

SiS följer upp och utvecklar

4/04

12 år av forskning, utredning och
utvärdering vid Karlsvik

Institutionsbaserad LVM-forskning

Björn Sallmén

Institutionsbaserad LVM-forskning

12 år av forskning, utveckling och
utvärdering vid Karlsvik

Björn Sallmén

Författarpresentation

Björn Sallmén är sedan 20 år knuten till Beroendecentrum Skåne, där hans kliniska bana inleddes som mentalskötare vid Malmö Alkoholkliniks akutmottagning. Efter Mats Berglunds tillträde som professor vid Avdelningen för Klinisk Alkoholforskning 1988 anställdes Sallmén som forskningsassistent vid Karlsvik LVM-hem, med syftet att samla in psykometriska data om en klientgrupp som vid denna tid var förhållandevis okänd i vetenskapliga sammanhang. Sallmén är fortfarande, tio år senare och efter att ha försvarat sin avhandling, verksam i utrednings- och behandlingsarbetet vid Karlsvik. Han har inom SiS och Kriminalvårdsstyrelsen drivit projekt om metodutveckling och förbättrade rutiner för utredning och behandlingsplanering.

Beställs genom SiS hemsida: www.stat-inst.se/publikationer

Rapport nr 4/04

ISSN 1403-1558



AB C O Ekblad & Co, Västervik 2004

Förord

I sitt förord får Björn Sallmén möjlighet att teckna en historik som kan ses som en personlig bakgrund och livshistoria till hans nuvarande forsknings- och utvecklingsarbete på Karlsvik LVM-hem. Driven av entusiasm och nyfikenhet har han introducerat tester och inventories på Karlsvik. Till en början var det ett kliniskt intresse som drev honom, så småningom tog det vetenskapliga över och det blev till slut en avhandling. Därefter har det kliniska intresset åter kommit i fokus i utvecklandet av nya instrument tillsammans med David Öberg. Instrumenten har implementerats på Karlsvik och Rällsögården och även testats på ytterligare ett par institutioner inom SiS.

Tanken med denna rapport var först att det skulle bli en svensk version av avhandlingen, som skulle möjliggöra för många att ta del av den samlade kunskapen. Det visade sig dock snart att Björn gärna ville ta med det som hänt efter avhandlingen, dvs beskriva det utvecklingsarbete som ägt rum på Karlsvik. Det bedömdes också av SiS som intressant att få ta del av resultat från uppföljningar, som gjorts under den tid SiS varit huvudman för Karlsvik. Därmed växte emellertid uppgiften. Det ledde fram till ett beslut att fokusera rapporten på just utvecklingsarbetet på Karlsvik från 1990 och framåt, vilket nu utgör den huvudsakliga delen (del två) i rapporten. Därmed har avhandlingens teoretiska delar, som författaren ägnat tid åt att översätta inte kommit till användning i denna rapport. Den som är intresserad av en teoretisk fördjupning hänvisas till avhandlingen (Sallmén, B. 1999). Mycken tid och möda har lagts ner på manusbearbetning. Framförallt är det vår forskningssekreterare Tarja-Liisa Leiniö som oförtröttligt ägnat sig åt detta. I SiS är vi nu glada att kunna presentera resultatet av många års forskarmöda på Karlsvik.



