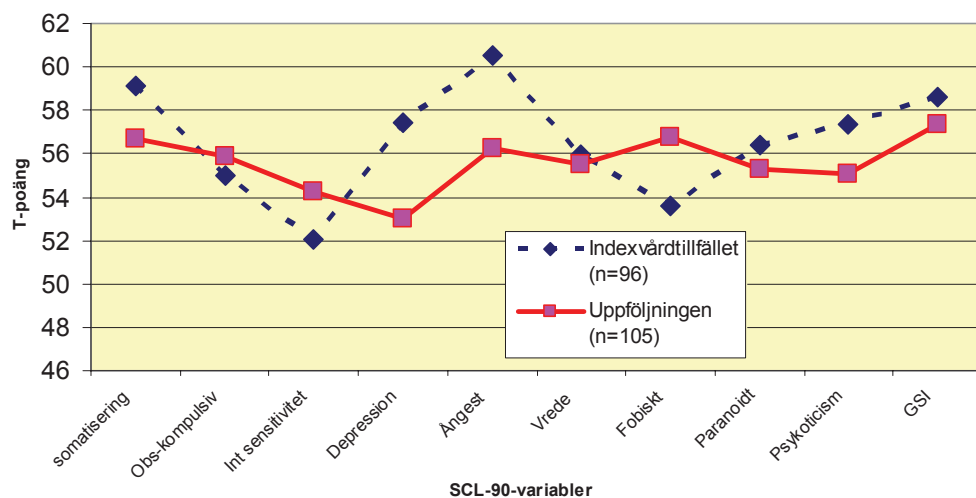
I gruppen drogfria vid uppföljningen visar variabeln analt reaktiva drag (ARC) en signifikant högre nivå, vilket kan tolkas som en högre grad av "inre struktur". ARC mäter främst envishet, renlighet och sparsamhet som normalvariant. Vidare finns en statistisk tendens till att oralpessimistiska drag (OPC) minskar. Individer med höga poäng på dessa drag utmärks av negativism, verbal aggressivitet uttryckt som "bitskhet", otålighet, behov av omedelbar tillfredsställelse, avund och oförmåga att känna tacksamhet. Det är ogynnsamma personlighetsdrag för socialt fungerande och en förbättring i sådana drag bör betraktas som tecken på en gynnsam utveckling. Vid uppföljningen skiljer sig inte LVU- från LVM-gruppen på de fyra variablerna.

Symptom Checklist – 90 (SCL-90)

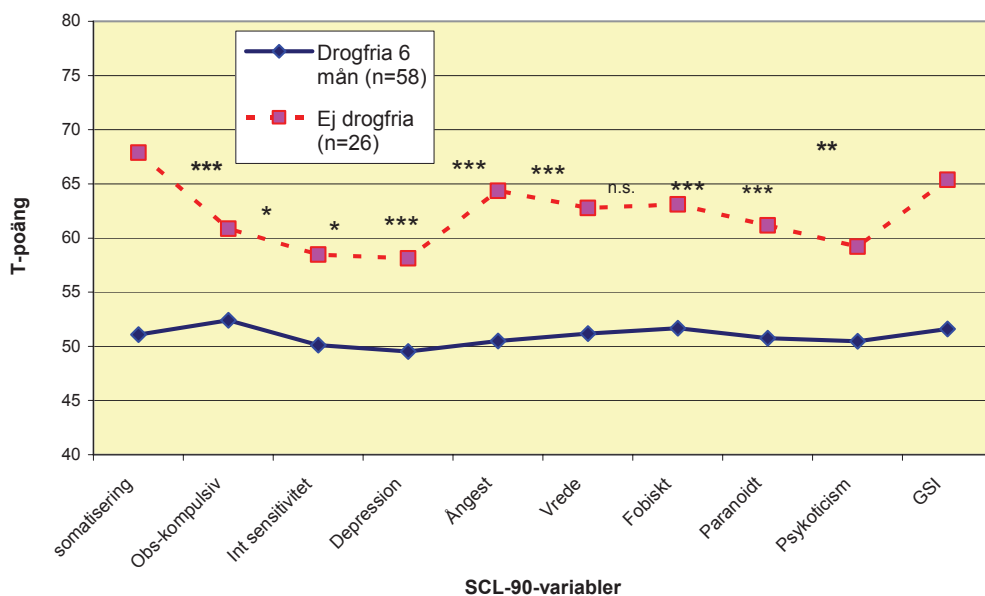
Symptom Checklist – 90 (SCL-90) är internationellt den kanske mest använda kliniska symtomskalan, standardiserad och validerad för svenska förhållanden av författaren med medarbetare (Fridell, Cesarec, Johansson & Malling Thorsen 2002). De nio delskalorna och sammanfattningsskalorna redovisas i appendix 3. SCL-90 mäter *aktuell symtomnivå*. SCL-90 har insamlats fullständigt vid inskrivnings- och uppföljningstillfället för 89 personer. Vid inskrivningstillfället hade LVM-gruppen signifikant högre nivåer på skalorna "somatisering" och "obsessivt-kompulsiva" symtom (Jansson & Fridell 2003), men dessa gruppkillnader finns inte kvar vid uppföljningen.

Sedan inskrivningstillfället har symtomnivåerna i den totala gruppen minskat i ett flertal av de nio SCL-90-skalorna. Ingen av skalorna är dock extremt hög: $T > 70$, motsvarande två standardavvikelseenheter över medelvärdet för skalorna. Signifikanta minskningar finns för skalorna somatisering ($p < .01$), depression ($p < .000$), ångest ($p < .000$), vrede ($p < .029$), fobiskt tänkande ($p < .006$), paranoidt tänkande ($p < .006$), psykotiskt tänkande ($p < .003$), och minskningen sammanfattas i det globala svårighetsindexet ($p < .002$). Det finns också en minskning (statistisk tendens) för obsessivt-kompulsiva symtom ($p < .064$). I diagram 13 redovisas nivåerna vid inskrivningsvårdstillfället respektive vid uppföljningen. De som vid uppföljningstillfället har varit drogfria minst ett år ($n=58$) jämförs med dem som inte är drogfria ($n=26$).

På grupp nivå ligger profilerna både före och efter lägre än gränsen för klinisk problemnivå. Samtliga skalpoäng är lägre än $T=70$.



Figur 13. Profilmjämförelse av SCL-90 vid indexvårdtillfället och vid uppföljningen. Signifikansnivåer: $p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$ ***



Figur 14. Värdet av SCL-90-skalorna vid uppföljningen för dem som varit drogfria minst 6 månader (n=58) och ej drogfria (n=26). Signifikansnivåer $p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$ ***

I figur 14 beskrivs problemnivåerna enligt SCL-90 vid uppföljningstidpunkten dels för kvinnor som har varit drogfria 6 månader eller längre, dels för kvinnor som fortsatt att missbruka.

Samtliga SCL-90-skalor är signifikant lägre för dem som är drogfria än för dem som missbrukar. Minskningen av symtom över tid beror med stor sannolikhet på den ökade drogfriheten. Förbättringarna i symtom är högst

signifikanta överlag, sammanfattat i skalan Globalt Svårighetsindex ($p < .000$). Ingen skala avviker mer än två standardavvikelser från medelvärdet på respektive skala.

Global Assessment of Function – GAF

Skattningsskalan – GAF ger en totalvärdering av individens psykosociala funktionsnivå vid en given tidpunkt. Skalan går från 0 till 100 med 100 som fullt välfungerande individ och 70 som en kritisk gräns mot mindre välfungerande liv. I den här analysen jämförs enbart de som varit drogfria minst ett år med dem som fortfarande missbrukar eller har varit drogfria bara en kortare tid ($n=104$). Medelvärdet i den drogfria gruppen är marginellt men signifikant högre vid uppföljningen ($m=79$, $sd=10,97$ mot $m=72$ och $Sd=10,82$) i gruppen med kortare eller ingen drogfrihet ($t=3,364$ (104), $p < .001$).

Hälsoformuläret – SF-36

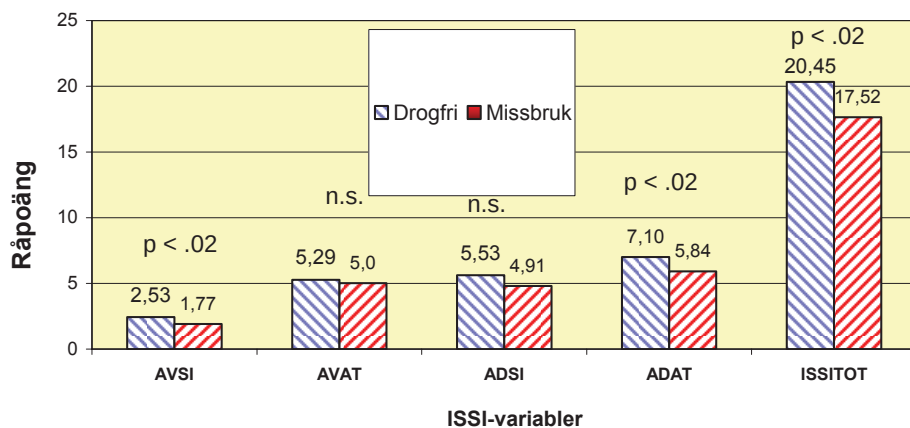
Hälsoformuläret SF-36 har utvecklats av WHO i flera etapper för att på ett enkelt sätt kartlägga psykisk och somatisk sjuklighet i en normalgrupp såväl som i olika kliniska grupper. Det har standardiserats och normerats för cirka 20 olika språkområden. I den här redovisningen går vi inte igenom samtliga delskalor som finns i formuläret. Läsaren hänvisas till appendix tabell 10. I stort sett samtliga delskalor visar högre problemnivåer för gruppen som missbrukar jämfört med dem som är drogfria sedan sex månader eller längre. De två sammanfattningsskalorna för somatisk (PCS) respektive psykisk hälsa (MCS) förklarar enligt manualen 80–85 procent av den totala variansen (SF-36 2002). Vi har normerat de två indexen till linjära T-poäng för att öka tolkbarheten.

Gruppen drogfria sedan minst ett år visar en statistisk trend mot mer normalt fungerande vad gäller psykiatrisk problemnivå ($m=53,02$, $Sd=8,04$) och statistiskt signifikant bättre funktion på somatisk problemnivå ($m=41,35$, $Sd=14,05$) än gruppen med kortare eller ingen drogfrihet ($49,45$, $Sd=10,76$ för psykiatriska problem respektive $m=32,50$, $Sd=13,73$), $t = 1,16$ (105), $p < .06$ och $t = 3,29$ (105), $p < .001$). Men även gruppen som är drogfri ligger nästan en standardavvikelse under normalbefolkningen (appendix tabell 10).

Övriga mätinstrument

Utöver personlighetsinventorier och diagnoser av personlighetsstörning mäts i uppföljningen också följande dimensioner: upplevelse av sammanhang, KASAM, social integration, ISSI-skalan, samt aktuell alkoholanvändning, AUDIT. Samtliga mätinstrument beskrivs närmare i appendix B.

Helt kort är ISSI-formuläret en av de mer använda skattningarna för social integration och social interaktion, dock mer sällan inom missbrukarvården. I figur 15 är det få skillnader mellan dem som varit drogfria minst senaste halvåret och dem som är inne i ett aktivt missbruk. Däremot är skillnaderna systematiska så att de som är i ett aktivt missbruk har mindre nätverk. Total-



Figur 15. Social integration (ISSI) för klienter som varit drogfria minst 1 år ($n=49$) respektive för ej drogfria ($n=56$). Signifikansnivåer: $p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$, ***

poängen anses mest relevant och kan maximalt bli 30 med 20 som riktmärke för normal integration.

Det finns en signifikant skillnad på skalorna Tillgång till social integration (AVSI) och Upplevelse av tillfredsställelse med djupa känslomässiga relationer (ADAT) samt på totalpoängen på ISSI så att klienter som är drogfria upplever högre tillfredsställelse med social integration än de som missbrukar (appendix tabell 11).

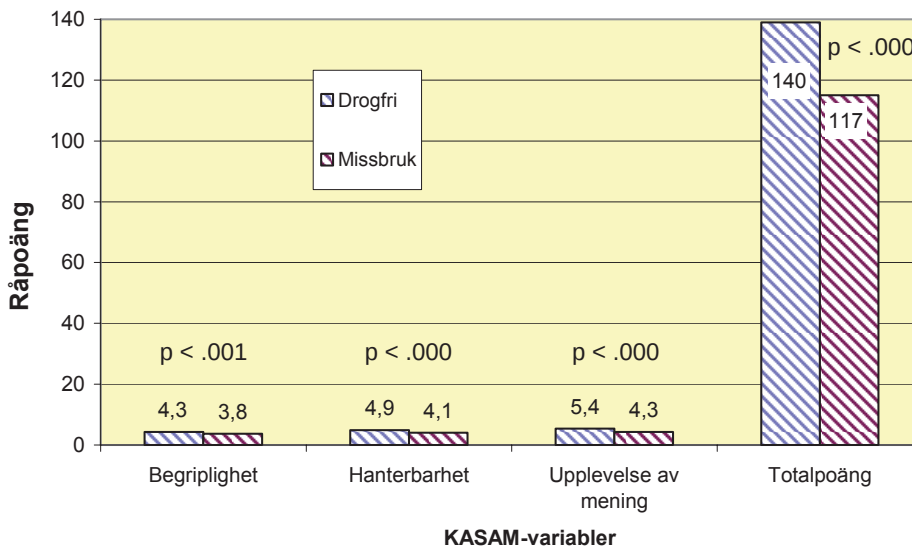
KASAM

Känsla av sammanhang (KASAM) är en av de mer populära skalorna just nu. KASAM består av tre delskalor; begriplighet, hanterbarhet och upplevelse av mening samt en totalpoäng. Man brukar räkna med att totalpoäng 125 och uppåt anger en normal upplevelse av sammanhang. Signifikanta skillnader på samtliga subskalor och totalmättet (KASAM) visar att de som varit drogfria minst ett år ligger signifikant högre på samtliga mått jämfört med dem som har en kortare eller ingen drogfrihet (appendix tabell 12).

AUDIT

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Bergman & Källmén 1994) har använts som ett komplement och för validering av frågor i uppföljnings-DOK och av DSM-III-R kriterierna. Det består av 10 frågor och är standardiserat och validerat på svensk normalgrupp respektive patientmaterial.

Trots att Lundenklienterna består av få personer med direkt alkoholberoende visar AUDIT ändå att de som har minst ett års drogfrihet har signifikant lägre värden på alla skalor och totalpoäng i AUDIT än de med kortare eller ingen drogfrihet. AUDIT har på så vis en högre känslighet som mått än till exempel DSM-IV-indelningen (appendix tabell 13).



Figur 16. Upplevelse av sammanhang (KASAM) för gruppen drogfria minst 1 år (49) och för ej drogfria (56). Signifikansnivåer: $p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$ ***

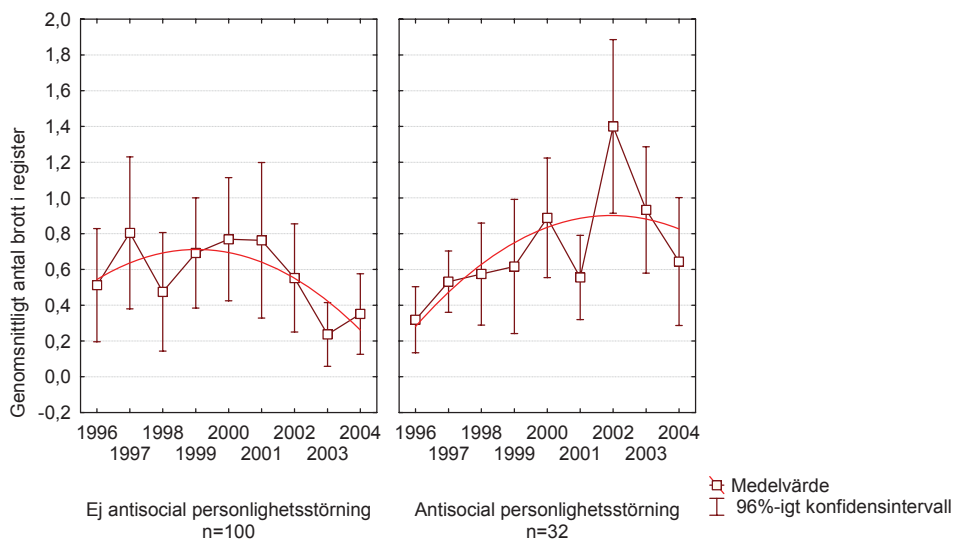
Sammanfattningsvis kan sägas att BCT-formuläret som mäter mycket stabila personlighetsdimensioner visar små men gynnsamma förbättringar för dem med längre drogfrihet. På samma sätt visar tre olika mått på symtom/obehag och totalfunktion att gruppen med stabil drogfrihet över ett år är signifikant mer välfungerande. Mått på social integration (ISSI) och upplevelse av mening och sammanhang (KASAM) visar att gruppen utan missbruk mår och fungerar bättre än gruppen med fortsatt missbruk. Och slutligen, trots att få har alkoholberoende, har gruppen drogfria också signifikant lägre problemnivå i alkoholdrickande än de som missbrukar.

Inverkan av uppförandestörning och antisocial personlighetsstörning på förloppet

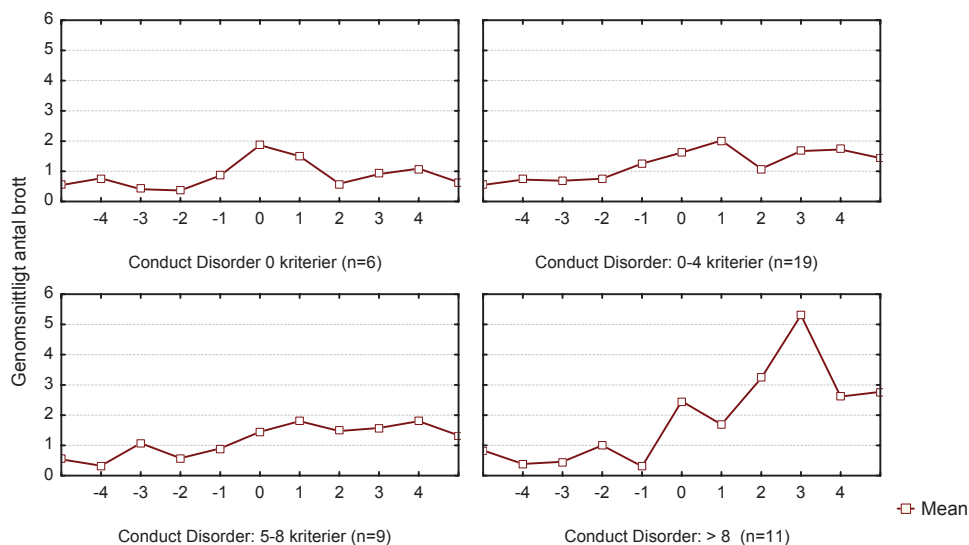
Figurerna 17 och 18 visar genomsnittligt antal lagföringar över tid från cirka 5 år före till cirka 5 år efter inskrivningsvårdtillfället. De som fått antisocial personlighetsstörning som första eller andra diagnos redovisas tillsammans (30 i LVM- och 2 i LVU-materialet).