Sture Korpi
Generaldirektör

Författarens förord

När jag våren 1999 disputerade med avhandlingen *Compulsory treatment of alcoholics – psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*, utgjorde detta på sätt och vis slutet på en resa jag i tanken inledde 15 år tidigare. Beslutet att missbruk och dess psykologiska och sociala kringfaktorer skulle bli mitt specialområde fattades på akutavdelningen på dåvarande alkoholkliniken vid Malmö Allmänna Sjukhus en sommardag i mitten av 1980-talet, då jag finansierade mina psykologistudier som vikarierande mentalskötare. Under hela den krokiga stig som ledde fram till en doktorsavhandling, har denna klinik och min funktion vid den kvarstått och ”akuten” har alltid utgjort min huvudsakliga källa till idéer, nya problemställningar och kliniska frustrationer. När min blivande och oöverträffade teoretiska mentor, Mats Berglund, tillträdde sin professur i klinisk alkoholforskning 1988, korsades våra vägar och rollen som ”doktorand” med honom som delhandledare inleddes 1989. Detta år inleddes även en projektanställning på Karls-
vik LVM-hem där institutionschef Bertil Bokander och dåvarande konsultpsykiatern Lars-Håkan Nilsson brottades med samma tankar, idéer och problem som jag ville göra till mitt avhandlingsområde. En datainsamling påbörjades med tillämpning av fler tester och inventories än vad som tidigare skådats inom behandlingsforskningsfältet. Efter ungefär 2 års datainsamling inleddes den forskningsfas som innebär informationsspridning och rapportering av uppnådda resultat. Det var också här en personlig intressemässig glidning började äga rum, d v s från ett fokus på kliniskt verksamma psykologer, socialarbetare och olika yrkesgrupper inom psykiatri, till ett fokus på internationella forskargrupper och prenumeranter av svårfunna engelskspråkiga facktidskrifter. Här ligger enligt min uppfattning den kliniska forskningens paradox: För att ge nödvändig tyngd åt kliniska forskningsresultat kräver den vetenskapliga rapporteringens riktlinjer att man gör informationen så svårtillgänglig och svåråtkomlig som möjligt för de målgrupper som har mest nytta av den. Från det att en artikel efter ca 200 arbetstimmar per sida blir accepterad för publicering tills dess att innehållet eventuellt blir allmängods på det sjukhusgolv eller behandlingshem där datainsamlingen ägde rum, passerar ofta ett stort antal år. Detta är speciellt olyckligt inom tvångsvården där det fortfarande är mycket tunnsått med forskningsresultat. Efter diskussioner med min tidigare handledare, professor Mats Berglund, institutionschef Bertil Bokander, samt tidigare FoU-direktör Vera Segraeus har jag därför under det senaste åren börjat betrakta en klinikeranpassad rapport som högt prioriterad.

Bakom rapporten finns ett nätverk av individer som på olika sätt bidragit till dess förverkligande. Jag nöjer mig med att lyfta fram mina vänner, kollegor och kritiker, David Öberg, Bertil Bokander och Birgitta Nilsson. Tarja-Liisa Leiniö förtjänar ett

tack för sitt tålamod och saneringsarbetet av prosan. Statens institutionsstyrelses före detta FoU-direktör, Vera Segraeus, förtjänar ett speciellt tack, eftersom hon inte bara tidigt förstått mina ambitioner om behandlingsorienterad forskning, utan också praktiskt möjliggjort författandet av denna rapport.

Karlsvik, 2002-08-24

Innehållsförteckning

Förord	3
Författarens förord	4
Del I Inledning och bakgrund	8
1 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall – en kort historik	8
Karlsviks uppdrag	9
Karlsvik – organisation och administration	10
LVM-vård – motivationsarbete eller behandling?	10
Rapportens syfte och disposition	12
2 Studier av tvångsvård och annan missbrukarvård – psykiatrisk samsjuklighet, sociala karaktäristika, undergrupper, vårdideologi och utfall	14
Internationella och svenska studier av tvångsvård	14
Olika undergrupper	16
Olika behandlingsmodeller: Vilken roll spelar teori och ideologi	19
Diskussion	21
3 Missbrukarvård frivilligt eller under tvång – generella principer och etiska aspekter	22
Hur effektiv är egentligen behandling?	22
Vad vet vi om grundprinciperna för effektiv behandling?	22
Ofrivilliga behandlingsinslag och individen – etiska överväganden	24
Del II Utvecklingsarbetet vid Karlsvik	29
4 Forskningsprojekt <i>Nya Karlsvik – ett försök att använda tvång terapeutiskt, 1990–1993</i>	29
5 Utvecklingsprojekt <i>Forskning och behandling i samverkan, 1994–1997</i>	38
6 Integration av strukturerad mätning i klinisk vardag och nationellt samarbete, 1997–	42
Utvärdering av missbrukarvård – problem, begrepp och användbara mått	42

Ett nytt kärninstrument	43
Tilläggsmoduler till ASI	44
7 Utveckling av nya instrument och internationellt samarbete	50
Karlsviks deltagande i IPTRP/Biomed2	50
Utvecklingen av MAPS	50
Minnesota Coping Skills Questionnaire – instrument och resultat	59
Uppföljningsdata, IPTRP-projektet	60
Mätning av vårdutfall i termer av stage of change	60
8 Konsolidering av testbatteri och utredningsinstrument med ökad integration i behandlingspersonalen	63
Utvecklingsprojekt kring MAPS	67
9 Sammanfattning och avslutande kommentarer	69
Förändringarna under 1990-talet	69
Utfallsvariabler i sammanfattning	71
LVM-hemmet och samhället	72
Forskningens syften och vägval	74
Referenser	75
Bilaga 1: Begreppsdefinitioner, DSM-IV/ICD-10	82
Behovsutredning och bedömningsinstrument på Karlsvik	83
Testbatteri 1990–1993	84
SCID I-II	84
SRB I-III (DS-batteriet)	88
Metakontrasttekniken (MCT)	90
Livskvalitetsbedömning enligt Kajandis metod	91
Subjektivt kränkande tvång	92
Självskattningsskalor	92
Alkoholvaneinventoriet (AVI; AVI-R)	92
Locus of control (I-E-skalan)	97
Socialt nätverk	98
Ward Atmosphere Scale (WAS)	98
Bilaga 2: Ett exempel på inmatningsblankett använd vid Karlsvik;	100
Strukturerad behandlingsplan	100
Bilaga 3: Organisationsprocess, Karlsvik	101

Del I Inledning och bakgrund

I Lagen om vård av missbrukare i vissa fall – en kort historik

Sveriges lag om tvångsvård av vuxna missbrukare (LVM, 1981; 1988) är en utveckling av 1913 års lag om behandling av alkoholister (AlkL), vilken i huvudsak handlade om sociala sanktioner mot en livsstil som ”innebär allvarlig fara för samhället”. Dåvarande anstalter utövade 12 månaders tvångsarbete med möjlighet till två års förlängning om missbrukaren återföll inom en 6-månadersperiod efter utskrivning. ”Fara för sig själv eller närstående” som var ett av vårdkriterierna i 1913 års lagstiftning upphävdes 1931, då lagen reviderades och fick ett ytterligare ökat fokus på socialt oacceptabelt beteende. Lagen reviderades på nytt och 1954-års nykterhetsvårdslag (NvL), hade inspiration från både Jellineks sjukdomsbegrepp och de under 1950-talet allt starkare självhjälpsgrupperna AA och Länkarna. Vårdtiden var 12 månader med förlängningsmöjligheter med ytterligare högst 5 månader. Revisionsarbetet av 1954 års lagstiftning påbörjades 1967 och resulterade i en lag beträffande vård av vuxna alkoholmissbrukare i särskilda bestämmelser till 1982 års socialtjänstlag. Denna komplettering inkluderade en speciell lag rörande tvångsvård av vuxna missbrukare i vissa fall (LVM). Tvångsvårdslagen var fortsatt skild från övrig socialtjänstlagstiftning.

LVM-lagen från 1982 var i huvudsak orienterad mot akuta interventioner mot livshotande tillstånd. Eftersom regionala skillnader i lagens tillämpning snart blev uppenbara, genomfördes en lagtextsrevision 1988 med intentioner av både motivationsinsatser och ett initierande av behandling. För att jämma ut de regionala skillnaderna i lagens tillämpning omformulerades den fjärde paragrafen så att tvångsvård *skall* (istället för *kan*) tillämpas, när vissa kriterier är uppfyllda. Enligt den lag som trädde i kraft den 1 januari 1989 kunde vårdtiden för en vuxen missbrukare uppgå till maximalt sex månader utifrån en social och/eller medicinsk utvärdering av missbrukets skadlighet för individen och/eller någon för individen närstående. Syftet med tvångsinterventionen är att motivera missbrukaren till fortsatta behandlingsinsatser på frivillig basis. Tvångsvården skall jml 20 § LVM upphöra när syftet med vården är uppnått och senast när vården pågått i sex månader. Huruvida syftet med vården är uppnått skall således i princip prövas dagligen och klienten har rätt att överklaga avslag på begäran om utskrivning.

Tvångsvården är inte tänkt att annat än i undantagsfall pågå i sex månader. I 27 § och 29 § LVM står: ”Den som förestår vården vid ett LVM-hem skall, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Socialnämnden skall se till att sådan vård anordnas. Har den intagne vistats i ett LVM-hem i tre månader utan att vård i annan form kommit till stånd, skall föreståndaren anmäla detta till hemmets styrelse och ange orsaken till det”. LVM-vården ställer höga krav också på

socialtjänstens agerande. I 30 § LVM stadgas: "Socialnämnden skall aktivt verka för att den enskilde efter vårdtiden får bostad och arbete eller utbildning samt se till att han får personligt stöd eller behandling för att varaktigt komma ifrån sitt missbruk".