I figur 17 visas sambandet mellan antisocial beteendestörning och kriminalitet och i figur 18 mellan uppförandestörning och kriminalitet mätt med registrerade lagföringar det senaste året. Fyra av fem av klienterna tvångsvårdades åren 1998–2000.

Antisocial personlighetsstörning visar en statistisk tendens till fortsatt kriminalitet medan klienter utan antisocial diagnos visar avtagande kriminalitet mätt i totalt antal brott efter avslutad SiS-vård (appendixtabell 14). Uppförandestörning ger en starkare negativ inverkan. När kontroll görs för antalet kriterier för conduct disorder finns ett differentiellt utfall så att enbart



Figur 17. Genomsnittligt antal registrerade lagföringar 1996–2004 för klienter med respektive utan antisocial personlighetsstörning



Figur 18. Genomsnittligt antal lagföringar (register) fyra år efter inskrivning i LVU-vård för klienter med respektive utan uppförandestörning (CD) andra personlighetsstörningar, ålder och tid fram till tvångsingripandet konstanthållna (n=45)

de med fler än 8 kriterier har en signifikant förhöjd brottsaktivitet efter behandlingstillfället. I sin helhet innehåller en "full CD" 20 items. 22 personer i LVU-gruppen har en CD-diagnos.

Analysen har gjorts med en random effekt modell där vi kontrollerar för att det är samma personer som mäts vid flera tidpunkter i den beroende variabeln.

Det finns en signifikant tidseffekt ($\beta = 0.09$, $p < 0.001$), som visar att risken för att bli registrerad i lagföringsregistret ökar under observationsperioden. Det syns en signifikant peek-effekt, således att antalet lagföringar är signifikant högre ju närmare inskrivningsperioden vi mäter ($\beta = 0.27$, $p < .001$). Till slut noteras en signifikant effekt av uppförandestörning, hämtat från SCID-II, så att ju fler kriterier en kvinna uppfyller, desto större är risken att hon lagförs ett givet år (appendix tabellerna 14 och 15).

Såväl antisocial personlighetsstörning (tendens) som uppförandestörning har en negativ inverkan på utfallet i ett antal oberoende utfallsmått. Brottshigheten ökar fram till LVU-/LVM-vårdtillfället och avtar därefter utom för dem som har ett stort antal kriterier uppfyllda på uppförandestörning, där antalet lagföringar i stället ökar. Totalt 20 personer (38%) i LVU-gruppen har en CD-diagnos (närmare hälften av de intervjuade).

Analysen i appendix tabell 11 tar med samtliga personlighetsstörningar för hela samplet ($n=132$). Av diagnoserna är det dock bara antisocial och uppförandestörning som har samband med kriminalitet. Endast ett fåtal kvinnor i undersökningen uppfyller kriterierna för psykopatisk störning.

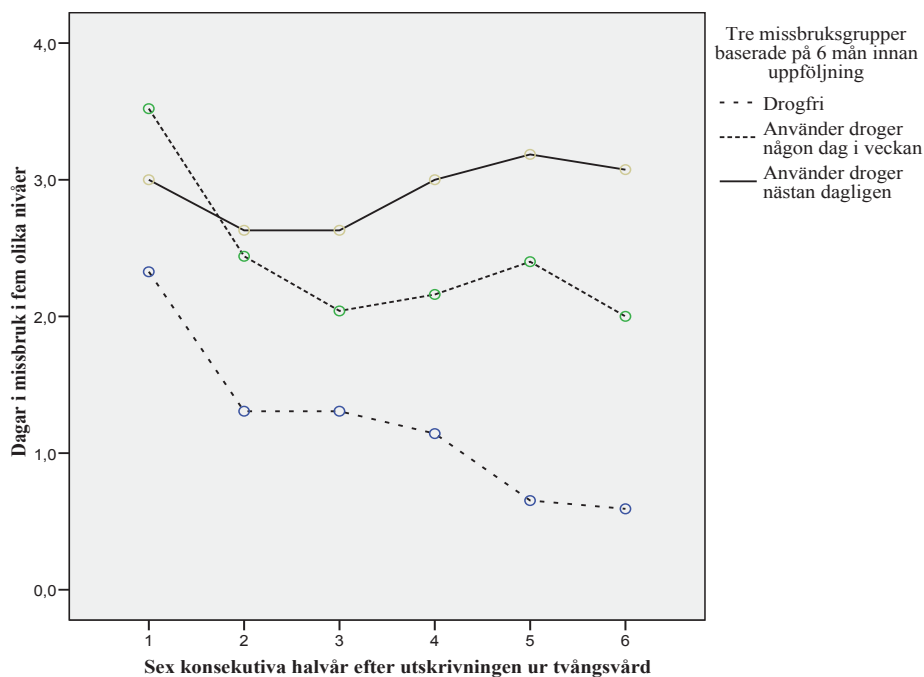
Missbruksutveckling

Missbruk 3 år efter behandling

En del av den strukturerade intervjuundersökningen utgjordes av en modifierad variant av Time-Line-Follow-back (TLFB) samt DOK-uppföljningen där personen utfrågades från nuläget och bakåt i tid halvårsvis angående olika aspekter av hennes livssituation; narkotikabruk, alkoholbruk, boendesituation, familjesituation, försörjning, ekonomi, kriminalitet och arbete. Data registrerades med mängd/omfattning av indikatorerna för varje halvår bakåt i tiden efter utskrivningen från Lunden. Data i analysen bygger på självrapportering av de 101 intervjuade.

Klusteranalys enligt Ward's metod användes i beskrivningen. Målet med klusteranalyserna var att hitta undergrupper av klienter med utgångspunkt från självrapporterat missbruk de senaste sex månaderna innan intervjun. Flera olika klusterlösningar prövades och till slut valdes en med tre kluster. Kluster 0 kan beskrivas som de som inte missbrukar narkotika sex månader innan uppföljningen, kluster 1 de som återfallit och missbrukat narkotika mer sporadiskt samt kluster 2 de som missbrukat narkotika dagligen eller nästan dagligen under de senaste sex månaderna. Lägg märke till att analysen beskriver hur klienter som idag har olika missbruksstatus utvecklades de första tre åren efter behandlingen. TLFB-data var mest kompletta för denna period och fanns tillgängliga för 101 personer.

I figur 19 finns på den lodräta axeln angivet fem olika nivåer av missbruk räknat på hur många dagar klienten missbrukat per månad med 0 som den lägsta och 4 som den högsta nivån. Följande gränser användes: 0 = 0 dagar/månad, 1 = 1 till 2 dagar/månad, 2 = 3 till 5 dagar/månad, 3 = 6 till 15 dagar/



Figur 19. Tre olika utvecklingslinjer i missbruk de första sex halvåren efter indexvårdtillfället enligt intervjuuppgifter (TLFB-data för 101 personer)

månad och 4 = fler än 15 dagar/ månad. Måttet som används är en sammanvägning av antalet dagar med missbruk över alla kategorier under månaden (TLFB) halvårsvis.

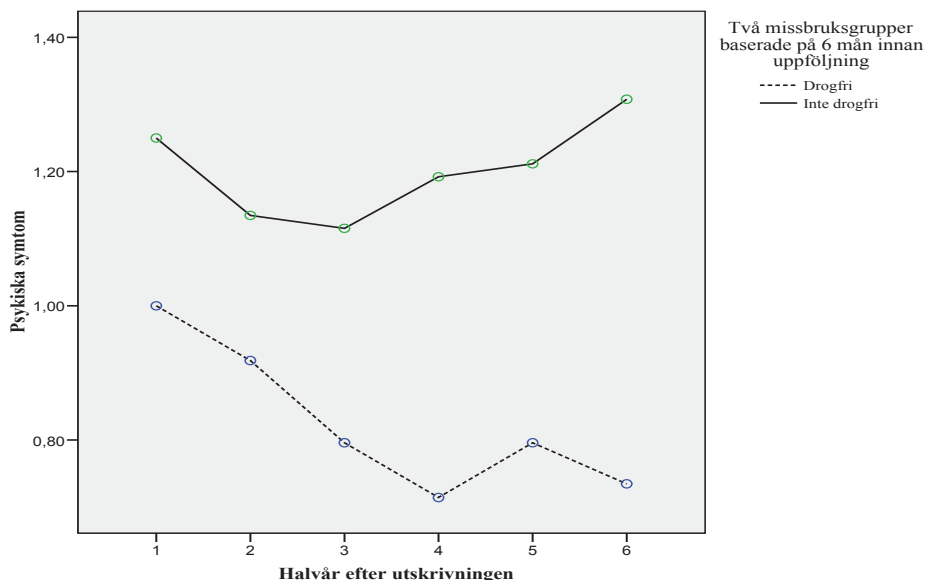
Analysen visar att tre olika förlopp kan urskiljas: de som snabbt blir drogfria efter utskrivningen (nedre streckade linjen) och fortsätter att minska missbruket under de följande tre åren, de som har ett missbruk som varierar i omfång över tid (den mellersta brutna linjen) och de som fortfarande efter tre år har ett nästan dagligt drogmissbruk (den översta heldragna linjen).

Tabell 18. Tre kluster med inbördes olika missbruksstatus vid uppföljningen

		Frekvens	Procent	Valid Procent	Kumulativ Procent
Drogfri	,00	49	46,2	48,5	48,5
Ej dagligen	1,00	25	23,6	24,8	73,3
Dagligen	2,00	27	25,5	26,7	100,0
Totalt		101	95,3	100,0	

Ångest och depression de tre första åren efter tvångsvård

De olika gruppernas utveckling av psykiska symtom undersöktes under de tre åren efter indexvårdtillfället. I analyserna jämförs de som är stabilt drogfria (kluster 0) med dem som är drogfria intermittent eller inte alls



Figur 20. Självrapporterade psykiska symtom de senaste tre åren bland stabilt drogfria och inte drogfria (TLFB-data för 101 personer)

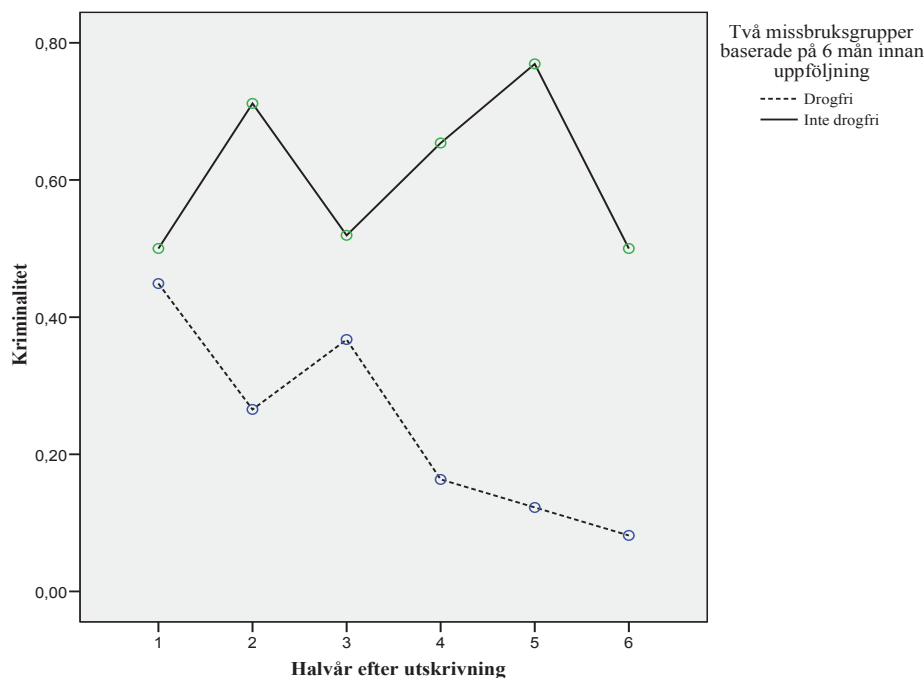
(tidigare kluster 1 och 2). De senare har en betydligt högre symtomnivå. Samma femgradiga skala på Y-axeln som i föregående diagram användes. Grupperna har slagits samman till dem som är drogfria och dem som inte varit drogfria.

I figur 20 beskrivs antalet dagar med psykiska problem i fem nivåer i TLFB aggregerade till halvårsnivåer och fem olika värden. Den horisontella axeln anger antalet halvår sedan utskrivningen. Psykiska symtom i analysen avser depression, ångest, spänningar, aggressivitet och om kvinnan ordinerats psykofarmaka.

Psykiska problem, främst depression, ångest, ilska är i de flesta undersökningar högst i grupper som befinner sig i aktivt missbruk, $F(2,99) = 4,445$, $p < .0038$. Detta urskiljs redan i det tidiga efterförloppet vid utskrivningen och skillnaden tenderar att öka med åren (övre heldragna linjen). I den linjära trenden finns en interaktion (trend) mellan grupperna. För dem som har en avtagande nivå av missbruk minskar även de psykiska symtomen som ångest och depression medan de som fortsätter missbruka har en betydligt högre fortsatt problemnivå.

Kriminalitet de tre första åren efter tvångsvård

I analysen har åtal (intervjuuppgifter) för de olika brottstyperna tagits med; narkotika-, egendoms-, våldsbrott, andra brott, förargelseväckande beteende, omhändertagande av berusad (LOB), rattfylleri, trafikbrott, samt intagen på kriminalvårdsanstalt eller rättspsykiatrisk klinik. Antalet självrapporterade



Figur 21. Självrapporterad brottslighet de senaste 6 halvåren för stabilt drogfria och inte drogfria

åtal i TLFB skiljer sig tydligt åt mellan grupperna redan i det tidiga efterförloppet. De som missbrukar vid uppföljningen (grupp 2 och 3 sammanslagna) har haft en högre brottslighet, $F(1,99)=9.062$; $p<0.003$.

I figur 21 anges kriminalitet i antal självrapporterade åtal halvårsvis efter utskrivning för drogfria och inte drogfria klienter vid uppföljningen.

Figur 21 visar att bland dem som slutar missbruka avtar självrapporterad kriminalitet under loppet av de tre första åren efter indexvårdtillfället.

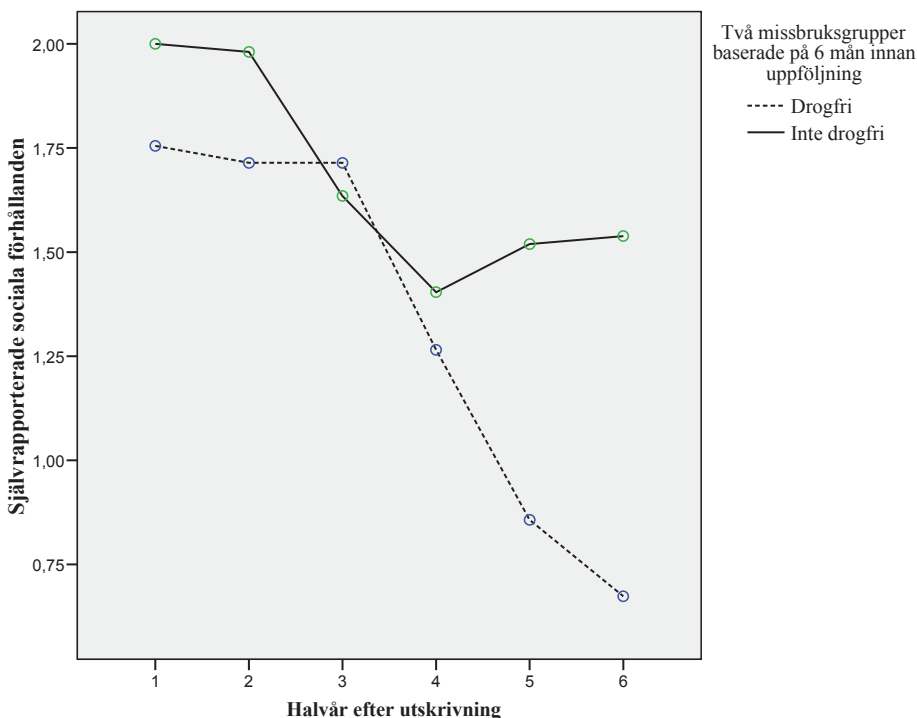
Sociala förhållanden de tre första åren efter tvångsvård

Mest markant blir förändringen när uppgifter om klientens sociala förhållanden, som inkomst genom kriminalitet, inkomst genom arbete eller studiemedel, socialbidrag, bostadssituation, boende med missbrukande respektive icke missbrukande partner, fritid med vänner och familj som inte missbrukar, slås samman till ett sammanfattande mått. På den lodräta axeln (figur 22) anges medelvärden för detta mått i fem nivåer aggregerade halvårsvis och på den vågräta anges varje halvår efter utskrivningen.

Trenden i den icke missbrukande gruppen är att situationen förbättras så att legala inkomster och inkomster via studiemedel ökat medan inkomster av kriminalitet har minskat och bostadssituationen har förbättrats. Vidare lever kvinnorna i högre grad med icke missbrukande partner och umgås på fritiden med familjemedlemmar eller vänner som inte missbrukar. För den missbru-

kande gruppen finns initialt samma trend (interaktionseffekten i figuren), men den fortsätter inte efter 2:a året. Trenderna är från år 2 signifikant olika, $F(1,99) = 4,300, p < .041$ eftersom interaktionen mellan grupperna är signifikant skild, $F(1,99) = 6,374, p < .013$ och $F(1,99) = 11,168, p < .001$.

Den tydligaste förändringen återfinns i klientens sociala förhållanden, försörjning, ekonomi, arbete, familjebildning och så vidare. Den drogfria gruppen har en gynnsam utveckling medan gruppen som fortsätter missbruka visar försämrade omständigheter.



Figur 22. Löneinkomster och transfereringar ur socialförsäkringssystemet under de tre första åren efter indexvårdtillfället enligt intervjuuppgifter

Sammanfattning

Förloppsanalysen använder enbart intervjudata från DOK-uppföljningen plus Time-Line-Follow-Back med motsvarande uppgifter. I analysen kombinerades ett antal mått och indikatorer på förändring. En tydlig trend visar sig redan under de första tre åren efter utskrivningen i ett snabbt avtagande missbruk, eller i återfall men med en successivt förbättring över tid eller som tredje utvecklingslinje, fortsatt missbruk ganska konstant minst en dag i veckan.

Missbruket är centralt för fortsatt kriminalitet, för kvarstående symtom som ångest och depression liksom för förändringar i klientens sociala förhål-

landen. De som har en gynnsam missbruksutveckling visar förbättringar i dessa dimensioner. Klusteranalysen ger stöd åt data som insamlats med objektiverande mått som psykologiska test etc och förändringarna får således stöd av flera oberoende mått.

Diskussion

Uppföljningen av Lundens ungdomshem (LVU-) och LVM-hem var ursprungligen planerad att omfatta två till tre år. Det blev i praktiken en femårsuppföljning. Eftersom ett längre perspektiv speglar mer stabila förändringar i klientgruppen jämfört med ett kortare tror vi att undersökningen har vunnit på detta. Under studien tillkom ett behov av att spegla utvecklingen också i mer utförliga registerdata och vi fick 2006 nytt etikillstånd till data som täckte tiden långt före inläggningen på SiS-institution såväl som under uppföljningstiden.