När den omarbetade lagen trädde i kraft introducerades tre olika tidsperspektiv i vårdutövningen. Det första rör ett omedelbart ingrepp i ett destruktivt beteende med fara för den egna personen eller närstående. Det andra är ett kortsiktigt mål rörande motivation till frivillig behandling och det tredje ett långsiktigt mål rörande framtida drogfrihet och/eller konsumtionsreduktion.

I varje enskilt fall skall viktiga beslut inom LVM-vården fattas av institutionschefen och denne skall jml 26 § LVM hålla socialnämndens företrädare informerad kring vården och samråda i alla frågor av vikt. Varje myndighetsutövande beslut måste noga motiveras och jml 44 § LVM kan beslut rörande flyttning, avslag på begäran om utskrivning, samt förstörande av beslagtagna egendom överklagas hos länsrätten.

En statlig myndighet, Statens institutionsstyrelse, SiS, övertog 1994 huvudmannaskapet för LVM-vården. Syftet var bl a att oberoende av regionala förutsättningar och med beaktande av närhetsprincipen underlätta möjligheterna att matcha klienternas behov och LVM-hemmens speciella resurser och kompetensprofiler. Under det statliga huvudmannaskapet har lägre efterfrågan från kommunerna resulterat i en minskning av antalet klienter som årligen vårdas vid LVM-enheter under tvång eller på frivillig basis jämte Socialtjänstlagen (SoL). Detta har i sin tur inneburit ett minskat antal tillgängliga institutioner. Det totala antalet platser har sedan år 1986 minskat från cirka 1300 vid 33 institutioner, till drygt 300 platser vid 14 institutioner år 2000. Följaktligen har antalet platser vid varje enhet minskat från cirka 40 till cirka 20.

Karlsviks uppdrag

Trots färre institutioner och en alltmer heterogen klientgrupp försöker LVM-hemmen att profilera sig. Vissa kriterier, som exempelvis kön, drogtyper och våldsbenägenhet bestäms på central nivå, medan vårdens huvudsakliga innehåll och inriktning bestäms av institutionscheferna. Karlsviks resursprofil är i dagsläget fokuserad på utrednings- och motivationsarbete av blandmissbrukande män från cirka 20 år och uppåt. Antalet platser har halverats under perioden 1990–2000.

Enhetens huvudmål är att bryta destruktivt missbruk och "motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk" (3 § LVM). Lagtexten förordar även: "Vården skall bygga på respekt för den enskildes självbestämmanderätt och integritet och skall så långt möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde" (1 § LVM). Enheten har en mångårig tradition av psykosocial behovsutredning och ett nära samarbete med Lunds universitet, vilket i hög grad präglar verksamheten. Utredning efterfrågas inte sällan av klientens hemkommun. På institutionen anses utredningen öka möjligheterna till funktionell terapeutisk allians.

Karlsvik – organisation och administration

I skrivande stund (mars 2001) har Karlsvik 20 platser fördelade på 8 på en låsbar avdelning och 12 på en öppen avdelning. Den öppna avdelningens boende finns i ett antal lokaler med en gemensamhetsanläggning som samlingspunkt.

Samtliga klienter tas in via en mottagningsavdelning, vilken organisatoriskt tillhör den slutna avdelningen, för att efter individuell bedömning flytta till öppen eller slutna behandlings- eller motivationsavdelning. Målgruppen är huvudsakligen män mellan 20 och 60 år, med alkohol-, läkemedels- eller blandmissbruk. Institutionens målgrupp har påtagligt förändrats under de senaste åren. Allt fler av de intagna är yngre narkotikamissbrukare. Institutionen anser sig inte kunna ta emot mer än ett mycket begränsat antal utagerande narkotikamissbrukare.

Öppen avdelning

Avdelningen har 12 platser. Klienterna bor i olika byggnader på institutionsområdet och har en samlingspunkt i en gemensamhetslokal. Avdelningen har förutom en behandlingssekreterare med samordningsansvar 2 behandlingssekreterare och 4 behandlingsassistenter. Med undantag av en behandlingsassistent fungerar samtliga också som kontaktmän. Den öppna avdelningens klienter kan röra sig fritt inom och utanför institutionen efter anmälan och individuell bedömning.

Sluten avdelning

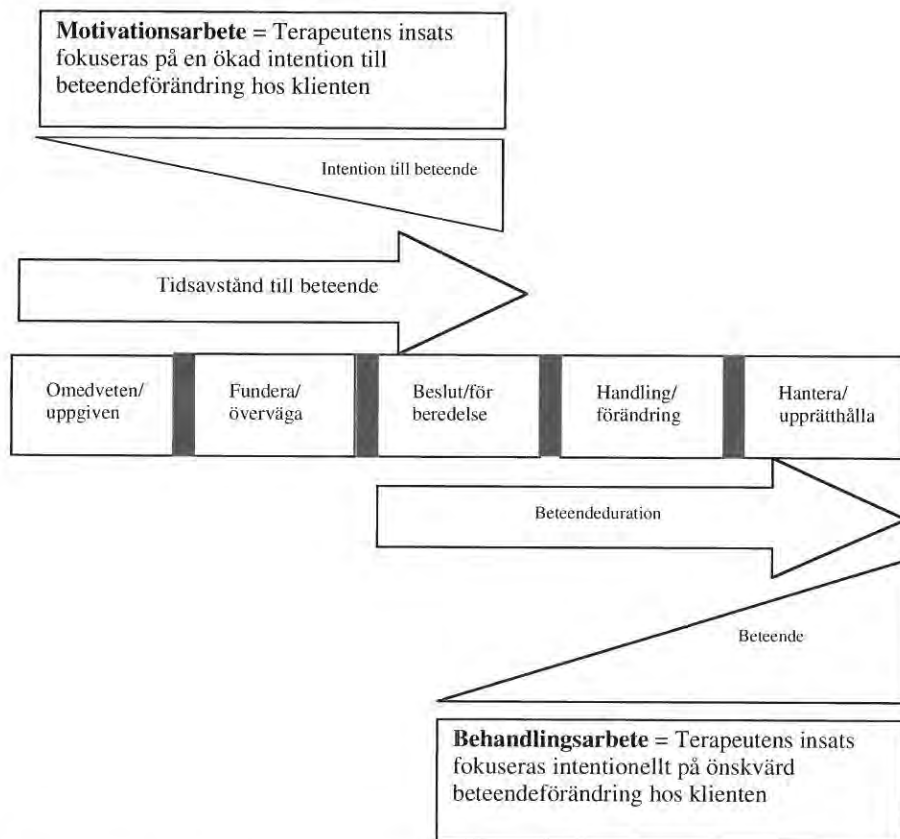
Avdelningen har 8 platser. Till den hör också mottagningsavdelningen. På avdelningen finns förutom biträdande institutionschef 2 behandlingssekreterare och 5 behandlingsassistenter. Nattpersonalen består av 4 vakande behandlingsassistenter med ständig nattjänstgöring organiserade i 2 team. Tvångsmedel som avskiljningar används medvetet mycket sällan.

LVM-vård – motivationsarbete eller behandling?

Prochaska & DiClementes teoriövergripande förändringsmodell (Miller & Hester, 1986; Prochaska et al, 1992; Project MATCH, 1997; DiClemente & Prochaska, 1998; Carbonari & DiClemente, 2000; DiClemente et al, 2001) har vunnit stor klinisk genomslagskraft under senare år. Att utgå från de olika processerna inom denna teori vid definition av motivation versus behandling kan tillhandahålla funktionella operationella definitioner. En av nycklarna till förståelsen av kärnan i Prochaska & DiClementes teori berör skillnaden mellan *intensionsförändring* (kognition/emotion) och *beteendeförändring* (kognition/emotion + handling) samt övergångarna däremellan. Inom och mellan de olika stadierna i den transteoretiska modellen ingår hela tiden olika proportioner intrapsykiska processer och konkreta manifestationer av dessa processer. I enlighet med detta sätt att beskriva verkligheten kommer fortsättningsvis dessa begrepp med följande innebörd att användas:

- Motivationsarbete = *insatser som medvetet syftar till en intentionsförändring hos en individ med ett visst problembeteende*
- Behandlingsarbete = *insatser som medvetet riktas mot en beteendeförändring rörande ett problembeteende hos klienten.*

Som framgår av figur 1 tonas motivationsbegreppet ned för att övergå i behandlingsbegreppet i den övergångsfas, där klientens nyvunna intentioner till förändring övergår i ett faktiskt och intentionellt beteende. Frågan om motivationsarbetet eller behandlingsarbetet varit framgångsrikt speglas därmed av om klientens intentionsförändring eller beteendeförändring är i överensstämmelse med de intentioner vårdgivaren hade med sina insatser.