Studien handlar om *kvinnor med narkotikamissbruk*. Flera tidigare undersökningar har visat att kvinnor och män skiljer sig i utfall, så att kvinnor har en betydligt högre drogfrihet vid uppföljning än män (Fridell 2002). I Fridells et al femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare från mitten av 1990-talet var 53 procent av kvinnorna stabilt drogfria mot männens 30 procent (Fridell 1998; Fridell et al 2006). I belastningshänseende skiljde sig inte kvinnorna i tvångsvård från dem i frivillig narkomanvård.

De mycket omfattande psykologiskt-/psykiatriska utredningar som görs av psykologerna på Lunden gav en möjlighet att kontrollera jämförbarheten med andra material. Sedan 1997 görs systematiska utredningar på klienter vid Lunden med syfte att skapa bättre förutsättningar för behandling men också för att kontrollera för förändringar i klientunderlaget. Gruppen i femårsuppföljningen är ett urval klienter vårdade från 1 januari 1997 till den 31 december 2000, det vill säga så långt tillbaka i tiden som man hade tillgång till psykolog på såväl LVU- som LVM-avdelningen. Bedömningarna har gjorts med standardiserade test och skattningsskalor vartill kommer DOK- och ADAD-data och TLFB.

En första genomgång av klientmaterialet visade att både LVU- och LVM-vårdade kvinnor hade en extremt hög grad av psykiska störningar men även somatiska sjukdomar (Jansson & Fridell 2003). En majoritet var injektionsmissbrukare, de flesta av amfetamin med heroin som den närmast vanligaste drogen. Drygt 70 procent hade någon personlighetsstörning, cirka 30 procent någon typ av depressions- eller psykossjukdom, i regel av typen förgiftningspsykos (17%). Cirka 40 procent hade någon psykiatrisk sjukdomsdiagnos vid sidan om missbruks-/beroendediagnosen. Drygt hälften hade gjort självmordsförsök och deras bakgrund innehöll en diger lista av brister i basalt omhändertagande och omvårdnad samt svek från samhälle och skola. Merparten hade haft en lång kontakt med psykiatri och socialtjänsten och de hade flera gånger varit föremål för samhällsingripanden med till synes begrän-

sad framgång. Också den somatiska vårdkonsumtionen var hög. Jämförelser visade att Lundengruppen var lika belastad psykiatriskt/psykologiskt som jämförelsegruppen kvinnor vårdade på S:t Lars avgiftningsenhet några år tidigare (Fridell 1998) men att det förelåg en högre nivå av social utslagning. Kvinnorna på Lunden framstod som en psykosocialt mycket belastad grupp med substansberoende.

Kartläggningar inom SiS har visat att de unga kvinnorna har komplex belastning med personlighetsstörning och neuropsykologiska funktionshinder. Gruppen liknar de SiS-klienter som redovisats i DOK 00 (3/01) med reservationen att narkotikamissbrukare har en högre psykologisk/psykiatrisk belastning än SiS-klienterna i gemen. På samma sätt visar Lundens LVM-kvinnor en profil med allvarliga psykologiska och sociala problem liknande dem i studien av Armelius med medarbetare (2002). I relation till den modell som sattes upp i forskningsöversikten i rapporten kan vi konstatera att Lundens kvinnor som grupp liknar den sk modell II i presentationen, alltså den som empiriskt visat sig motsvara den relativt specifika konstellationen av psykiska störningar hos tunga narkotikamissbrukare (figur 1 och 2).

Urvalet är ett representativt urval om 132 konsekutivt intagna och utredda klienter från Lunden där 80 kvinnor från LVM och 52 från LVU inkluderades. Övriga icke utredda kvinnor; 58 från LVM och 40 från LVU används i analysen som jämförelsegrupper. Jämförbara data finns både från indexvårdtillfället och vid uppföljningen, i viktiga delar för hela gruppen. Representativitets- och bortfallsanalyser ger stöd för slutsatsen att resultaten kan generaliseras till att gälla gruppen kvinnor som vårdats på Lunden under de senaste 10 åren.

Undersökningen tillämpar en trianguleringsansats och använder data som speglar kompletterande perspektiv. Tvärsnittsperspektivet beskriver läget vid uppföljningen. Dessa liksom testdata ger möjligheter till jämförelse över tid av läget fem år tidigare och vid uppföljningen. Förloppsperspektiven kompletteras för hela kohorten med registerdata och för dem som intervjuats med Time-Line-Follow-Back-intervjun (TLFB). Slutligen beskrivs utvecklingen av missbruket, psykiska symtom, kriminalitet och social anpassning utifrån en klusteranalytisk metod för de första tre åren efter utskrivningen.

Flera klienter blev omhändertagna inom SiS flera gånger under uppföljningstiden och en del fick också annan vård. Vid fem år är uppföljningsprocenten i studien hög, nästan 90 procent (88%) räknat på dem som fortfarande levde och 83 procent om vi tar med dem som vi inte lyckats nå och betraktar dem som möjliga återfall. Jämförelser över tid av diagnostiska data har kunnat göras för de 109 som intervjuades vid uppföljningen.

Registerdata har sina begränsningar. De ger inte möjligheter att särskilja olika grupper med olika utfall utom med mycket grova mått. Men registerdata i kombination med diagnostiska mått ökar specificiteten i en del av våra slutsatser. Vi fann till exempel möjligheter att belysa när kvinnorna (i termer av missbruk och kriminalitet) kom in i behandling. Vi har på så vis beskri-

vit förloppen i registerdata för brottsaktivitet och i sjukvård. Vi har kunnat urskilja avgiftning, psykiatrisk och somatisk vård över flera år före och efter index. Dessa data indikerar att kvinnorna når en topp av vårdkonsumtion kring omhändertagandet. På samma sätt visar Lagföringsregistret en topp för kriminalitet kring indexvårdtillfället. En faktor som påverkar utfallet över tid, och som kommer från intervjudata är om klienten är drogfri ett år eller längre vid uppföljningen eller inte. Om klienten fortsätter att missbruka fortsätter hon att bli registrerad i lagföringsregistret som tidigare. Olika typer av kriminalitet tycks utvecklas differentiellt så att drogfriheten inte påverkar antalet tillgreppsbrott medan våldsbrott möjligen tenderar att minska marginellt efter inskrivningsvårdtillfället och det finns en signifikant minskning i antalet lagföringar för drogbrott.

Andra faktorer som påverkar utfallet är att personer med diagnoser som personlighetsstörning, uppförandestörning och antisocial störning har en fortsatt brottsutveckling som är signifikant högre än för dem utan dessa diagnoser. Andra personlighetsdiagnoser har inte samma negativa inverkan. Tidigare har data saknats för att belysa fenomenet empiriskt. En tidigare femårsuppföljning av narkomaner har dock visat att antisocial personlighetsstörning hade en betydande negativ inverkan på utfallet i försörjning, kriminalitet, vårdkonsumtion, missbruk och socialt understöd jämfört med patienter utan antisocial personlighetsstörning (Fridell, Hesse & Johnsson 2006). Den här studien har kunnat visa att samma gäller för diagnosen uppförandestörning (CD) som är en problemdiagnos bland ungdomar. För ungdomar som registrerats för brottslig aktivitet utanför tvångsvården brukar anges en spontanförbättring av cirka 50 procent (Tengström 2007). I denna grupp indikerar främst höga poäng på CD en högre risk för fortsatt brottslig aktivitet. Bara i undantagsfall kan den negativa inverkan av antisocial diagnos eller CD förklaras med en hög förekomst av psykopatiskt beteende (PCL-R).

Överdödligheten över tid i gruppen är något lägre än i andra narkoman-grupper, men delvis återspeglar detta också att det är kvinnor som studeras och att flera av dem är unga. LVM-gruppen har högst dödlighet med 1,5 procent avlidna per år mot LVU-gruppens 0,06 procent. En Standard Mortality Rate (SMR) ligger på 5,3 gånger den i jämförbara åldersgrupper bland kvinnor. Detta är en lägre överdödlighet än bland narkotikamissbrukande män (Adamsson et al 1997). Det mest iögonfallande är att andelen som har dött av överdos är så hög i det här samplet. Totalt har 6 av 8 en narkotikarelaterad dödsorsak och 2 är suicid. I jämförelsematerialet har 11 personer avlidit och 7 av dem var akut drogrelaterade. Samtliga dödsfall hade missbruk som bidragande orsak.

Utfallet i tvärsnittsdata har redovisats både för dem som intervjuats (n=109) och enligt sk intention-to-treat, vilka beräknas på hela gruppen (n=132). Det senare beräkningssättet ger en mer pessimistisk bild. Vi anger siffrorna för enbart intervjuade inom kursivering i parentes. Likväl är det vid uppfölj-

ningen efter fem år cirka 14 procent (17%) som varit drogfria kontinuerligt sedan utskrivningen för fem år sedan. Stabilt drogfria mellan 2 till 4 år är 24 procent (30%) i LVM-gruppen och 31% (36%) i LVU. Jämför vi dem som varit drogfria ett år vid uppföljningen finner vi 39% (48%) bland LVM- och 37 procent (42%) i LVU-gruppen. Det är i grupper med längre drogfrihet än ett år som de största förändringarna i sysselsättning, boende och familjebildning också registreras. Vid uppföljningstillfället har 59 (73%) i LVM- och 54 procent (62%) i LVU-gruppen varit drogfria de senaste 30 dagarna. Siffrorna är även med Intention-to-treat-beräkningarna högre än i flera andra studier av tvångsvård. Vår poäng är dock att vi anser att 14 procent (17%) drogfria sedan utskrivningen är en hög siffra, fullt jämförbar med de effekter som redovisas i randomiserade kontrollerade studier (Fridell i Berglund et al 2003). Levin och många andra tolkar i motsats till oss att en förbättringsnivå om 14 procent är låg (Levin 1997). I övrigt ligger resultaten nära dem som nåddes i ett par tidigare undersökningar av mindre omfång på Lunden (Nordvall & Thalén 1997; Gerdner 2000). En liten riktad studie som den av Balldin (1999) som studerade kvinnor som var drogfria vid uppföljningen pekar möjligen mot behovet att differentiera behandlingen för kvinnorna lite mer. Samma tankegångar har också framförts av Kristiansen (2000) och Trulsson (1998).

Utfallet i den här studien ligger högre än rehabiliteringsnivåer för kriminalvårdens narkotikamissbrukare även om reservationer måste resas för att konstellationen av problem hos kvinnorna där kan se annorlunda ut än i en jämförbar femårsuppföljning (Fridell & Hesse 2006c; Holmberg & Fridell 2006). I vår litteraturöversikt och meta-analys av behandling av kriminalitet hos drogmisbrukare fann vi en effektnivå motsvarande $d = .09$ (Fridell & Hesse 2005c). Nivån i Lundenstudien, med en stabil förändring om cirka 15 procent motsvarar som kontrast en effektstorlek närmare $d = .20$, vilket i randomiserade effektstudier benämns som låg men reell effekt (Fridell & Hesse 2005b; 2006c). Jämförs nivåerna vid stabil drogfrihet över 2 år eller längre, vilket är längre observationstid än i 90 procent av RCT-studierna, är resultatet ännu tydligare. Beaktar man också att det rör sig om en tungt belastad grupp både socialt och psykologiskt/psykiatriskt är resultatnivåerna uppseendeväckande höga.

I Levins (1997) uppföljning av ungdomar vårdade vid Råby ungdomshem var det 14 procent som inte missbrukade eller hade begått brott. I sex andra studier som sammanställdes av Fridell (1996a) var andelen nyktra i LVM- och LVU-vården cirka 12 procent. En studie från Frösö LVM-hem visade minskat narkotikamissbruk för 31 procent och undersökningar från dåvarande Håkanstorps behandlingshem och LVM-hemmet Rålbshov visade en drogfrihet kring 50 procent vid uppföljningen. Gerdner (1998) fann i sin doktorsavhandling något fler, cirka 20 procent nyktra klienter. Som vi visat i den här redovisningen blir nivån på drogfrihet beroende på hur lång tid som förflutit fram till uppföljningen. Ju kortare tid desto bättre siffror. Eftersom de

flesta studier har kortare uppföljningstider, mellan 6 månader och 1,5 år, blir Lundenresultatet viktigt genom att vi följt klienterna över fem år, vilket ger en mer stabil nivå. I författarens m fl femårsuppföljning av tungt narkotikamissbruk och samma grupp uppföljd vid 15 år, var resultatet vid 5 år i hög grad prediktivt för situationen vid 15 år (Fridell, et al 2006a). Det förefaller också som om rehabiliteringsnivåerna i Lundenstudien är lägre än i femårsuppföljningen av frivilligt vårdade patienter vid S:t Lars vid mitten av 1990-talet. Där var 55 procent av kvinnorna stabilt drogfria längre än 2 år vid uppföljningen. Resultaten är däremot bättre än 1–2-årsresultaten i en välfungerande frivilligorganisation som Dianova (Fridell, Crabo & Gradowska 2008).

Få studier har använt diagnostiska bedömningar av klienterna och därför har få studier använt sådana data systematiskt vid uppföljningar, med undantag av främst Armelius et al (2002) samt Larsson och Ollus (1999). Studeras grupper av LVM- och LVU-klienter som diagnostiserats (dubbeldiagnospatienter) låg andelen i Larsson och Ollus studie utan missbruk på 4 av 28, medan andelen med ordnad sysselsättning var högre (11 av 28) och 13 av 28 hade fått egen lägenhet (Larsson & Ollus 1999). Vi vet att Lundenmaterialet är en lika belastad grupp som i någon annan uppföljningsstudie och likväl är resultaten bra. I likhet med andra studier är det en stor subgrupp i Lundenstudien (20% respektive 27%) som aldrig varit drogfria vid uppföljningen medan utfallet är okänt och sannolikt dåligt för 18 respektive 21 procent av gruppen. Utvecklingen ser dessutom olika ut för olika subgrupper. Bergs (2002) faktor- och klusteranalys av 321 unga kvinnor visade också, att det inom gruppen som vårdas på SiS finns grupper med mycket olika kombinationer av problem och sannolikt olika prognos.

Vad är då konsekvensen av att just dessa diagnostiska konstellationer finns inom SiS institutioner? Gemensamt för patienter med personlighetsstörning kan sägas vara att de reglerar självkänslan *utifrån*, direkt i samspelet med personalen på ett sätt som mer "inre" strukturerade patienter och normalfungerande personer inte behöver göra. Personalens eget beteende och sätt att bemöta patienterna blir avgörande för kontakten och möjligheten att påverka. Den ständiga pressen att "möta upp" är en stressfaktor i vårdarbetet, en ogynnsam men sannolikt ofrånkomlig påverkan/slitning i samspelet. Samtidigt innebär det att personalen som resurs och "buffert" blir viktig. Vårdklimatet på institutionerna måste ha en *hög grad av struktur*, gränssättning och tydlighet som förutsätter ett intensivt (och tröttande) samspel mellan klienter och personal där tonvikten läggs på träning av klienternas sociala kapaciteter (Fridell 2002). I SBU-rapporten (2001) och i riktlinjerna för missbrukarvården från Socialstyrelsen (2007) betonades tre gemensamma karakteristika för fungerande metoder: att de *fokuserar på kärnproblemet (missbruket)*, att verksamheten präglas av *hög struktur* och att insatserna har en *varaktighet om minst 3 månader* för att vara effektiva och metoder för att hjälpa klienterna att *vidmakthålla drogfrihet* är avgörande för utfallet (SBU 2001; Berglund, Thelander & Johnsson

2003; Socialstyrelsen 2007). Gerdner menar i sin genomgång av resultat från LVM-vård att organisationens hållning och förmåga att förmedla ett tydligt "budskap" påverkar utfallet gynnsamt (Gerdner 2004). Kombinationen av störningar tenderar också att interferera med klienternas förmåga att skapa och vidmakthålla sociala relationer och nätverk i och utanför behandling. Där finns en negativ inverkan på deras förmåga att följa "ordinationer", s k komplians (Arndt et al 1994), och förmåga att knyta an till behandlaren i en helping alliance (Gerstley, McLellan & Alterman et al 1989). Dessutom överlappar klienter/patienter med dålig förmåga att skapa allians med dem som har en antisocial personlighetsstörning (Gerstley, Alterman, McLellan & Woody 1990). Kvinnor med antisocial störning eller uppförandestörning visar följaktligen också sämre resultat än kvinnor utan dessa problem vilket indikerar problemens generella karaktär. Diagnostiska data har i den här uppföljningen visat sig ge en möjlighet att nyansera beskrivningen av de grupper som svarar bra respektive mindre bra på tvångsvårdsinsatserna. Fynden är konsistenta mellan olika sätt att redovisa.

Det är måhända inte sensationellt men likväl viktigt att Lundenstudien visar att drogfrihet under det senaste året är en stabil faktor bakom en rad andra dimensioner i kvinnornas liv. Kriminalitet och vårdkonsumtion minskar i denna grupp. Den sociala situationen stabiliseras och många börjar arbeta eller studera. Även om förhållandena mäts med olika instrument och infallsvinklar, är överensstämmelsen i den kliniska bilden påfallande stor.

Sedan blir frågan om vad som är orsaker bakom förändringarna viktig. Vi kan inte bevisa att SiS-vård på Lunden *orsakar* förändringen utan kontrollgruppsdesign. Och även om kvinnorna slutat missbruka har de fortsatt hög vårdkonsumtion som grupp. En majoritet har varit i behandling inom psykiatri, har hepatit B- och hepatit C-infektion och behöver en rad insatser med tandvård, somatisk vård, socialtjänst och psykiatrisk vård o s v även om de slutar missbruka. I grundrapporten för uppföljningen fastslogs att den somatiska sjukligheten låg högt över sjukdomsnivån och åtgärdsbehoven i jämförbara åldersgrupper (Jansson & Fridell 2003). Det är också en hög konsumtion både av somatisk och psykiatrisk vård i gruppen. Frågan om hög vårdkonsumtion kan kanske tolkas som att kvinnan knyter an till befintliga hjälpinsatser som i sig kan vara livsnödvändiga. I två tidigare femårsuppföljningar av tunga narkotikamissbrukare var upprepade behandling förknippad med drogfrihet vid uppföljning (Davidsson & Magoulas 1992; Fridell 1998; Fridell, Hesse & Johnsson 2006). Och det är kanske inte att förvåna att detta stämmer också för SiS-vårdade kvinnor. Kanske är en av de stora utmaningarna både för SiS och annan narkomanvård hur man skall få klienterna att fortsätta de inledda vårdinsatserna så att de leder till stabila resultat. Det är den typen av kontinuitet mellan slut- och öppenvårdsinsatser som gav bäst resultat på kriminellt beteende i en genomgång av RCT-studier (Fridell & Hesse 2005c). Här faller ansvaret tungt på social-

tjänsten att både säkra behandlingsalliansen och att tillhandahålla effektiva behandlingsinterventioner. I debatten förefaller det ibland uppfattas som negativt att kvinnor fortsätter att ha kontakter med behandlingspersonal. Men i den här gruppen är vårdpersonal ibland de enda kontakterna (Kristiansen 2000; Skårner 2001).