Figur 1. Ett förslag till operationell definition av motivation och behandling (baserat på Prochaska & DiClementes modell för förändring, efter Velicer & Fava, 1998)

Förutom att det finns uppenbara fördelar med att operationellt kunna definiera viktiga begrepp både teoretiskt och på ett kliniskt användbart sätt är det av stor vikt för vårdpersonalen att inte bara förstå syftet med den egna yrkesutövningen, utan även att på ett begripligt sätt kunna kommunicera detta till de klienter som med varierande grad av ofrivillighet berörs av insatserna.

Rapportens syfte och disposition

Syfte

Ett syfte med rapporten är att presentera forskningsresultat som tidigare endast publicerats på engelska. En viss tyngdpunkt vilar på materialet från 1990–1993. Eftersom forsknings- och utvecklingsarbetet vid Karlsvik fortgått med oförändrad intensitet även därefter, är syftet också att presentera resultat från olika utvecklingsprojekt från perioden 1994–2001, inklusive en avrapportering av Karlsviks delaktighet i det internationella Biomed2/IPTRP-projektet. Resultat som samlats in och bearbetats under de senaste åren presenteras här för första gången skriftligt. Karlsvik

har organisatoriskt och målgruppsmässigt genomgått flera metamorfoser under den berörda tiden och deras konsekvenser för vårdklimat och forskning kommer att diskuteras.

Disposition

Rapporten är delad i två delar. Del I Inledning och bakgrund omfattar 3 kapitel. I kapitel 1 berörs lagstiftning, Karlsviks organisation, ramlagstiftningens uppdrag, samt anges rapportens syfte och disposition. Kapitel 2 och 3 utgör korta presentationer av klientkaraktäristika, olika undergrupper av missbrukare och olika behandlingstekniker, samt berör debatten om huruvida tvång är "bra" eller "dåligt". Också de etiska bekymmer som vi dagligen bör brottas med diskuteras här kortfattat. Del II innehåller kapitlen 4–9. Kapitlen 4–8 består i stort sett av ett forsknings- eller utvecklingsprojekt, som bedrivits på Karlsvik eller med Karlsviks medverkan. Kapitel 6 innehåller dessutom beskrivning av nationellt samarbete och kapitel 7 internationellt samarbete. Kapitel 9 innehåller en sammanfattning och avslutande kommentarer samt blickar framåt. Bilaga 1 är relativt omfattande. Den inleds med en diskussion kring begreppen beroende och missbruk och fortsätter med en beskrivning av olika metoder och mätinstrument som används eller har använts på Karlsvik.

De projekt som avrapporteras är:

1. Nya Karlsvik – ett försök att använda tvång terapeutiskt. Forskningsprojekt finansierat av Socialvetenskapliga Forskningsrådet, 1990–1993. Projektledare Mats Berglund.
2. Forskning och behandling i samverkan. Ett treårigt utvecklingsprojekt, finansierat av Statens institutionsstyrelse, 1994–1997. Projektledare Björn Sallmén.
3. Karlsviks deltagande i Improving Psychiatric Treatment in Residential Programs, IPTRP/Biomed2-projektet, ett EU-finansierat kliniskt projekt med SiS som svensk partner, 1996–1999. Projektansvarig Vera Segraeus.

Projekt relaterade till ASI och MAPS

4. Institutionsbeskrivningar enligt ny metodik, MAPS-enhet. Utvecklingsprojekt inom SiS, 1999. Projektledare David Öberg.
5. Strukturerad behandlingsplanering, 2000, utvecklingsprojekt inom SiS. Projektledare David Öberg.
6. Utprovning och validering av ASI-Brott, 2000. Karlsviksfinsierad verksamhet, 2000.
7. Strukturerad utskrivningsplanering, 2001. Utvecklingsprojekt finansierat av SiS, 2001. Projektledare Björn Sallmén.
8. Validering av MAPS-CHANGE, 2001. Karlsviksfinsierad verksamhet.