Merparten av gruppen har vid något tillfälle behandlats i slutenvård under de fem åren efter indexvårdtillfället, i avgiftning och korttids slutenvård. En inte ringa andel, 34 procent inom LVM- och 53 procent i LVU-gruppen har haft någon ytterligare LVM-insats. Och som så ofta numera finner vi riktade insatser mot specifika drogproblem bara i gruppen med opiatmissbruk där metadon- och subutexbehandling ökat från en enda person vid indexvårdtillfället till 17 (16%) vid uppföljningen. Detta trots att både Lundenmaterialet och narkomanpopulationen i landet till cirka 40 procent består av personer med amfetamin som primär drog. Få av klienterna i Lundenstudien har kontakt med AA eller NA. Kanske skiljer sig Lundenkvinnorna från andra klientgrupper i detta hänseende. Men denna låga kontakt med självhjälpsrörelser var ett fynd som stämmer med tidigare femårsuppföljning (Fridell 1998) och en senare femtonårsuppföljning av samma grupp tunga narkotikamissbrukare (Fridell et al 2006a). En erfarenhet vi fått vid tidigare uppföljningar är att många narkomaner är skygga eller har på annat sätt svårt att fungera tillsammans med "vanligt folk". Den låga självhjälpsaktiviteten i Lundenstudien är inget undantag. En insats under pågående SiS-vård borde vara att få Lundens klienter att knyta an till NA-grupper. Det ger en ytterligare möjlighet till hjälp och hjälpsökande beteende behöver tränas.

Personlighetstestet "Grundläggande karaktärsdrag" (BCT) som mäter stabila personlighetsegenskaper visar förändringar i förhållanden som gynnar rehabilitering som ökad struktur och ordning medan negativa egenskaper som pessimism och verbal aggressivitet minskar. Gruppen som är drogfri mer än ett år visar signifikant förbättring. Över tid finns signifikant reduktion i hela samplet av de flesta symtom (SCL-90), i SF-36 som visar psykiatriska och somatiska symtom, och i GAF som är ett globalt mått. I SF-36 är det främst de psykiatriska symtomen som minskar, inte de somatiska. De som är drogfria ligger signifikant bättre på alla symtomskalor.

Upplevelsen av sammanhang (KASAM) är signifikant högre i gruppen drogfria än i gruppen som fortsätter att missbruka och på samma sätt är den sociala integrationen (ISSI) signifikant högre i gruppen drogfria än bland icke drogfria. Drogfria klienter ligger signifikant lägre på variablerna problem- och riskbeteenden i AUDIT än de som fortfarande missbrukar. Detta pekar mot behovet att skapa en grund för helnykterhet.

I ett försök att se om olika bilder av utvecklingen kan speglas på ett någorlunda likartat sätt gjordes en klusteranalys av Time-Line-Follow-Back-data för de första tre årens utveckling efter avslutat indexvårdtillfälle. Vi noterade en profil som visade att cirka 30 procent har en stabil förbättring i sitt miss-

bruk, cirka 30 procent har ett missbruk vars intensitet varierar över tid men där trenden för missbruket är klart avtagande. Ytterligare 30 procent har en stabilt negativ utveckling. Detta liknar trenden för både män och kvinnor i SiS-vård som presenteras av Larsson och Segraeus (2005).

I upplägget till studien användes en trianguleringsansats med olika, från varandra relativt oberoende mått, kompletterade med registerdata. Vi har på så vis kompenserat för det i sig ringa bortfallet men vad som är viktigt är att vi ser att utvecklingen ter sig likadan oavsett beskrivningsmodell. Registerdata har tillåtit oss att studera hela gruppen, både dem som intervjuats och dem som inte intervjuats och resultaten pekar i samma riktning som intervjuundersökningen. Test och objektiviserande data stöttar på ett tydligt sätt upp förbättringarna hos klienterna i olika psykosociala dimensioner.

En tanke som väcks av resultaten i den här studien är om det inte borde finnas behandlingsupplägg för grupper som har en varierande drogfrihet liksom för dem som snabbt får en relativt stabil förbättring. Det händer något mycket radikalt positivt när missbruket bryts. Den här studien, liksom flera tidigare, understryker betydelsen av att missbruket bryts tidigt och att ett behandlingstillfälle som det på Lunden är en viktig möjlighet till en sådan utveckling. Det faktum att vi finner en rad belägg för att psykologiska förbättringar följer av drogfriheten liksom att vissa diagnoser ger en mer pessimistisk prognos, innebär att man måste överväga vilka befintliga strategier som kan modifieras för att ge bättre resultat. Intressant är att resultatnivåerna ändå ligger så mycket högre än vad Fridell fann i genomgången av tvångsvården 1996. Kanske är det just den relativt långa kontinuerliga insatsen under omhändertagandefasen på Lunden som är viktig, vilket i så fall har stöd i tidigare forskningsöversikt (Fridell 1996a) och i kvinnornas egna kommentarer. Ett komplement skulle vara en satsning på en fungerande vårdkedja där alla kvinnor erbjuds ett mer kontinuerligt stöd också i öppenvård.

Intervjuerna visar att det finns en stark önskan och behov hos klienterna att knyta an till personal och kontaktpersoner vid Lunden. Den aspekten känns särskilt viktig att understryka. Alliansskapande arbete borde prioriteras. Johansson (2006) menar i sin avhandling att det är här det stora arbetet bör läggas snarare än på terapeutiska tekniker. Många av kvinnorna betonar på samma sätt att det är relationen till personal/kontaktpersoner och kontinuiteten i kontakten som är viktigast. Samma resultat fick vi i tidigare undersökningar (Fridell 1998).

Finns det grupper som vi inte kan generalisera fynden till? Ja, först och främst är detta en studie av kvinnor och det är inte troligt att samma resultatnivå finns bland tvångsvårdade män. Mot den invändningen talar dock att även Larsson och Segraeus (2005) visade profiler för förbättring som liknar dem hos kvinnorna på Lunden. En annan skillnad mellan kvinnorna på Lunden och de i SiS övriga klientgrupp är att andelen med rena alkoholproblem är mycket låg, mindre än 10 procent mätt med såväl DSM-IV som

med AUDIT. Så slutsatserna bör kanske begränsas till att gälla kvinnor med narkotikaproblem.

För studiens slutsatser talar att vi har ett representativt urval som vi följt under fem år med en hög uppföljningsprocent. Den externa validiteten blir på så vis hög. Vi har triangulerat genom mätning med både intervjumetoder, standardiserade testdata och olika registerdata och fått en väl sammanhängande bild. Slutsatserna känns solida och rimliga. Studien lyfter fram betydelsen av att som ett första och kanske viktigaste mål få kvinnorna drogfria. Sedan händer en hel del positivt. För framtida forskning skulle vi vilja efterlysa ett cost-benefit-upplägg för att se vad de här resultaten betyder för samhället. Kriminalitet, sjukvård och institutionsvård är dyrt men en klient som kan hjälpas till drogfrihet och ett meningsfullt liv är en besparing såväl ur ett livskvalitetsperspektiv som ur kostnadsperspektiv.

Referenser

- Adamsson, C. A., Brandt, L. & Allebeck, P. (1997). Has mortality in drug addicts increased? A comparison of two hospitalized cohorts in Stockholm. *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1219–1226.
- Al-Obaidy, S. (2001). Hur gick det 2–4 år efter behandlingen? – En uppföljning av personer behandlade för missbruk på Nämndemansgården. *Psykologexamensuppsats*, Vol III (2001): 21. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Allgulander, Ch. (1988). DSM-III-r personlighetsstörningsformulär för SCID-II. Stockholm, Karolinska Institutet.
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. & Mayet, S. (2004). Psycho-social and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004; (4), Art no CD005031.
- American Psychiatric Association (DSM-III-r, 1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.), Washington DC.
- American Psychiatric Association (DSM-IV, 1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th ed.), Washington DC.
- Andersson, C. (1990). *Dåliga flickor är inte de sämsta. En kunskapsöversikt om flickor i riskzon och missbruk*. Stockholm, Stiftelsen kvinnoforum.
- Andersson, Ch. (1996). Om struliga flickor – beteende och bemötande. I Armelius, B-Å. et al (red). *Ungdomar med sociala problem*. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Andersson, B., Fridell, M., Nilsson, K. & Tunving, K. (1986). *Sjuttitalets narkomaner – Patienter vårdade vid S:t Lars sjukhus 1970–1977*, Lunds universitet, Institutionen för psykiatri.
- Antonovsky, A. (1990). *KASAM – Frågeformulär*. Lunds universitet, Institutionen för Barn- och ungdomspsykiatri.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterier*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H. & Rydberg, U. (1999). *ASI – En strukturerad intervjuetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. Stockholm, CUS, Socialstyrelsen.
- Armelius, B-Å., Armelius, K., Larsson, H. & Sundbom, E. (2002) *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT*. Forskningsrapport nr 1/2002. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

- Arndt, I., McLellan, A., Dorozynski, L., Woody, G. & O'Brien, C. (1994). Desipramine Treatment for Cocaine Dependence – Role of Antisocial Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(3): 151–156.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H. & Terry, M. (2002a). Evaluation of a motivational interview for substance use within psychiatric in-patient services. *Addiction*, 97: 1329–1337.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H. & Terry, M. (2002b). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 233–240.
- Bakken, K., Landheim, S. & Vaglum, P. (2003). Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism*, Jan–Feb, 38(1):54–9.
- Balldin, S. (1999). "Lagens Vålmening" – Om tvångsvård för flickor. *Magisteruppsats*, Lund, Socialhögskolan.
- Beck, A., Steer, R. A. & Brown, G. (1988; 2005). *Beck Depression Inventory BDI-I och BDI-II*, Stockholm, Psykologiförlaget AB.
- Beijer, U., Feltsen, E., Frithiof, L., Halldin, J., Ljung, R., dePalma, P., Paul, K., Persson, L., Ström, L., Sylvan, S. & Åhs, S. (2001). *En klinisk pilotstudie av 35 hemlösa i Stockholm*. Stockholms läns landsting.
- Berg, M-L. (2002). *Problemsyndrom hos flickor på särskilda ungdomshem*. Allmän SiS-rapport 2002:02, Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Berglund, M. & Öjehagen, A., (1998). The influence of Alcohol Drinking and Alcohol Use Disorders on Psychiatric Disorders and Suicidal Behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(7): Supplementum: 333S–345S
- Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse – An Evidence-based Review*. Darmstadt, Wiley, VHC GmbH & Co KGaA.
- Bergman, H. & Källmén, H. (1994). AUDIT – The alcohol Use Disorder Identification Test – AUDIT MANUAL. Stockholm, Magnus Huss Klinik, Karolinska Sjukhuset. *Stencil*.
- Bergman, H. & Källmén, H. (2000). Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet. *Läkartidningen* 97(17): 2078–2084.
- Bergman, V. & Wängby, M.(1998). Are girls more than boys subjected to disrupted conditions of upbringing? *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 7, 194–202.
- Bergström, M. (1998). *Tre verkligheter – Om missbrukande kvinnors livssituation*. Ak. avh. Acta Psychologica et Pedagogica, Stockholm, Almqvist & Wiksell International.
- Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S. & Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence*, 88: 449–459.
- Bertling, U. (2002). *Psychopathology, treatment utilization and gender in relation to substance abuse*. Thesis, Department of Clinical Neuroscience, Section of Psychotherapy, Stockholm, Karolinska Institutet.

- Bertling, U., Andersson, O., Keijser, A., Rolandsson, O., Sandell, R., Selinder, B. & Törnqvist, L. (1993). *Narkotikamissbrukare med svåra psykiska störningar*. Stockholm, Publica.
- Bjerrum Nielsen, H. & Rudberg, M. (1991). *Historien om flickor och pojkar. Köns-socialisation i ett utvecklingspsykologiskt perspektiv*. Lund, Studentlitteratur.
- Blomqvist, C. & Nötesjö, G. (1997). Kvinnor i missbruksbehandling – En studie om fullföljare och avhoppare vid en behandlingsinstitution för kvinnor. *Psykologexamensuppsats* Vol XI: 21. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Bodlund, O., Kullgren, G., Ekselius, L., Lindström, E. & von Knorring, L. (1998). Validation of the self-report questionnaire DIP-Q in diagnosing DSM-IV personality disorders: a comparison of three psychiatric samples. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1998(97): 433–439.
- Brandt, C. & Jönsson, J. (1998). Långstorps vård- och behandlingshem – En deskriptiv studie av missbrukare. *Psykologexamensuppsats*, Vol XIII: 15. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Brefelt Lövdén, S. (2001). Nämndemansgårdens behandlingshem – 2 år efter Minnesotabehandling, utfall och processbeskrivning. *Psykologexamensuppsats* Vol III: 32. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Brännström, K. & Månsdotter, A. (2001). Hur ser det sociala nätverket ut för personer med dubbeldiagnos? En uppföljningsstudie av Långstorps vård- och behandlingshem. *Psykologexamensuppsats*, Vol III (2001): 17. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. & Menchola, M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 843–61.
- Buster, M. C. A., Van Brussel, G. H. A. & Van den Brink, W. (2002). An increase in overdose mortality during the first 2 weeks after entering or re-entering methadone treatment in Amsterdam. *Addiction*, 97, 993–1001.
- Byqvist, S. (1997). *Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män – Missbruksförlopp och kriminalitet*. Ak. avh. Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Carpelan, K. & Runquist, W. (2002) (red). *Ung med tung social problematik – Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Cesarec, Z. & Marke S. (1968). *Cesarec Marke Personality Scheme – CMPS*. Stockholm, Psykologiförlaget AB.
- Cesarec, Z. (1980). *Basic Character Trait test (BCT)*. Ett frågeinventarium för att mäta grundläggande karaktärsdrag. Lunds universitet, Institutionen för psykiatri.
- Cesarec, Z., Marke, S. & Berg, R. (2000). Changes in adolescent personalities during a 30 year period. *Early child development and care*, 160:107–117.

- Cesarec, Z. & Fridell, M. (kommande). *Grundläggande karaktärsdrag – Basic Character Trait Test (BCT)*, Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Conradsen Gyllenbåga, M. (2000). Tolvstegsbehandling i öppenvården – Uppföljning av patienter som behandlats på En Dag i Taget. *Psykologexamensuppsats*, Vol XI: 21. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Cook, T. D. & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation – Design & Analysis Issues for Field Settings*, Boston, MA, Houghton-Mifflin. Comp.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Simon O, L., Muenz, L. L., Thase, M. E., Weiss, R., Gastfriend, D. R., Woody, G., Barber, J. P., Butler, S F., Daley, D., Bishop, S., Najavis, L. M., Lis, J., Griffin, M. L., Moras, K. & Beck, A. T. (1997) The National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Rationale and methods. *Archives of General Psychiatry*, 54(8): 721–726.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L., S. Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K. & Beck, A.T. (1999) Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence. – National Institute on drug Abuse Collaborative Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56:493–502.
- Dalteg, A. & Levander, S. (1998). 12000 crimes by 75 boys. *Journal of Forensic Psychiatry*, 9:39–57.
- Davidsson, V. & Magoulas, E. (1992). *Efter narkomanvård – vad hände sedan? En tvåårs- och en femårsuppföljning som startade 1981 vid narkomanvårdsenheten, Huddinge sjukhus*. Licentiatsavhandling, Stockholm, Karolinska Institutet.
- Degenhardt L., Roxburgh, A. & Barker, B. (2005). Underlying causes of cocaine, amphetamine and opioid related deaths in Australia. *Journal of Clinical Forensic Medicine* 12: 187–195.
- Derogatis, L. R. (1978). *SCL-90: Administration, Scoring & Procedure manual for the Revised R-version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins School of Medicine.
- Derogatis, L. R. (1994). *SCL-90 R: Administration, Scoring & Procedure manual for the Revised R-version of the SCL-90*. Baltimore: John Hopkins School of Medicine.
- Drake, R. E., Bartels, S. J., Teague, G. B., Noordsy, D. L. & Clark, R. E. (1993). Treatment of Substance Abuse in Severely Mentally Ill Patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(10), 606–611.
- Elmund, A. M. R (2007). *Overrepresentation of internationally adopted Adolescents in Swedish § 12-institutions*. Doktorsavhandling, Medicinska fakulteten, Uppsala universitet.
- Falk, L. (2002). *Sex månader efteråt – Uppföljning vid Hornö LVM-hem*. Allmän SiS-rapport 2002:3, Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

- Fridell, M. (1990). *Kvalitetsstyrning i psykiatrisk narkomanvård – Effekter på Personal och Patienter*. Acta Paediatrica et Psychologica No 87, Stockholm, Almqvist & Wiksell.
- Fridell, M. (1991). *Personlighet och Drogmisbruk*. Stockholm, CAN.
- Fridell, M. (1996a). Psykisk störning hos tunga narkotikamissbrukare. I *Missbrukare med svår Psykisk störning*, Stockholm, SoS 1996:4.
- Fridell, M. (1996b). *Institutionella Behandlingsformer vid Missbruk – Ideologi, Organisation, och Resultat*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Fridell, M. (1998). Femårsuppföljning av narkotikamissbrukare med psykisk störning. I Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red) (1998). *Dubbel Trubbel, Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. SiS/Runnagården. Örebro.
- Fridell, M. (2001). Behandling av drogberoende. I SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaberoende – En evidensbaserad översikt*. Vol II: 11–122. Stockholm.
- Fridell, M. (2002). Missbrukande kvinnor – före, under och efter behandling. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (red). *Könsperspektiv på missbruk*, 166–186. Stockholm, Bjurner & Bruno.
- Fridell, M. (2003). Psychosocial Treatment for Drug Dependence. I Berglund, M., Thelander, S. & Jonsson, E. (Eds.). *Treating Alcohol and Drug Abuse – An Evidence-based Review*, 325–413. Darmstadt. Wiley, VHC GmbH & Co KGaA.
- Fridell, M. (2004). Comorbidity and abuse in Sweden. *Report to the EMCDDA by the Reitox National Focal Point – Sweden Drug Situation 2002*, 25, 87–112. National Institute of Public Health, Sweden.
- Fridell, M. (2005). Rapport om psykiska störningar och missbruk till ministermöte i Helsingfors januari 2005, 2004 Lisboa, EMCDDA
- Fridell, M., Al Obaidy, S., Brefeldt-Lövdén, S., Hellström, I., Rehn, A. C. & Skoog, G. (2002). *Nämndemansgården – Uppföljning av patienter två till fyra år efter behandling*. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Fridell, M., Billsten, J., Hesse, M., Jansson, I. (2006). 15-årsuppföljning av drogberoende personer. I Nyberg, F. & Fries, B. (red). *Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige?* MoB-rap. 19: 14–21. Socialdepartementet.
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johansson, M. & Malling Thorsen, S. (2002). *Normering, standardisering och validering av ett symtomskattningsinstrument—SCL-90*. SiS följer upp och utvecklar 4/02. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Fridell, M., Crabo, J. & Gradowska, M. (2008). Uppföljning av personer vårdade vid Dianova Sverige. *Mobilisering mot Narkotika*, vol 24, Stockholm.
- Fridell, M. & Hesse, M. (2005a). Personality Disorders in Substance Abusers. In: Pedersen, M-U. & Segraeus, V. (Eds.). *Evidence based practices? Challenges in Substance Abuse Treatment*. NAD-publikation 47: 65–80, Helsingfors.

- Fridell, M. & Hesse, M. (2005b). Psykosociala Interventionsmetoder vid opiatmissbruk: Randomiserade Kontrollerade studier – *Delrapport 1: Effekter av psykosociala interventioner vid opiatberoende*. Rapport till Riktlinjeprojektet vid Socialstyrelsen.
- Fridell, M. & Hesse, M. (2005c). *Psykosociala interventionsmetoder vid kriminalitet och drogmissbruk – Meta-analyser och randomiserade kontrollerade studier*. Kriminalvårdsrapport no 17. Stockholm, Kriminalvården.
- Fridell, M. & Hesse, M. (2006). Clinical Diagnosis and SCID II-assessment in DSM-III-r Personality Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 22:104–108.
- Fridell, M., Hesse, M. & Johnsson, E. (2006a). High prognostic specificity of antisocial personality disorder in patients with drug dependence – Results from a five year follow-up. *American Journal on the Addictions*, 15, 227–232.
- Fridell, M. & Hesse, M. (2006b). Psychiatric Severity and mortality in Substance abusers – A 15-year follow-up of drug users. *Addictive Behaviors* 31: 559–565.
- Fridell, M. & Hesse, M. (2006c). Psykosociala behandlingsinterventioner vid opiatberoende. I Nyberg, F. & Fries, B. (red) *Hur kan vården bli bättre och vilken är vägen ur missbruk och beroende?* MoB-rapport no 19, 12–19. Socialdepartementet, Stockholm.
- Fridell, M., Hesse, M. & Billsten, J. (2007). Criminal Behavior in Antisocial Substance abusers between 5 years' follow-up and 15 years' follow-up. *The American Journal on Addictions*, 16:1–5.
- Fridell M., Hesse, M., Jaeger Meyer, F. & Kühlhorn E. (2008). Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime. *Addictive Behaviors* 33(6); 799–811.
- Fridell, M., Johnsson Fridell, E. & Cesarec, Z. (1996c). Faktorer som påverkar utfallet för tunga narkotikamissbrukare på kort och lång sikt. *Institutionsrapport*. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Gerdner, A. (1998). *Compulsory treatment for Alcohol Use Disorders*, Ak. avh. Lund University, Dept. of Clinical Alcohol Research.
- Gerdner, A. (1998:1). *LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning*. Forskningsrapport nr 1. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, A. (2000). *Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården*. SiS följer upp och utvecklar 3/00. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Gerdner, A. (2004). *Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier*. I SOU (2004:3). Forskningsrapporter – Bilagedelen, 303–414.
- Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red) (1998). *Dubbel Trubbel, Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. SiS/Runnagården. Örebro.

- Gerstley, L. J., Alterman, A. I., McLellan, A. T. & Woody, G. E. (1990). Antisocial Personality Disorder with Substance Abuse Disorders: A problematic Diagnosis? *Am J Psychiatry*, 147(2):173–178.
- Gerstley, L. J., McLellan, A. T., Alterman, A. I., Woody, G. E., Luborsky, L. & Prout, M. (1989): Ability to form an alliance with the therapist. A possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *Am J Psychiatry*, 146(3):508–512.
- Glemvik, G. (2001). Avenbokens behandlingshem – En uppföljningsstudie av missbrukare. *Psykologexamensuppsats* Vol III: 27. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Glider, P, Hughes, P., Mullen, R., Coletti, S., Sechrest L., Neri, R., Renner, B. & Sicilian, D. (1996). Two therapeutic Communities for substance-abusing women and their children. *NIDA. Research Monograph*, 166:32–51.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, A. P., Ruan, J. & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-Month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. – Results from the National Epidemiologic Survey on and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 61: 361–368.
- Grufman-Kalén, A. (2002). Att Sitta I Samma Båt. I Leissner, T. & Hedin, U-C. (red). *Könsperspektiv på missbruk*, 179–195. Stockholm, Bjurner & Bruno.
- Hansson, K. & Olsson, M. (2001). Känsla av sammanhang – ett mänskligt strävande. *Nordisk Psykologi* 53(3): 238–255.
- Hare, R. D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (1992). The Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R) An overview for researchers and Clinicians. In J. C. Rosen et al (Eds). *Advances in Psychological Assessment*, 103–130. New York, Plenum Press.
- Hellström, I. (2003). Kvinnor och män på Nämndemansgården – En undersökning med utgångspunkt i kvinnoteoretiskt perspektiv om skillnader och likheter mellan kvinnor och män i utfallet av behandling på Nämndemansgården. *Psykologexamensuppsats*, Vol V.: 14.
- Henderson, S., Duncan-Jones, P., Byrne, D. G. & Scott, R. (1980). Measuring social Relationships: The interview Schedule for Social Interaction. *Psychological Medicine*, 10:723–734.
- Hettema, J., Steele, J. & Miller, W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1; 91–111.
- Hesse, M., Fridell, M. & Jansson, I. (Accepted). Validity of self-reported criminal behaviour in substance abusing women at five-year follow-up. *American Journal of the Addictions* 2008.
- Hesse, M., Vanderplaschen, W., Rapp, R. C., Broekhardt E. & Fridell M. (2007). Case management for persons with substance use disorders (Review). *The Cochrane Collaboration*, 2007(4):1–50, Cochrane Library, Wiley Publishers.

- Hiller, M. I., Rowan-Szal, G. A., Bartholomew, G. & Simpson, G. W. (1996). Effectiveness of a specialized women's intervention in a residential treatment program. *Substance Use and Misuse*, 31: 771–783.
- Hohenthal, A. & Johansson, B. (2002). Narkomaner behandlade på ProKrami – En uppföljning av personer som varit behandlade för sitt missbruk 2–4 år efter behandlingen. *Psykologexamensuppsats*, Vol IV: 16. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Holmberg, R. & Fridell, M. (2006). *Implementering av programverksamheten inom Kriminalvården*. Kriminalvårdsrapport no 20. Stockholm, Kriminalvården.
- Hughes, P. H., Coletti, S. D., Neri, R. I., Urmann, C. F., Stahl, S., Scilian, D. M. & Antony, J. M. (1966). Retaining cocaine-abusing women in a therapeutic community: the effect of a child live-in-program. *American Journal of Public Health*, 85: 1149–1152.
- Jansson, I. & Fridell, M. (2003). *Psykisk och somatisk belastning hos LVM- och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden*. SiS följer upp och utvecklar 1/03. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Johansson, G. (2000). *Tvång och tillit – LVM-vård som kulturell ingenjörskonst – Exemplet Hornö*. Forskningsrapport nr 1. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Johansson, H. (2006). *Therapeutic Alliance in General Psychiatric Care*. Ak. avh., Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Johnsson, E. & Fridell, M. (1997). Suicide attempts in a cohort of drug abusers – A five year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96: 362–366.
- Johnsson, E. & Fridell, M. (1999). *"Plötsligt får man lust att leva" – En grupp narkomaners berättelser om sina självmordsförsök*. Forskningsrapport nr 2, Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Johnsson, E. (2002). *Självmordsförsök och narkotikamissbruk*. Ak. avh. Lunds universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Jonsson, S. (2001). Långstorps vård- och behandlingshem – En utfallsstudie. *Psykologexamensuppsats*, Vol III: 20. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Kernberg, O. (1974). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York, Jason Aronsson.
- Krantz, P. (2007). Muntlig diskussion kring tillförlitligheten i rättsmedicinska bedömningar. Lund, Rättsmedicinalverket.
- Kranzler, H. R., Tennen, H., Babor, T. F., Kadden, R. M. & Rounsaville, B. J. (1997). Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence* 45, 93–104.
- Kristiansen, A. (2000). *Fri från Narkotika – Om kvinnor och män som varit narkotikamissbrukare*. Stockholm, Bjurner & Bruno.

- Kristiansen, A. (2002). Om kvinnors och mäns vägar ut ur narkotikamissbruk. I Leissner, T. & Hedin, U.-C. (red). *Könsperspektiv på missbruk*, 230–242. Stockholm, Bjurner & Bruno,
- Kullman, A. (2007). Begåvningsnivå och psykiska problem – en undersökning av en kohort tvångsvårdade flickor och kvinnor. *Psykologexamensuppsats*, Vol VIII:46.
- Landheim, A. S., Backen, K. & Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer. Psykiska lidelser blant rusmisbrukere till behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, 12, 1–10.
- 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. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Larsson, J. & Segraeus, V. (2005). *Från tvång till frihet – Uppföljning av SiS missbrukarvård*. SiS följer upp och utvecklar 1/05. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Levander, S. (2002). Ett medicinskt individperspektiv – utan detta ingen helhetsbild. I Söderholm Carpelan, K. & Runquist, W. (red). (2002). *Ung med tung social problematik. Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Levin, C. (1997). *Ungdomar i tvångsvård. Råbyundersökning 94*. Forskningsrapport nr 2. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Mattell, A. & Nordström, A. (1997). Instrumentanalys av Addiction Severity Index samt en deskriptiv studie av missbrukande män och kvinnor och tvångs- och frivilligvårdade på LVM-hem. *Psykologexamensuppsats*, Vol III: 27. Lunds universitet, Institutionen för tillämpad psykologi.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, D. & Davoli, M. (2005). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence (Review). *The Cochrane Library*, no 3.
- Michanek, A., Kristiansson, M., Westermarck, R.-M. & Machado. (2000). *Tiden på Älvan och ett år efter ... 25 pojkars syn på vistelsen samt uppföljning ett år efter utskrivning*. SiS följer upp och utvecklar 5/00. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Moos, R. H., Finney, J. W., Oimette, P. C. & Suchinsky, R. T. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment, In: Treatment orientation, amount of care and 1-year outcomes. *Alcohol Clinical and Experimental Research*, 23: 529–536.
- Mueser, K. T., Drake, R. & Noordsy, D. L. (1998). Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders. *Journal of Pract Psychiatry Behav Health*, 4;129–139.
- Nemes, S., Wish, E., Wraight, B. & Messina, N. (2002). Correlates of treatment follow-up difficulty. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37 (1): 19–45.

- Newton-Howes, G., Tyrer P. & Johnson, T. (2004). Personality disorder and the outcome of depression: meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188: 13–20.
- Nilsson, M. & Teglund, D. (1997). Personlighet, psykisk störning, symptomatologi och sociala bakgrundsfaktorer hos missbrukare på LVM-hem. *Psykologexamensuppsats*, Vol XI: 15. Lunds universitet, Institutionen för tillämpad psykologi.
- Nilsson, M., Fridell, M. & Griffiths, P. (2006). Chapter X: Co-morbidity – developing a European perspective. In Baldachino, A. & Corkery, J., (Eds.). *Comorbidity – Perspectives across Europe*. ECCAS Monograph Series no 4, 351–363. London,
- Nordvall, U-K. & Thalén, E. (1997). *Uppföljning av LVM-hemmet Lundens gravida missbrukare*. Institutionsrapport. Lund, Lundens LVU- och LVM-hem.
- Olsson, A. & Vilhelmsson, J. (2006). En grupp ungdomar i tvångsvård – bakgrund, begåvning och självbild. *Psykologexamensuppsats*, Vol VIII, 46.
- Orth-Gomér, K. & Johnson, J. V. (1987). Social Network Interaction and Mortality – A six-year Follow-Up study of a random sample of the Swedish population. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 949–957.
- Ottosson, J-O. (2004). *Psykiatri*. Stockholm, Almqvist & Wiksell.
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E. & Söderberg, S. (1995a). The DSM-IV and ICD-10 Personality Questionnaire (DIP-Q): Construction and preliminary validation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 49, 285–291.
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E. & Söderberg, S. (1995b). Test-retest reliability of a self report questionnaire for DSM-IV and ICD-10 Personality disorders. *European Journal of Psychological Assessment*. 1999.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W. & Moos, R. H. (1997). Twelve-step and cognitive-behavioral treatment for substance abuse: A comparison of treatment effectiveness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 652: 230–240.
- Ouimette, P. C., Finney, J. W., Gima, K. & Moos, R. H. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment III. Examining mechanisms underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-behavioral treatments for substance abuse. *Alcohol – Clinical and Experimental Research*, 233: 545–551.
- Ouimette, P. C., Gima, K., Moos, R. H. & Finney, J. W. (1999a). A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care and 1-year outcomes. *Alcohol, Clinical and Experimental Research*, 233: 552–557.
- Persson, H. (1997). Stenbäckens & Linnéagårdens behandlingshem – En deskriptiv studie, *Psykologexamensuppsats*, Vol XI (19971): 32, Lunds universitet, Institutionen för tillämpad psykologi.

- Probert, U. (2000). Långstorps vård- och behandlingshem – En kohortstudie. *Psykologexamensuppsats*, Vol II: 46. Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Proposition 2001/02:91 *Nationell narkotikahandlingsplan*. Stockholm, Riksdagen.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (1991). Psychopathology and substance abuse as predictors of Program Completion in a therapeutic community for drug abusers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83: 217–222.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (1994). Treatment of female addicts: The importance of relationships to parents, partners, and peers for the outcome. *The International Journal on the Addictions*, 29(1): 115–125.
- Rehn, A-C. (2001). Nämndemansgårdens patienter fyra år senare – Fyraårsuppföljning av de första två årens patienter. *Psykologexamensuppsats*, Vol III (2001): 11, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Rossow, I. (1994). Suicide among drug addicts in Norway. *Addiction*, 89(12): 1667–175.
- Rossow, I. & Lauritzen, G. (1999). Balancing on the edge of death: suicide attempts and lifethreatening overdoses among drug addicts. *Addiction*, 94 (2): 209–225.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. (2005). Motivational Interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55; 305–213.
- Rydélius, P-A. (2002). Betyder familjeförhållanden något för risken att utveckla asocialitet? I Söderholm Carpelan, K. & Runquist, W. (2002) (red). *Ung med tung social problematik – Hur kan vi förstå, förutsäga och planera för framtida behandling?* 174–192. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Rydélius, P-A. (2007). Begåvningsnivån hos ungdomar på Lövesta skolhem. *Personlig kommunikation*.
- Sallmén, B. (1999). *Compulsory treatment of alcoholics. Psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*. Ak. avh. Dept of Clinical Alcohol Research, Malmö, Lunds universitet.
- Sallmén, B. (2004). *Institutionsbaserad LVM-forskning – 12 år av forskning, utredning och utvärdering vid Karlsvik*. SiS följer upp och utvecklar 4/04. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Sandell, G. & Olsson, J. (1998). *Bli sedd, välja väg och förändras – Utvärdering av utredningsarbetet vid Villa Ljungbacken. En ungdomsinstitution inom SiS*. SiS följer upp och utvecklar 2/98. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Sarnecki, J. (1996). Problemprofiler hos ungdomar inskrivna på särskilda ungdomshem i Stockholms län åren 1990–1994. I Armelius, B-Å., Bengtzon, S., Rydélius, P-A., Sarnecki, J. & Söderholm Carpelan, K. (red). *Vård av ungdomar med sociala problem – en forskningsöversikt*. Stockholm, Statens institutionsstyrelse och Liber Utbildning.

- Sarnecki, J. (1992). *Uppföljning av § 12-vården i Stockholms län. 12-månaders-uppföljning. Delrapport 4*, Stockholm, Stockholms läns landsting. Omsorgsnämnden Nordvästra omsorgsområdet.
- Sarnecki, J. (1999). *Ungdomar från särskilda ungdomshem i Stockholms brottsliga nätverk*. Forskningsrapport nr 3. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- SBU (2001). *Behandling av Alkohol- och Narkotikaproblem – En evidensbaserad översikt*. Stockholm. SBU.
- Schaar, K. & Öjehagen, A. (2001). Severily mentally ill substance abusers – An 18-months follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36: 790–78.
- SiS (2000). *Årsrapport ADAD 1997. Ungdomar som skrivits in på särskilda ungdomshem under 1997– bakgrund, livssituation och behandlingsbehov*. SiS följer upp och utvecklar, 1/00. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- SiS (2000). *Årsrapport DOK 98, Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1998 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar 2/00. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- SiS (2000). *Sluten ungdomsvård 1:a halvåret 2000*, Allmän SiS-rapport 2000:3, Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- SiS (2001). *Årsrapport DOK 00 – Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar 3/01. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- SOU 2000:126. *Narkotikakommissionens slutbetänkande*. Stockholm, Socialdepartementet.
- Skoogh, E-L. (2002). Nämndemansgårdens patienter – De två första åren efter behandling. *Psykologexamensuppsats*, Vol IV: 5, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Skårner, A. (2001). *Skilda världar? Ak. avh. Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete*.
- Skårner, A. & Regné, M. (2003). *”Det är dom här jag har och inte har”. LVM-vårdade narkotikamissbrukares sociala nätverk*. Forskningsrapport nr 1, Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Sobell, L. S. & Sobell, M. B. (1982). Time-Line-Follow-Back – A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption. In Litten, R. & Allen, J. (Eds.) *Measuring Alcohol Consumption*. New York, The Human Press Inc.
- Socialstyrelsen (1996). *Psykiskt störda missbrukare*. SoU-rapport no 14, 31–72. Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2000). *Hemlösa i Sverige 1999. Vilka är de och vilken hjälp får de?* Stockholm, Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård – Vägledning för Socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem*. Stockholm, Socialstyrelsen.

- Steiner, U-S. (2000). Malins minne – En deskriptiv studie av en grupp kvinnliga missbrukare på behandlingshem. *Psykologexamensuppsats*, Vol II: 25, Lunds universitet, Institutionen för psykologi.
- Strandell, H. (2000). Identitet och interaktion – perspektiv på innebörder av kön. I Haavind, H. (red.) *Kön och tolkning. Metodiska möjligheter i kvalitativ forskning*. Stockholm, Natur och Kultur.
- Sullivan, M. & Karlsson, J. (2002). *SF-36 Health Survey. Swedish manual and interpretation guide*. Göteborg, Sahlgrenska Hospital.
- Sullivan, M., Karlsson, J. & Ware, J. (1995). The Swedish SF-36 health Survey I. Evaluation of data quality, scaling assumptions, reliability and construct validity across general populations in Sweden. *Social Sciences in Medicine*, 41; 1349–1358.
- Sullivan, M., Karlsson, J. & Taft, C. (2002). *SF-36 Hälsoenkät: Svensk manual och Tolkningsguide*, 2:a upplagan. Göteborg, Sahlgrenska universitetssjukhuset.
- Svensson, B. (2001) *Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor*. Forskningsrapport nr 1, Stockholm, Statens institutionsstyrelse.
- Söberg-Hansen, S. (2000). *Substance use disorders among hospitalized patients in Denmark*. Ak. avh. Faculty of Health Sciences, University of Aarhus. Dept of Psychiatric Demography.
- Tengström, A. (2007). *Att göra rätt är bara möjligt om vi kan förstå det komplexa*. Slutrapport vid MoB:s seminarium i Stockholm den 7–8 oktober 2007.
- Thulin, O. & Jansson, I (1993). *Frågeformulär – En reviderad version av WHO-formuläret*. Lund. Psykiatriska institutionen, S:t Lars sjukhus.
- Trulsson, K. (1998). *Det är i alla fall mitt barn – En studie om att vara missbrukare och mamma*. Stockholm, Carlssons.
- Trulsson, K. & Nötesjö, G. (2000). *Semillan – Ett frö i god jord – Om öppenvård för gravida missbrukare och småbarnsfamiljer*. Stockholm, Kvinnoforumsgruppen.
- Tunving, K. & Nilsson, K. (1985). Young female drug addicts in treatment. A twelve year perspective. *Journal of Drug Issues*, 15: 367–382.
- Uchtenhagen, U. & Zieglänsberger, W. (2000). *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management [Addiction medicine – concepts, strategies and therapeutical management]*. München, Urban & Fischer Verlag.
- Undén, A-L. (1989). Development of social support instrument for use in population service. *Social Science Medicine*, vol 12, 29;1387–1392
- Undén, A-L. (1991). *Social support and Health; Methodology, relationship to Work Environment and to Ishaemic Heart Disease*. Ak. avh. Stockholm, Karolinska Institutet,
- Undén A-L. & Orth-Gomér G. (1984). *Social support and Health. Development of a Survey Method to Measure Social Support in Population Studies*. Stress Research Report no 178:2. Stockholm, Karolinska Institutet.