2 Studier av tvångsvård och annan missbrukarvård – psykiatrisk samsjuklighet, sociala karaktäristika, undergrupper, vårdideologi och utfall

Internationella och svenska studier av tvångsvård

Villfarelsen om att den svenska tvångsvården av vuxna missbrukare skulle vara unik har länge inneburit en avsaknad av jämförande internationella studier, samt ett fokus på LVM-klienten som speciell, både vad gäller karaktäristika, motivation och prognos. I Världshälsoorganisationens (WHO) kunskapsöversikt (Porter et al, 1986) presenteras flera internationella studier av tvångsvårdade missbrukare. Studierna visar inte på några större skillnader mellan tvångsvårdade klienter och klienter i andra slutna vårdformer. Skillnader i klientkaraktäristika är större mellan missbrukare i öppen respektive slutenvård än mellan tvångsvårdade och frivilligt vårdade. Efter som vårdmängd och vårdlängd visat sig vara av stor vikt för utfallet påstår flera studier idag att tvång är bra i den mening att det både förhindrar drop-outs och disciplinära utskrivningar.

Utfallsdata från kriminalvårdsstudier

De flesta tidiga studier av missbruksbehandling under tvång härstammar från amerikanska kriminalvårdsprogram. Flera studier från 1930-talet och framåt har tittat på korttidsutfallet i tvångsvård av individer med beroendetillstånd. Fokus har oftast varit på narkotikamissbrukare och vården man utvärderat oftast drogprogram inom kriminalvården. De flesta studier från 1940- till 1970-talet talar om bättre korttidsutfall för klienter under någon form av tvång. Pescor (1943) fann att cirka 30 procent av en klientgrupp i frivård och 13 procent i en frivillig jämförelsegrupp var drogfria i 6 månader eller längre efter fullföljd behandling. Långtidsuppföljningarna är fortfarande få och i huvudsak fokuserade på drogfrihetens inverkan på kriminell livsstil, ytterligare fängelsevistelser, etc (Vaillant, 1966, 1973). I en studie jämförde Maddux och medarbetare (1971) grupper av missbrukare med eller utan villkorliga domar (n=61 resp n=120) och fann 12 månaders konsekutiv drogfrihet i 7 procent av klienterna utan någon form av juridiskt tvång och i 20 procent av klienterna med villkorlig frigivning. Simpson och medarbetare (1986) utförde en 12-årsuppföljning av tidigare kriminalvårdade missbrukare, där den största gruppen (57%) av dem som fortfarande var drogfria rapporterade rädsla för tvångsåtgärder som huvudskäl till att ha slutat med droger.

Tvångsvård i Sverige – demografiska karaktäristika

Flera deskriptiva studier av LVM-gruppernas sammansättning från 1980-talet och framåt visar att klienternas situation och karaktäristika i hög utsträckning påminner

om det som beskrivs i studier av de amerikanska hemlösa "skid row"-grupperna. De flesta studier uppvisar hög social utslagning och psykiatrisk och somatisk funktionsnedsättning. Exempelvis i en studie av Pettersson (1989) berörande LVM-vårdade klienter från 4 län hade endast 30 procent gymnasial eller eftergymnasial utbildning. Knappt hälften av klienterna hade växt upp med båda sina biologiska föräldrar, 27 procent hade en stabil partnerrelation och 20 procent strukturerad dagtidssysselsättning. Franér och Ågren (1987) presenterar likartade data från 450 stockholmsklienter. Endast 14 procent hade mer än grundskoleutbildning medan 12 procent inte ens hade fullgjord grundskola. 15 procent hade strukturerad dagtidssysselsättning, nästan bara manliga klienter. Förstahandskontrakt på bostad förelåg i hälften av fallen och en tredjedel var hemlösa. Sjuttioen procent av klienterna var ensamstående. SiS samlar årligen in statistik över de klienter som varit aktuella för vård. I de årliga rapporterna från 1996 och framåt är klientsammansättningarna förhållandevis oförändrade (SiS, 3/98, 1/99, 2/00, 4/00, 3/01, 2/04).

- 70–75 procent av klienterna är män.
- Cirka hälften saknar eget kontrakt på boende och knappt en femtedel av klienterna är hemlösa.
- Cirka 70 procent lever ensamma, män oftare än kvinnor.
- Cirka 70 procent har dömts för brott.
- Vanligaste inkomstkällorna är socialbidrag (30%) och sjukbidrag/pension (25–30%).
- Endast var tionde klient har inkomster som har sin grund i någon form av anställning.
- Alla har vårdats tidigare för sitt missbruk och ungefär hälften har erfarenhet av LVM-vård.
- Ungefär hälften har funktionsnedsättande kroppslig skada eller sjukdom.
- Cirka 70 procent av kvinnorna och 40 procent av männen har utsatts för känslomässiga, sexuella eller fysiska övergrepp efter missbruksdebuten.