- Öjehagen, A. & Schaar, I. (1999). *Personer med svår psykisk störning och missbruk*. Stockholm, Socialstyrelsen, Psykiatriuppföljningen 1999:1.
- Öjehagen, A. & Schaar, I. (2004). *Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbruksproblem – En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatireformen*. Stockholm, Socialstyrelsen.

APPENDIX A

Appendix I. Situationen vid indexvårdtillfället (Jansson och Fridell 2003)

Tabell 1. År för inskrivning (ADAD-data)

År	Sampl	Jämförelsegrupp	Totalt
1997	10	4	14
1998	15	10	25
1999	11	21	32
2000	16	4	20
Totalt	52	39	91

Tabell 2. Främsta initiativtagare till anmälan av vårdtillfället. DOK och ADAD (n=122)

Främsta initiativtagare till anmälan av vård	Sampl	Jämförelsegrupp	Totalt
Socialtjänst	49	39	88
Psykiatrisk vård	1	4	5
Somatisk vård	2	1	3
MCV eller BVC	1	2	3
Polismyndighet	3	3	6
Arbetsplats	3	1	4
Annan LVM-institution	0	2	2
Anhörig	1	1	2
Egna enheten	1	1	2
Annat LVM-hem	2	0	2
Kriminalvård	1	1	2
Annan	0	2	2
Totalt	65	57	122

Tabell 3. Kontakt enligt lagrum

Kontakt enligt lagrum	Sampl	Jämförelsegrupp	Totalt
LVM § 4	28	21	49
LVM § 13	38	36	74
Totalt	66	57	123



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Mats Fridell, docent, universitetslektor

Appendix 2. Uppföljning av Lunden

HEJ;

Under något av åren 1997 till år 2000 var Du på Lunden under en tid. Vid den tidpunkten gick Du med på att jag fick återkomma med en uppföljning efter utskrivningen. Det gör jag nu eftersom vi undrar hur det gått för Dig sedan dess och hur Du mår nu. Vi hoppas Du vill medverka eftersom Din uppfattning är mycket viktig.

Psykolog Iréne Jansson och institutionsföreståndare Richard Amylon har i samarbete med Institutionen för Psykologi vid Lunds Universitet lagt upp en intervjuundersökning som riktar sig till Dig och ett hundratal andra personer som tidigare varit på Lunden. Docent Mats Fridell med lång erfarenhet från missbruksvården är projektledare.

Din medverkan är givetvis helt frivillig och Du kan även om Du låter Dig intervjuas vägra att svara på frågor Du inte gillar. I ett första steg vet bara jag på Lunden vem Du är och först när jag fått kontakt med Dig så kommer någon av två intervjuare att kontakta Dig. I det läget får Du ett personligt brev från projektgruppen där det står vem som är intervjuare.

Du kommer inom kort att kontaktas av mig: Iréne Jansson som Du träffade under din tidigare vistelse på Lunden. Du kan ringa mig på telefon: 046-386705 om jag inte hinner få tag i Dig dessförinnan. Om Du inte når mig personligen kan Du lämna numret eller adressen där jag kan nå Dig.

När intervjun görs kommer inga intervjuuppgifter att lämnas tillbaka till Lunden utan allt Du talar om sägs under full forskningssekretess. Du har rätt att få en genomgång av dina personliga resultat efter intervjun.

Du kommer att få 300 kronor i handen när intervjun är färdig. Efter undersökningen identifieras alla data och Lunden får en rapport som inte röjer någon enskild persons uppgifter.

Har Du funderingar kring undersökningen så är Du välkommen att ringa till psykolog Iréne Jansson.

Med vänliga hälsningar

Iréne Jansson
Leg psykolog

Mats Fridell, docent
Leg psykolog/leg psykoterapeut

Iréne Jansson kan Du söka under dagtid på Lunden: 046-386705

Adressen till undersökningsledningen är:

Docent Mats Fridell
Institutionen för Psykologi
Lunds Universitet
Paradisgatan 5
223 50 LUND

Skriv Din aktuella adress och telefonnummer nedanför så skall vi kontakta Dig.

NAMN: _____

AKTUELL ADRESS: _____

POSTNUMMER OCH ORT: _____

AKTUELLT TELEFONNUMMER: _____

JAG KAN NÅS PÅ: _____

Använd bifogat svarskuvert

(Kuvertet är frankerat, d v s frimärke behövs ej)



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi

Mats Fridell, docent, universitetslektor

Appendix 3. Förnyat tillstånd för klienterna att medverka i studien

MEDGIVANDE VID INTERVJUTILLFÄLLET – LUNDENUPPFÖLJNINGEN;

Under Din förra vistelse på Lunden fick vi Ditt medgivande till Din medverkan. Ny lagstiftning gör att det nu också krävs Ditt skriftliga tillstånd vid ny kontakt. Vi ber nu om följande underskrifter;

- 1) Att Du skriftligen intygar att Du tillåter den här intervjun.

Lund den ____ / ____ _____

Namnsteckning

- 2) Att Du medger att vi får använda och återidentifiera data vid en kommande undersökning för att kunna göra jämförelser hur Du har det nu med hur det ser ut vid en kommande tidpunkt.

Lund den ____ / ____ _____

Namnsteckning

- 3) Att Du tillåter att vi använder data från register: i förekommande fall kriminalregister, sjukkassa, länsstyrelsens LVM-register och journaldata från missbruksvården för att öka tillförlitligheten i intervjuundersökningen.

Lund den ____ / ____ _____

Namnsteckning

- 4) Slutligen att Du tillåter att vi kontakter Dig igen för ytterligare uppföljning om fem–tio år.

Lund den ____ / ____ _____

Namnsteckning

Appendix 4. Kvalitetskontroll inför varje intervju.

INTERVJUARMANUAL FÖR LUNDENUPPFÖLJNINGEN **Ver 4. (03-10-06)**

Manualen skall användas som checklist för varje klient

KLIENTKOD:

Urvalet – Information till patienten vid behov

- (1) Patienter i studien har under kohortdefinitionen 970101–001231 vårdats vid Lunden under en minimitid av minst en månad. Samtliga har genomgått testning av enhetens psykolog; Iréne Jansson.
- (2) De patienter som följs upp är således de som tidigare har undersökts grundligt, dels med standardiserad dokumentation: DOK för LVM-vårdade kvinnor och ADAD för LVU-vårdade flickor. Vidare har de, eftersom det funnits en beställning om utredning, också testats med avseende på BCT, CMPS, KASAM, SCL-90, PCL-R, samt SCID för personlighetsstörning enligt DSM-IV och axel-I-diagnos för psykisk störning. Därtill kommer registrering av somatiska komplikationer.
- (3) Studien är således en systematisk uppföljningsstudie av patienterna med tillägg av en standardiserad modell för att följa utvecklingen i sju ASI-relaterade områden med en Time-Line-Follow-Back ansats och upprepning av en del tidigare tester och skalor.

Pricka av vilka föranstaltningar som gjorts för varje klient

Tidigare samtycke till intervju och forskning

- (4) Samtliga patienter som kontaktas har tidigare givit skriftligt och muntligt samtycke till undersökning, till att materialet används för forskning samt till uppföljning vid senare (aktuell) tidpunkt.
- (5) I enlighet med beslut från etikkommittén vid Lunds universitet, kontaktas patienter först av Lundens personal. Detta för att de tidigare patienterna skall ha möjlighet att avböja medverkan i uppföljningsstudien även om de tidigare medgivit kontakt.

Kontakten med patienten/klienten

- (6) I kontaktarbetet kontaktas först den socialsekreterare som var aktuell vid placeringstillfället och om förhållandena ändrats, den aktuella myndighetspersonen. En kort bedömning görs av den aktuella situationen så långt denna är känd.
- (7) Från Lunden sänder Iréne Jansson ett informerande brev enligt en utformning godkänd av etikkommittén. Brevet sänds i blankt vitt kuvert utan institutionsstämpel och ett svarkuvert medföljer. Påminnelsebrev följer.
- (8) Först sedan patienten muntligt eller skriftligt medgivit kontakt görs en överenskommelse om vem i forskarlaget som skall göra intervjun och patienten informeras skriftligt (universitetskuvert) och per telefon om vem detta blir.
- (9) Från Institutionen för Psykologi sänds ett brev där intervjuarens namn och funktion i projektet klargörs. Patienten får telefonnummer till intervjuarens mobiltelefon och informeras om att intervjuaren kommer att ringa.

Den direkta klient-/patientkontakten

- (10) Intervjuaren och den f d klienten sköter från och med denna punkt kontakten sinsemellan på egen hand.
- (11) Om problem att nå patienten uppkommer i detta skede kan kontaktpersonen på Lunden kontaktas så att ev. anhöriga kan tillfrågas.
- (12) När Du söker direktkontakt med klienten utanför den situation där DU kan använda din tjänstetelefon, så skall Du använda någon av de mobiltelefoner som kommer att tillhandahållas av projektet. Det gör att Du aldrig behöver kommunicera genom ditt privata nummer.

Telefonkontakten;

- (13a) Efter det brevet om att du blir intervjuare sänts från Lunden, så skall Du omgående ta telefonkontakt med intervjupersonen.
- (13b) Du kommer överens med patienten att Ni hörs alldeles i början av veckan då ni överenskommit om att intervjun skall äga rum.
- (13c) Sänd ett vykort eller liknande som påminnelse att Du kommer och ditt telefonnummer.
- (13d) Ring dagen innan och kolla att allt är klart.
- (13e) Ring samma morgon intervjun skall göras och kolla att allt är okay.

Avväganden

- (14) Beroende på vem patienten är avgör intervjuaren tillsammans med projektledaren om en intervju kan göras utan risk i patientens hemmiljö. D v s vid kontakten diskuterar den som skall göra intervjun om en intervju i hemmiljö kan göras utan problem.

- Det måste således gå att sätta av 3 timmar utan att onödiga störningsmoment uppkommer,
 - Att gäster med narkotikaproblem kontaktar.
 - Vidare bör man diskutera om det finns hundar som kan ställa till problem.
- (15) För patienter där det finns farhågor om intervjuarens säkerhet skall intervjun genomföras på säkert ställe, vilket kan vara en socialförvaltning, bibliotekslokal, metadonenhet.
 - (16) När Du genomför intervju kan Du vid behov ha mobiltelefonen på och meddela att någon kommer att ringa för att ge Dig skjuts när intervjun börjar närma sig slutet. Det är en ganska bra metod för att avdramatisera själva situationen.
 - (17) Vid intervjun läggs informationsbrevet om studien på bordet och frågor om reglerna för intervjun presenteras vid behov. Därefter ombeds patienten skriva på det skriftliga medgivandet till studien i dess alla delar. Patienten informeras också om att hon har rätt att ta del av resultaten från test och skattningsskalor när dessa rättats.
 - (18) Patienten informeras vidare om att intervjun består av två delar med en kvalitativ intervju kopplad till den mer faktabaserade första delen. Denna del har vi ambitionen att bandinspela för att kunna göra mer ingående kvalitativa analyser. Patienten har rätt att vägra inspelning.
 - (19) Till intervjun har intervjuaren med sig kaffe eller läsk, samt några frukter. Pauser hanteras genom att intervjuaren följer patienten till rök- eller kafferum. Om intervjun avbryts ber intervjuaren om att få återkomma inom de närmaste timmarna eller dagen. Tag kvitton när Du köper frukt och läsk – återbetalas via Lundens ekonom.
 - (20) Intervjun genomförs enligt följande rutin:
 - DOK-uppföljning med insprängd TLFB
 - Testning: med AUDIT, BCT, SCL-90, KASAM, SF-36, ISSI-skalan
 - Antisocial modulen i MINI
 - Skattning: GAF görs efter avslutad intervju
 - Anti-Socialmodulen i SCID-IV efter avslutad intervju
 - (21) Om patienten har läs- och skrivsvårigheter eller andra problem med uppmärksamhet så läs frågorna högt och fyll i.
 - (22) Granska alltid varje ifyllt frågeformulär. Frågeformulär som innehåller hela sidor med svar enbart i en kolumn bör kommenteras. Och klienten tillfrågas om det är så hon avsåg att svara. Om det är hela sidor som hopats över, så ber man klienten komplettera omgående så att formuläret blir komplett.
 - (23) Intervjuarens arbete med att motivera patienten är helt avgörande för motivationen och genomförandet. Tänk på att den mesta vägran beror på intervjuaren och mera sällan på klienten/patienten. Oroa Dig inte

- för mängden av frågor. Gör dem i stället intressanta och diskutera där klienten är intresserad av detta.
- (24) Andra delen av intervjun genomförs med digital bandning. Patienten informeras om att banden avidentifieras samt att efter studien är klar, de också förstörs. Om patienten vägrar medverkan i detta avseende så skrivs innehållet i intervjun ned verbatim. I sådana fall kan det dock inte användas för citering av delar av intervjumaterialet.
 - (25) Hela intervjun beräknas ta ca 2–3 timmar. Jäkta aldrig klienten.
 - (26) Vid avslutad intervju får klienten 400 kronor om intervjun görs i dennes hem eller hemstad. Annars kan tillägg för resor tillkomma. Kostnader för resor diskuteras vid behov med projektledaren.

Ersättningen är uppdelad i två delar – 300 kronor från projektet och 100 kronor från Mats Fridell privat (står 99 på kvittot). Viktigt att kvitton är påskrivna.

Vid frågor om ersättning för resor som bekostas av klienten kontaktas Johan Billsten, TEL: 046-38 67 02, Iréne Jansson eller Mats Fridell. 046-38 67 05 eller Mats: 046- 222 33 21, 070-673 33 07, 046-12 61 77.
 - (27) Om patienten/klienten vill så återrapporteras resultaten av skattningskalor och test per telefon.

Administration

- (28) Vid behov, skriv egen reseräkning för ev. bilresa. Kostnaden betalas med 16 kr per mil skattefritt. Finns en särskild reseräkningsblankett för klienten.
- (29) Vid intervjuer på annan ort betalas tåg eller bil beroende på vilket färd sätt som är billigast och mest praktiskt. Biljetter redovisas. Hotell beställs av projektledaren och detsamma gäller om lokal behövs för att genomföra intervjuer på orten.
- (30) Varje intervju går igenom med projektledaren och ev. tolkningsproblem diskuteras. En sådan diskussion mellan intervjuarna är också viktig att genomföras fortlöpande.
- (31) Svaren läggs därefter in av deltagaren i datafilen. Resultaten kontrollkörs och kontrolleras för spurious values och missing values. Johan Billsten har huvudansvaret.

Signera innan intervjun att alla punkter är genomgångna.

Namn och datum

Appendixtabell 4. Konvergent validitet mellan lagföringsregistret och självrapporterade uppgifter om kriminell aktivitet i TLFB (n=106)

År	Antal	% med en > registre- ring	% överens- stämmelse	Falskt negativa	Falskt positiva	<i>Kappa</i>
Fängelse						
0	43	7%	98	0	2	.79
1	105	8%	95	33	2	.68
2	205	7%	91	14	8	.53
3	87	10%	89	60	9	.23
4	61	7%	95	33	3	.55
5	38	11%	87	60	6	.37
Någon gång	106	18%	85	37	10	.51
Drogrelaterat brott						
0	43	0%	NA	9	0	NA
1	103	8%	84	85	9	.36
2	101	14%	83	36	14	.42
3	83	13%	75	55	21	.18
4	59	8%	71	80	24	0
5	35	9%	91	50	3	.52
Någon gång	108	39%	63	40	35	.24
Stöld och häleri						
0	41	10%	90	50	7	.29
1	102	11%	84	36	13	.38
2	99	7%	79	57	18	.13
3	85	14%	75	78	19	.18
4	61	13%	70	75	22	.02
5	36	8%	89	60	3	.44
Någon gång	106	36%	70	34	28	.37
Våldsbrott						
0	43	7%	93	100	0	0
1	104	6%	88	88	5	.08
2	104	6%	91	80	5	.14
3	86	7%	87	78	5	.20
4	60	7%	87	83	6	.13
5	37	11%	84	75	9	.16
Någon gång	105	27%	74	71	9	.23

Kommentar: Siffrorna representerar tiden från intervjun till första gången en händelse ägde rum (0 = samma år som intervjun, 1 = året före intervjun, 2 = två år före intervjun o s v). NA = not applicable

Appendixtabell 5. Brottsrubriceringar i lagföringsregistret för kvinnor vid Lunden. En maximum likelihood random effects regressionsanalys

	Modell 1		Modell 2	
	Odds/Ratio Rho	Z	Odds/Ratio Rho	Z
Fängelse				
Registrerad i LGF med fängelsestraff	70.60	5.58**	47.26	4.81**
Lagförd i LGF för stöld/häleri	NA		0.91	-0.15
Lagförd i LGF för narkotikabrott	NA		2.35	1.27
Lagförd i LGF för våldsbrott	NA		2.23	1.10
Stöld/häleri				
Lagförd i LGF för stöld/häleri	3.30	2.34#	1.96	1.31
Lagförd i LGF för narkotikabrott	NA		5.45	3.35**
Lagförd i LGF för våldsbrott	NA		1.28	0.40
Registrerad i LGF med fängelsestraff	NA		4.80	2.44*
Narkotikabrott alla typer				
Lagförd i LGF för narkotikabrott	6.66	3.76**	5.17	3.33**
Lagförd i LGF för våldsbrott	NA		1.84	1.21
Lagförd i LGF för stöld/häleri	NA		1.70	0.92
Registrerad i LGF med fängelsestraff	NA		4.24	2.65*
Våldsbrott				
Lagförd i LGF för våldsbrott	6.28	2.45#	5.59	2.00#
Lagförd i LGF för stöld/häleri	NA		1.20	0.20
Lagförd i LGF för narkotikabrott	NA		0.50	-0.82
Registrerad i LGF med fängelsestraff	NA		2.49	0.92

Kommentar: **MODELL I** – Logistisk regression med en random effect för intrasubject variation och motsvarande officiella registerdata som prediktor. **MODELL II:** – Logistisk regression med en random effect för intrasubject variation och officiella registerdata för alla kategorier som prediktorer *Signifikansnivåer:* p < .10 # och p < .05 *. p < .01 **

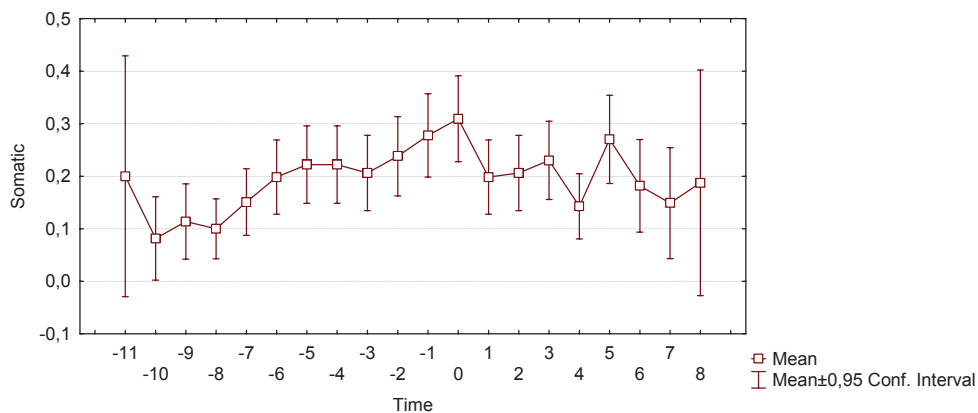
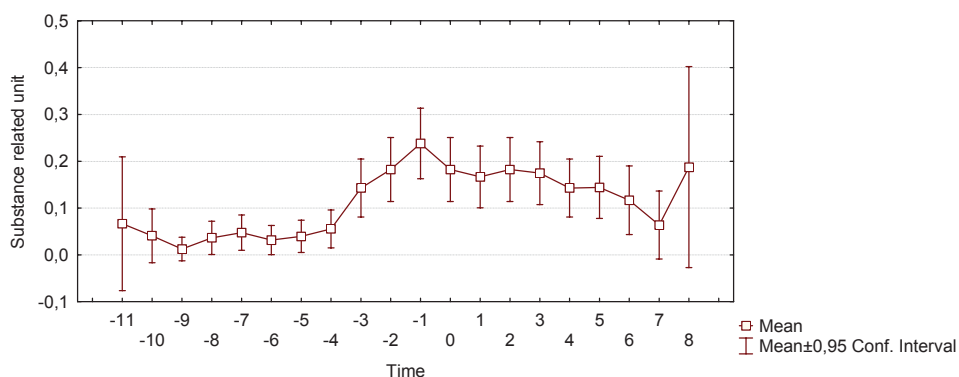
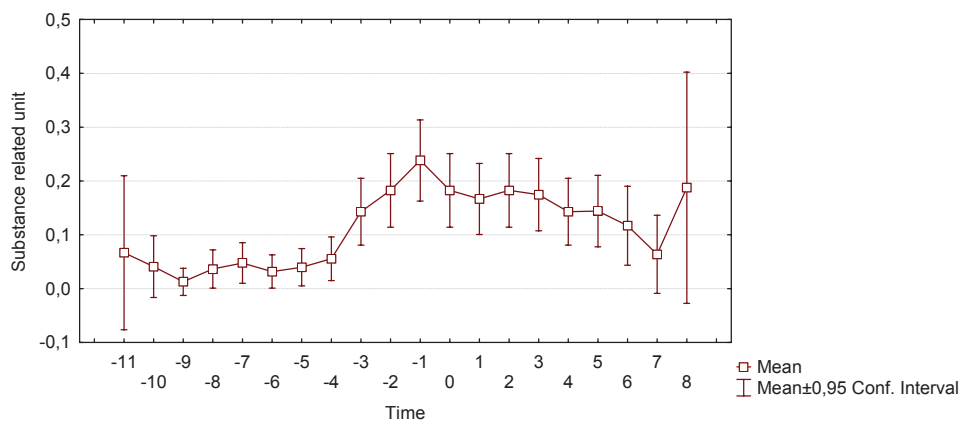


Diagram 1. Slutenvårdskonsumtion – inläggningar på tre typer av sjukhusavdelningar: avgiftning/abstinens-, psykiatrisk och somatisk avdelning enligt slutenvårdsregistret

Registerdata omfattar tiden från 11 år före inläggning på LVM-/LVU-hem till 8 år efter avslutad vård som längst. Indexvårdtillfället är någon gång under 1997-01-01 till och med 2000-12-31. Analysen visar att det rör sig om en statistisk trend. Vårdkonsumtionen är högt över den i ålders- och könsrelaterad normalgrupp och förblir hög.

Appendixtabell 6a. Inläggningar på sjukhus för avgiftning i Lunden-materialet

	Effect	df	MS	df	MS	F	p
	(F/R)	Effect	Effect	Error	Error		
Time linear	*Fixed	1	9,930688	1006	0,708321	14,02004	0,000191
Peek	Fixed	1	3,498677	1006	0,708321	4,93940	0,026473
{1}ID	Random	125	3,117714	1006	0,708321	4,40156	0,000000

Appendixtabell 6b. Inläggningar på psykiatrisk avdelning i Lunden-materialet

	Effect	df	MS	df	MS	F	p
	(F/R)	Effect	Effect	Error	Error		
Time linear	*Fixed	1	3,91323	1006	1,301566	3,00655	0,083235
Peek	Fixed	1	16,93360	1006	1,301566	13,01017	0,000325
{1}ID	Random	125	6,02216	1006	1,301566	4,62686	0,000000

Appendixtabell 6c. Inläggningar på somatisk avdelning i Lunden-materialet

	Effect	df	MS	df	MS	F	p
	(F/R)	Effect	Effect	Error	Error		
Time linear	*Fixed	1	0,201190	1006	0,556633	0,361442	0,547842
Peek	Fixed	1	2,048677	1006	0,556633	3,680484	0,055336
{1}ID	Random	125	1,033517	1006	0,556633	1,856731	0,000000

Appendixtabell 7. Genomsnittligt antal lagföringar över tid för LVU- och LVM-vårdade klienter

Antal brott	Coefft	Std. Err	Z	P > Z	95% Coeff	P-värde
Tid sedan - n	0,04	0,03	1,30	0,195	-0,02	0,09
Peek	-0,19	0,02	-10,27	0,000	-0,23	-0,16
Före-efter	0,19	0,10	1,92	0,005	0,00	0,39
Conduct disorder	0,08	0,03	2,35	0,019	0,01	0,14
Drg-år	0,37	0,20	1,84	0,066	-0,02	0,77
Konstant	-38,89	21,18	-1,88	0,060	-81,40	1,61
Inalpha	-0,06	0,14			-0,34	0,23
Alpha	0,95	0,14			0,71	1,26

Random-effects Poisson regression Number of obs = 1172

Group variable (i): pnr Number of groups = 109

Random effects u_i ~ Gamma Obs per group: min = 8. avg = 10.8, max = 22

Wald chi2(6) = 174.61, Log likelihood = -1985.2741 Prob > chi2 = 0.0000

Likelihood-ratio test of alpha=0: chibar2(01) = 922,66 Prob>=chibar2 = 0,000

Appendixtabell 8. Förändringar i genomsnittligt antal lagföringar för kvinnor som varit drogfria minst ett år vid uppföljningen respektive kvinnor som inte varit drogfria

Antal brott	Koefficient,	Std, Err,	Z	P>z	[95% Conf, Interval]	
					min	max
Tid	0,04	0,03	1,30	0,195	-0,02	0,09
Peek	-0,19	0,02	-10,27	0,000	-0,23	-0,16
Före/efter	0,19	0,10	1,92	0,055	0,00	0,39
CD	0,08	0,03	2,35	0,019	0,01	0,14
Ålder	0,04	0,02	2,00	0,046	0,00	0,08
Drogfri minst 1 år	0,37	0,20	1,84	0,066	-0,02	0,77
Constant	-39,89	21,18	-1,88	0,060	-81,40	1,61
/lnalpha	-0,06	0,14			-0,34	0,23
alpha	0,95	0,14			0,71	1,26

Notes: Tid: linjär effect av tid

Peek: tid sedan inskrivning

After index: dummy coded variable representing time after treatment

Conduct disorder: symptom count from SCID-II PQ

Appendixtabell 9. Jämförelse av Basic Character Trait test (BCT) vid indexvårdtillfället och vid uppföljningen, samt för drogfria respektive ej drogfria kvinnor vid uppföljningen (n= 103)

	Indexvårdtillfället				5-årsuppföljningen			
	OOB	OOB	ARC	OCC	OOB	OPC	ARC	OCC
m	12,36	7,35	8,67	9,26	12,107	6,89	9,47	8,80
St	3,304	3,47	3,40	3,88	3,286	3,75	3,25	3,71
Drogfria vid uppföljningen								
m	12,45	7,13	8,90	9,14	12,38	6,12	9,90	8,52
St	2,83	3,34	3,44	3,80	3,30	3,34	3,45	3,66
Ej drogfria vid uppföljningen								
m	11,68	7,92	8,08	9,56	11,40	8,88	8,38	9,52
St	4,30	3,81	3,29	8,38	3,21	4,07	2,40	3,82

Appendixtabell 10. Jämförelse mellan dem som är drogfria minst ett år och dem som har kortare eller ingen drogfrihet vid uppföljningen på SF-36-skalan (n=105)

	Drogfri	Medelvärde	Standardav	t-värde	Df	p
Sfpfst	NEJ 58	85,24	20,267	-2,810	95,590	,006
	JA 49	94,18	12,220			
Sfrpst	NEJ 58	69,83	37,393	-1,451	103,396	,150
	JA 49	80,10	35,714			
Sfbpst	NEJ 58	62,76	29,443	-3,395	104,990	,001
	JA 49	80,65	25,079			
Sfgpst	NEJ 58	58,84	23,371	-2,607	104,740	,010
	JA 49	69,96	20,719			
Sfsfst	NEJ 58	45,60	24,869	-1,928	103,331	,057
	JA 49	54,69	23,814			
Sfrest	NEJ 58	58,41	32,643	-4,513	101,699	,000
	JA 49	82,73	22,865			
Sfmhst	NEJ 58	53,45	43,716	-1,317	101,966	,191
	JA 49	64,63	43,806			
pcst	NEJ 58	52,41	21,866	-4,930	104,530	,000
	JA 49	72,24	19,722			
mcst	NEJ 58	49,45	10,761	-1,961	103,542	,053
	JA 49	53,02	8,043			

Appendixtabell 11. Jämförelse mellan dem som är drogfria minst ett år och dem som har kortare eller ingen drogfrihet vid uppföljningen på ISSI-skalan (n=105)

	Drogfri	Medelvärde	Standardav	t-värde	Df	p
AVSI	NEJ 56	1,77	1,375	2,54	92/386	p < .012
	JA 49	2,53	1,697			
AVAT	NEJ 56	5,00	1,489	1,18	90/273	p < .226
	JA 49	5,29	0,866			
ADSI	NEJ 56	4,91	2,553	1,25	101/518	p < .214
	JA 49	5,53	2,517			
ADAT	NEJ 56	5,84	3,144	2,31	100/614	P < .021
	JA 49	7,10	2,347			
TOTAL	NEJ 56	17,52	6,102	2,48	101/677	p < .015
	JA 49	20,45	5,976			

Appendixtabell 12. Jämförelse av personer som är drogfria minst ett år (n=49) och dem som inte är drogfria eller är drogfria bara en kortare tid (n=56) på KASAM.

	Drogfri	Medelvärde	Standardav	t-värde	Df	p
Begripl	NEJ 56	3,78	0,856	3,447	102/168	P < .001
	JA 49	4,34	0,1190			
Hanterb	NEJ 56	4,11	0,991	4,47	102/783	P < .000
	JA 49	4,91	0,827			
Mening	NEJ 56	4,297	1,141	5,73	100/275	P < .000
	JA 49	5,43	0,842			
TOTAL	NEJ 56	116,89	24,734	5,14	102/995	P < .000
	JA 49	140,27	21,469			

Appendixtabell 13. Jämförelse av medelvärden och spridningar i AUDIT-skolor för dem som är drog-fria minst ett år och dem som har kortare eller ingen drogfrihet (n=105)

	Drogfri	Medelvärde	Std	t-värde	Df	p
Riskkonsumtion	NEJ 53	3,26	3,145	3,122	90/343	p < .003
	JA 49	1,63	2,058			
Beroendesymtom	NEJ 56	1,4500	2,978	2,763	58/820	p < .009
	JA 49	0,29	0,736			
Skadekonsumtion	NEJ 56	2,68	4,075	2,520	76/126	p < .016
	JA 49	1,10	1,960			
AUDIT-Tot	NEJ 56	7,40	9,204	3,177	70/593	P < .003
	JA 49	3,02	3,827			
AUDIT-T-poäng	NEJ 56	63,15	33,695	3,131	65/393	p < .003
	JA 49	47,73	11,768			

Appendixtabell 14. Genomsnittligt antal brott för LVM-kvinnor med antisocial personlighetsstörning (inkl CD-items) kontra de utan denna kombination

Antal brott	Coefficient,	Std, Err,	z	P>z	[95% Conf, Interval]	
					Min	Max
Time	0,04	0,03	1,28	0,202	-0,02	0,09
Peek	-0,19	0,02	-10,27	0,000	-0,23	-0,16
After index	0,19	0,10	1,92	0,055	0,00	0,39
Conduct disorder	0,09	0,03	2,82	0,005	0,03	0,15
Age	0,04	0,02	1,98	0,047	0,00	0,08
Constant	-0,89	0,54	-1,66	0,096	-1,94	0,16
Ln(alpha)	-0,02	0,14			-0,30	0,26
Alpha	0,98	0,14			0,74	1,29

Notes: Time: linear effect of time

Peek: time in distance from admission year

After index: dummy coded variable representing time after treatment

Conduct disorder: symptom count from SCID-II PQ

Appendixtabell 14 visar Random-effects Poisson regression. Number of obs = 1172.

Group variable (i): pnr Number of groups = 109.

Random effects $u_i \sim \text{Gamma}$ Obs per group: min = 8. avg = 10,8, max = 22.

Wald $\chi^2(5) = 170,95$ och Log likelihood = -1986,9296 Prob > $\chi^2 = 0,0000$

Appendixtabell 15. Risk för att förekomma i lagföringsregistret för kvinnor med någon typ av personlighetsstörning (n = 108)

	Coef.	Std. Err.	Z	P>z	95% Conf. Interv.	
Birth-year	-0.02	0.01	-1.59	0.112	-0.05	0.01
Time	0.09	0.02	4.40	0.000	0.05	0.14
Peek ¹⁰	0.27	0.04	6.76	0.000	0.19	0.35
Paranoid	-0.03	0.08	-0.35	0.729	-0.18	0.13
Schizoid	0.02	0.08	0.30	0.763	-0.13	0.18
Schizotypal	-0.05	0.06	-0.85	0.397	-0.18	0.07
Conduct disorder	0.10	0.03	3.06	0.002	0.04	0.16
Borderline	0.02	0.06	0.26	0.792	-0.11	0.14
Histrionic	0.04	0.07	0.52	0.605	-0.10	0.18
Narcissistic	0.08	0.07	1.19	0.233	-0.05	0.22
Avoidant	0.07	0.08	0.94	0.347	-0.08	0.22
Dependent	0.11	0.08	1.44	0.149	-0.04	0.27
Obsessive-compulsive	0.02	0.08	0.26	0.795	-0.13	0.17
Passive-aggressive	-0.08	0.08	-0.95	0.341	-0.23	0.08
Masochistic	-0.03	0.07	-0.45	0.655	-0.16	0.10
Constant	45.01	28.93	1.56	0.120	-11.70	101.72
/lnsig2u	-0.95	0.32			-1.57	-0.32
sigma_u	0.62	0.10			0.46	0.85
Rho (intra-class corr.)	0.11	0.03			0.06	0.18

Likelihood-ratio test of rho=0: chibar2(01) = 23.18 Prob >= chibar2 = 0.000

Tabell 15 visar:

Likelihood-ratio test of alpha=0: chibar2(01) = 969,43 Prob>=chibar2 = 0,000.

Random-effects logistic regression Number of obs = 1377

Group variable (i): persnr Number of groups = 126

Random effects u_i ~ Gaussian Obs per group: min = 10, avg = 10.9, max = 13

Wald chi2(15) = 83.02, Log likelihood = -800.97652 Prob > chi2 = 0.0000

Appendix B. Formulär som används i valideringsstudien

A. Personlighetstest

A. I. Cesarec Marke Personality Scheme (CMPS)

CMPS (1968) är utprovat och använt nationellt på kliniska grupper som depressionssjukdomar, psykosomatiska patienter, och drogmissbrukare. Det är mycket använt vid olika urvalsundersökningar. Testet, som består av 165 frågor med ja- och nej-alternativ, mäter 11 psykogena behov, efter Murrays personlighetsteori. Därutöver finns ett mått på responsstil "ja-sägartendens". De 11 behovsvariablerna sammanfattats i fem faktorindex.

Variabler:

- (1) ACH (Achievement) – prestationsbehov och konkurrensinriktning.
- (2) AFF (Affiliation) – sällskaps- vänskapsbehov samt kontaktsökande.
- (3) AGG (Aggression) – impulsiv aggressivitet och irritabilitet.
- (4) DST (Defense of status) – behov att försvara sin status, jagsvaghet.
- (5) GUI (Guilt-feelings) – skuldkänslor och överjagskonflikter.
- (6) DOM (Dominance) – behov av att dominera och styra andra.
- (7) EXH (Exhibition) – behov av att exponera sig, stå i centrum och uppmärksammas.
- (8) AUT (Autonomy) – behov av självständighet och oberoende.
- (9) NUR (Nurturance) – behov av att vårda, hjälpa och ta hand om andra.
- (10) ORD (Order) – behov av ordning, renlighet och planering.
- (11) SUC (Succorance) – behov av att bli hjälpt, vårdad tröstad och omhändertagen.
- (10) ACQ (Acquiescence) – "ja-sägartendens", en tendens att vid osäkerhet svara ja eller nej oberoende av frågans innehåll.

Faktorindex: (Summeringen av variabler vägda med faktorladdningen)

- I Neurotisk självhävdelse (variabel 1, 3, 4, och 5)
- II Dominans (variabel 4, 5, 6, och 7)
- III Aggressiv nonkonformitet (variabel 3, 8 och 10)
- IV Passivt beroende (variabel 2, 4 och 11)
- V Sociabilitet (variabel 2, 3 och 9)

Split-half reliabiliteten är på de första 11 delskalorna som lägst $r = .52$ (autonomi) medan de andra delskalorna ligger mellan $r = .70$ och $r = .80$. Test-retest reliabiliteten är också lägst på skalan autonomi $r = .56$ medan de andra varierar mellan $r = .77$ och $r = .94$. I de fem faktor-indexen visade split-half

reliabilitetsvärden mellan $r = .74$ och $r = .90$ och test-retestvärden var mellan $r = .81$ och $r = .89$ (Cesarec & Marke 1968).

A.2. Basic Character Trait Test (BCT)

Grundläggande karaktärsdrag (BCT) är ett *personlighetstest* med utgångspunkter i empiriska studier av "oralitet" och "analitet". Faktoranalyser visade att oralitet består av två ortogonala faktorer: Oralt Optimistisk Karaktär (OOC) och Oralt Pessimistisk Karaktär (OPC) och att "analitet" likaså utgörs av två ortogonala faktorer, här benämnda Analt Reaktiv Karaktär (ARC) och Omnipotent Kompulsiv Karaktär (OCC). I den här första studien fokuseras på konstruktionen av testet. Testet undersöker inte belägga etiologiska aspekter bakom karaktärsdragen utan tar fasta på observationer och tidigare empiri av beteenden kopplade till dem. För konstruktionen har *två normalmaterial använts jämfört ett patientmaterial*. Normalmaterialen utgörs av personer i 4 olika vårdinriktningar ($n=1.022$), och ett rikssampel ur normalbefolkningen hämtat från en omnibusundersökning av GFK Sverige med 806 användbara formulär, totalt 1.828 personer. Slutligen har BCT-data inhämtats för 1.185 patienter i 5 syndrom parallellt med andra test och diagnosbatterier. Efter initiala itemanalyser konstruerades ett test med 20 item per variabel. Items balanserades för att undvika response style (Cesarec 1980).

Itemanalys som korrelationer mellan enskilda items och skalan beräknades med tillfredsställande resultat på rikssamplet. Faktoranalyser gjordes sedan separat i normal- respektive patientgruppen. Principalkomponentmetoden med varimaxrotering användes för itemanalyser och en konfirmatorisk faktoranalys för den teoretiska validiteten. Den konfirmatoriska analysen bekräftade fyrfaktormodellen. Reliabiliteten med Cronbach's Alpha är rimligt hög, $r = .60$ till $r = .80$. Vidare är test-retest-reliabiliteten hög, mellan $rtt = 0,71$ till $rtt = .94$. De fyra personlighetsdragen är mycket stabila över 6 år och längre tid. Skillnader i råpoäng mellan könen och i olika åldrar korrigerades slutligen genom beräkning av linjära T-poäng varvid skillnader mellan könen och de olika åldersgrupperna eliminerades. Slutligen beräknades den enskilda mätningens medelfel. Detta ligger inom standardavvikelserna både för råpoäng och T-poäng, och möjliggör även individuella jämförelser. I sin sista version har testet förkortats till 60 items med bibehållna mätgenskaper.

Valideringen har gjorts i flera olika steg. Först studerades testets teoretiska, samtida och prediktiva validitet i jämförelser av BCT mot olika kliniska grupper och syndrom. De är drogmissbrukare, alkoholmissbrukare och allmänpsykiatriska patienter. Det allmänpsykiatriska materialet delades sedan in i följande diagnostiska grupper: neurotiska störningar, affektiva störningar, schizofreni, anpassningsstörningar (krisreaktioner) och depression UNS. Ätstörningar utgör en speciell grupp eftersom teorin bakom formuläret postulerar att ätande bör vara kopplat till oralitet. Den stora andelen patienter med personlighetsstörning i materialet (38%) kan förklaras av att många

är missbrukare. Gruppjämförelserna ger klart stöd för testets *teoretiska och samtidiga validitet*. I flera avseenden finner vi samma resultat som tidigare undersökningar visat och resultat är i linje med de teoretiska förväntningarna. Testet visar i några sammanhang också en klar prediktiv validitet vad gäller förmågan att diskriminera till exempel normala och patientgrupper samt personer under och över medianen på GAF.

Testets begreppsvaliditet och samtidiga validitet har gjorts dels i faktoranalyserna, dels genom jämförelser mellan BCT och 16 olika test och skattningsskalor. Totalt gjordes 102 hypoteser om sambandet med variabler i andra test. Av dessa bekräftades 76 (75%). Tre samband gick emot hypotesen. Utöver detta tillkom 53 samband som visserligen inte predicerats men som i de flesta fallen är teoretiskt rimliga. Den beskrivning vi får genom samband med andra test och skalor motsvarar dels de teoretiska beskrivningarna, dels tidigare fynd genom andra studier med frågeformulärsteknik.

Beskrivningen av de fyra karaktärsegenskapsklustren som man får via samband med andra test överensstämmer bra med andra forskares arbeten. Samtidigt framstår de fyra dimensionerna som *unika*, d v s inte beskrivna i andra test. Dessa samband stödjer BCT-testets samtidiga (concurrent) och construct validity.

B.1. Symtom

B.1.1. *Global Assessment of Functioning Scale (GAF)*

GAF-skalan är ett mått i den s.k. femte axeln i DSM-systemet. Skattningen görs vanligen av en professionell bedömare, t ex läkare eller psykolog och skalan är en global skattning av personens psykologiska, sociala och yrkesmässiga funktionsnivå (APA 1992). Skalan anses ha en rimligt hög validitet som mätare av global funktionsnivå.

Skalan finns också i en svensk självskattningsversion där validering mot psykiatriska diagnoser och personlighetsstörning gjorts (Bodlund et al 1998, Ottosson 1995a; 1995b). I den senare versionen görs dels en bedömning för senaste veckan, dels för senaste året. Det som används i vår validering av SCL-90 är GAF under det senaste året.

Reliabilitetsnivån för GAF-skalan är $r=.62$ (Ottosson 2004). Där patienter själva skattar sin funktionsnivå visar Bodlund et al (1998) att patienter skattar sin funktionsnivå 4,4 enheter lägre än professionella bedömare. Framför allt kvinnor med depressiva symtom tillhör de grupper som skattar sig lägre än den professionella bedömaren. GAF=70 anses som en skärningspunkt mellan hög och låg psykosocial funktionsnivå.

B.1.2. *Symptom Checklist 90 (SCL-90)*

SCL-90 är en modifiering av Hopkins Symptom Checklist (HSCL) gjord i början av 70-talet av L.R. Derogatis och avsett att mäta hur mycket en individ anser sig ha varit besvärad av olika somatiska eller psykiska symptom under den

senaste veckan (Derogatis 1978). 90 item med en 5-gradig svarsskala fördelar sig på 9 primära skalor; Somatisering, Obsessiv-kompulsivitet, Interpersonell sensitivitet, Depression, Ängest, Fientlighet, Fobisk ängest, Paranoidt tänkande och Psykoticism. Förutom dessa 9 skalor ger formuläret tre globala mått på generellt obehag: Globalt svårighetsindex (GSI), Positivt symptomstörningsindex (PSDI) och totala antalet symptom (PST).

En svensk version av SCL-90 har standardiserats och validerats (Fridell, Cesarec, Johansson & Mallings Thorsen 2002). Svensk normering av SCL-90 har gjorts på ett normalmaterial om 1.016 vuxna personer och 3.002 ungdomar, samt ett patientmaterial om 1.782 individer. Reliabiliteten räknat med Cronbach's Alfa är hög för alla skalorna i båda materialen. Samtidigt är homogeniteten för alla 90 items i SCL-90 så hög att alla items tycks bilda en enda skala. Som standardpoäng redovisas nya köns- och ålderskorrigerade T-poäng.

B.1.3. Hälsoformuläret (SF-36)

SF-36 är ett frågeformulär med 36 frågor, som utgår från studier i 10 länder från projektet International Quality of Life Assessment (IQOLA). Den svenska manualen och tolkningsguiden har utarbetats av Sullivan, Karlsson och Ware (1995); Sullivan & Karlsson (2002); Sullivan, Karlsson och Taft (2002). Testet mäter fyra variabler inom fysisk hälsa: Physical Functioning, Role Physical, Bodily Pain, General Health. Fysisk hälsa består av skalorna Vitality, Social Functioning, Role Emotional, och Mental Health och sammanfattas i dimensionen Mental Hälsa. Reliabiliteten för de 8 skalorna och sammanfattnings-skalorna är god, kring $r=.70$ till 80 .

Reliabilitet (Cronbach's Alpha) är högre än $r=.70$ totalt och för de enskilda skalorna varierar mellan $r=.79$ och $r=.91$ i den svenska standardiseringen. Standardiseringen har gjorts på kön och fyra åldersgrupper. Testet har validerats mot andra skalor på kliniska grupper.

Fysisk hälsa	Physical functioning	(PF - 10 items)
	Role Physical	(RP - 4 items)
	Bodily Pain	(BP 2 items)
	General Health	(GH - 5 items)
Psykisk hälsa	Vitalitet	(VT - 4 items)
	Socialt fungerande	(SF - 2 items)
	Role Emotional	(RE - 3 items)
	Mental Health	(MH - 5 items)
Två sammanfattningsskalor finns:		(a) Fysiska problem och b) Mentala problem

B.2.1. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)

AUDIT är ett av WHO utvecklat screeninginstrument för identifiering av alkoholproblem, översatt och omarbetat till svenska av H. Bergman (Bergman & Källmén 1994). Formuläret omfattar 10 items och ger poäng för Riskfylld alkoholkonsumtion, Beroende symtom, Skadlig konsumtion samt en totalpoäng. För totalpoäng kan kön- och ålderskontrollerade linjära T-poäng enl. svenska normer beräknas (Bergman & Källmén 2000).

B.2.2. Individual Schedule of Social Interaction (ISSI-skalan)

ISSI är en översättning av en australiensisk skala efter Henderson et al (1980) till svenska av Orth-Gomér och Undén (Orth-Gomér & Johnsson 1987; Undén & Orth-Gomér 1984; Undén 1989, 1991). Den har senare använts i stora rikstäckande undersökningar av bl a arbete och hälsa (Undén 1991, Samuelsson 1996). ISSI-skalan är ett självskattningsformulär om 30 frågor med a, b och c som svarsalternativ. Det sammanfattas i fyra dimensioner: AVSI: tillgänglighet på social integration (6 items), AVAT: tillgänglighet på djupa känslomässiga relationer (6 items), ADSI: upplevd tillfredsställelse med social integration (8 items), ADAT: upplevd tillfredsställelse med tillgänglighet av djupa känslomässiga relationer (10 items).

Totalpoängen används som ett "globalt index" på social integration. Individer med en totalpoäng under 20 sägs ha ett dåligt socialt nätverk, och de över, ett normalt till bra nätverk.

Tabell b.2. Reliabilitetskoefficienter för ISSI-skalans fyra variabler

		Stabilitet 12 mån	Konsistens	Split-half
I	AVAT	.85	.74	.80
II	AVSI	.85	.63	.84
III	ADAT	.69	.66	.59
IV	ADSI	.66	.76	.77

Cronbach's alpha varierar mellan .63 och .76 och re-test med ett intervall om 12 månader varierar mellan .66 och .85.

B.2.3. The Sense of Coherence Questionnaire (KASAM)

En skala som använts under senare år tillsammans med andra mått på social anpassning har varit den av Antonovsky (1991) utvecklade skalan som i svensk översättning har getts namnet "Känsla av sammanhang" – KASAM (Antonovsky 1991, 1993). Formuläret består av 29 separata items med en 7-gradig skala från aldrig "1" till alltid "7". Dels redovisas Totalpoäng, dels totalpoängen uppdelad på tre dimensioner (a) begriplighet, (b) hanterbarhet och (c) meningsfullhet. En totalpoäng mellan 120 och 150 brukar betraktas som normal. Låga poäng på KASAM har visat sig ha starka samband med dålig fysisk och psykisk hälsa (Konarski 1992). Några reliabilitets- eller va-

liditytsresultat har inte redovisats. Validitetsmått för den svenska versionen av skalan är inte kända.

Aktuellt är en normering/standardisering av KASAM (Hansson & Olsson 2001). Ett litteraturstudium av ett trettioital undersökningar visar att KASAM-29 har en reliabilitet mellan $r = .79$ och $r = .95$. För en tvillingundersökning med 652 män och 652 kvinnor redovisas Cronbach's $\alpha = .84$. Test-retest över 6 månader är $r_{tt} = .80$ för KASAM-29. En jämförelse av ett antal normalmaterial visar att yngre åldersgrupper har lägre KASAM än äldre.

C.1. TIME-LINE-FOLLOW-BACK

Intervjuguiden är en kombination av varierande grad av slutna och mer öppna frågor för att fånga information om alkohol- och narkotikarelaterade problem. Intervjun är uppdelad på sju ämnesområden. Situationen i olika droger vid drogmissbruk och alkohol, boendesituation, arbete och inkomster, sjukvård och kontakter med socialtjänst, kriminalitet, psykisk hälsa och familje- och relationssituation följs halvårsvis bakåt i tiden. Till detta kommer omfattande avsnitt om vilken typ av vård eller sociala insatser som erhållits under utskrivningsperioden. Fem av ämnesområdena rör sådant som vanligtvis påverkar eller påverkas av ett missbruk. Det sjätte området försöker fånga hur intervjupersonen upplevde Lundenvårdtillfället. Varje ämnesområde avhandlas för sig och inom flertalet av områdena finns frågor som skall ge information om tillståndet halvårsvis från indexvårdtillfället till intervjutillfället.

Modellen som appliceras här har ursprungligen konstruerats av Sobell och Sobell (1982) för att möjliggöra en systematisk redovisning av retrospektiva data kring missbruksmönster med en hög reliabilitet.

Tidigare utgivna forskningsrapporter

ISSN 1104-6155

- Nr 1 1994 Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare – praktiker (Vera Segraeus)
- Nr 2 1997 Ungdomar i tvångsvård. Råbyundersökning 94 (Claes Levin)
- Nr 3 1997 Etiska konflikter inom tvångsvård av ungdomar (Gunnel Colnerud)
- Nr 1 1998 LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning (Arne Gerdner)
- Nr 2 1998 Ett §12-hem för flickor. Omdefinitioner i ungdomsvården (Berit Andersson)

ISSN 1404-2576

- Nr 1 1999 Etik och ungdomsvård. En empirisk studie av anställdas etiska problem inom tvångsvård av ungdomar. Slutrapport (Gunnel Colnerud)
- Nr 2 1999 "Plötsligt får man lust att leva." En grupp narkomaners berättelser om sina självmordsförsök (Eva Johnsson, Mats Fridell)
- Nr 3 1999 Ungdomar från särskilda ungdomshem i Stockholms brottsliga nätverk (Jerzy Sarnecki)
- Nr 1 2000 Tvång och tillit. LVM-vård som kulturell ingenjörskonst (Göran Johansson)
- Nr 2 2000 När anhöriga involveras. Personalens beskrivning av anhöriga på särskilda ungdomshem (Maria Bangura Arvidsson, Malin Åkerström)
- Nr 1 2001 Vård bakom låsta dörrar. Lunden, ett LVM-hem för kvinnor (Bengt Svensson)
- Nr 2 2001 Kommunikativ pedagogik och särskilda ungdomshem (Per Gerrevall, Håkan Jenner, red)
- Nr 3 2001 Empati och professionellt förhållningssätt. Behandlarrollen i missbrukarvården (Ulla Holm)
- Nr 1 2002 Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT (Bengt-Åke Armelius, Kerstin Armelius, Håkan Larsson, Elisabet Sundbom)
- Nr 2 2002 Arbetsmiljö och behandlingskultur. Jämförelse mellan SiS-institutioner och andra vårdmiljöer (Madeleine Jeanneau)
- Nr 3 2002 Bete sig normalt. Ett perspektiv på den vuxna familjehemsvården (Göran Johansson)
- Nr 4 2002 "De kommer ut fräscha och fina". Om tvång och hemlöshet (Lena Yohanes, Anna Angelin, Anders Giertz, Hans Swärd)
- Nr 5 2002 Sluten ungdomsvård. Rättsliga reaktioner på de ungas brott före och efter införandet 1999 (Eckart Köhlhorn)

- Nr 1 2003 "Det är dom här jag har och inte har". LVM-vårdade narkotikamissbrukares sociala nätverk (Anette Skårner, Margareta Regné)
- Nr 2 2003 Ungdomarnas upplevelse av sluten ungdomsvård. En jämförelse med LVU-placeringar och fängelse (Jessica Palm)
- Nr 3 2003 Kultur Forskning Missbruk Vård. Motsägelser (Göran Johansson)
- Nr 1 2004 Lärande och kunskapsanvändning. Kompetensutveckling genom personalutbildning och arbete vid särskilda ungdomshem (Leif Nilsson)
- Nr 2 2004 Det förlorade livet eller livet som oändlig kamp. LVM-klienters livshistorier med fokus på kvinnor (Noriko Kurube)
- Nr 1 2005 Ger ART bättre behandlingseffekter? Utvärdering av metoder på tre ungdomshem (Rolf Holmqvist, Teci Hill, Annicka Lang)
- Nr 2 2005 "Demokrati i det lilla?" Ungdomars delaktighet i sin behandling (Anne Hermodsson, Cecilia Hansson)
- Nr 3 2005 Påverkan eller total förändring? Kritik av en förhållning med avstamp i ett program mot missbruk och kriminalitet (Göran Johansson)
- Nr 1 2006 Att starta ett särskilt ungdomshem – exemplet Klarälvsgården (Lars Bergström, Annika Rudqvist)
- Nr 1 2007 Annars får man inte vara med. Missbrukarvård och kulturens tackelse – exemplet romer (Göran Johansson)
- Nr 2 2007 Vårdkedjeprojektet. Tre utvärderingsperspektiv. (Johannes Fäldt, Jessica Storbjörk, Jessica Palm, Lars Oscarsson, Kerstin Stenius)
- Nr 1 2008 Kön och behandling inom tvångsvård. En studie av hur vården organiseras med avseende på genus (Leili Laanemets, Arne Kristiansen)
- Nr 2 2008 Ungas delaktighet. Exemplet institutionsvård. (Titti Mattsson)

I 32 klienter som vårdats på Lundens ungdomshem och LVM-hem under åren 1997–2000 följdes upp 5 år senare. Kvinnorna har beskrivits vid tvångsvårdstillfället vad gäller bakgrund, fysisk och psykisk sjukdomsbild och sjukvårdskonsumtion. Uppföljningen gjordes genom intervjuer och samma tester och skattningsskalor som användes i samband med vården, vilket ger ett underlag att beskriva förändringar av bland annat missbruk och livssituation i övrigt. Materialet är kompletterat med registeruppgifter om lagföringar, sjukvård och dödlighet. Fyra av fem i den vuxna kvinnogruppen och nästan nio av tio i ungdomsgruppen nåddes för uppföljning. För drygt 90 procent av dessa lyckades forskarna också få testdata.

Resultaten visar att tvångsvården företogs vid en tidpunkt då såväl sjukvårdskonsumtion som brottslighet var som mest omfattande i gruppen. Personer som lyckas nå drogfrihet minskar markant sin kriminalitet och vårdkonsumtion och når betydligt bättre välbefinnande än klienter som inte blir drogfria. Helt drogfria (utan återfall) ända sedan utskrivningen 5 år tidigare är en av sex uppföljda eller 15 procent. Närmare hälften av LVM- och ungefär 2 av 5 av LVU-klienterna hade ett års sammanhängande drogfrihet vid uppföljningen, vilket får anses vara positiva resultat med tanke på den svåra klientgruppen.