Utfallsdata från svenska tvångsvårdsstudier:

- Bjervers studie (1972) analyserar journaldata berörande två kohorter (1962 och 1966) av missbrukare som tvångsvårdats enligt dåvarande nykterhetsvårdslagen och jämförde dem med en icke-missbrukande kontrollgrupp. I kontrollgruppen identifierades en undergrupp som vid någon tidpunkt åkt fast för rattnykterhet. De tvångsvårdade grupperna hade nästan 4 gånger så många sjukskrivningsdagar som hela kontrollgruppen och dubbelt så många som de som arresterats för alkoholrelaterade trafikbrott. I jämförelser av tiden före och efter tvångsvård fann han i båda kohorterna en stabil och signifikant konsumtionsminskning efter vårdtillfället. Bjervers studie fann också en förhöjd dödlighet i den tvångsvårdade gruppen jämfört med kontrollgruppen.

- Berglund (1988) tillämpade likartad metodologi där han studerade en grupp om 383 alkoholberoende personer som senare dömdes till LVM i jämförelse med en lika stor grupp alkoholberoende personer som inte blev föremål för tvångsvård. Detta var den första svenska studie som innehöll en mätning av psykiatrisk samsjuklighet och kognitiv funktionsnedsättning. Berglund fann större social missanpassning i gruppen som senare tvångsvårdades, men fann inga skillnader i allvarliga psykiatriska symtom. Han fann en starkt förhöjd dödlighet i de grupper som dömdes till LVM. Mortaliteten i den tvångsvårdade gruppen var starkt förhöjd (3.3 gånger den förväntade i LVM-gruppen och 2.1 gånger den förväntade bland de övriga alkoholberoende patienterna). Dödsorsakerna var ofta av okonventionell och våldsam natur. Förbättring, definierad med överlevnad och utan fler tvångsvårdsepisoder registrerades i 32 procent av fallen.
- Bergmarks studie (1994a, 1994b) analyserade registerdata för 125 klienter som tvångsvårdats mellan 1982 och 1985, 5–8 år efter utskrivning. Dödligheten var 7 gånger den förväntade med hänsyn tagen till ålders- och könsfördelning.
- Gerdners doktorsavhandling (1998) redovisar flera års studier av Behandlingshemmet Runnagården, som vid tidpunkten för studien bedrev tvångsvård av manliga missbrukare. I en 2-årsuppföljning av 603 klienter genom enkäter till klienten, hans anhöriga och socialsekreterare förelåg förbättring, definierad med informationskällornas rapportering av mindre konsumtion, i 40 procent av fallen. Dödligheten var förhöjd med ungefär 3.5 procent om året. De faktorer, som vid speciell multivariat analys visade sig vara av störst betydelse för framgång var sociala nätverksfaktorer som självhjälpssgrupper, samt att det var första gången man behandlades jml LVM. Även i Gerdners studier visade sig dödligheten vara förhöjd. Inga skillnader mellan frivilligt vårdade klienter och LVM-klienter förelåg i utfall.

Även andra svenska uppföljningsstudier finns kring tvångsvårdade grupper, där den intresserade läsaren hänvisas till Gerdners genomgång (ibid, 1998) av 17 studier av varierande kvalitetsgrad samt hans genomgång i LVM-utredningen 2004 (Gerdner, 2004).

Olika undergrupper

Beroendesjukdomar och psykiatrisk sidoproblematik

Psykiatrisk samsjuklighet bland narkomaner har studerats internationellt sedan tidigt 1940-tal och i Sverige sedan 1970-talet. Beredskapen för en hög psykiatrisk komorbiditet bland alkoholmissbrukare vaknade dock förhållandevis sent i både forskar- och behandlarkretsar. Den praktiska kliniska verkligheten försöker fortfarande ofta hålla isär tillstånden ur vårdsynpunkt.

I början av 1980-talet skedde emellertid en attitydförändring och startskottet gick för den epidemiologiska studien Epidemiological Catchment Area Study, ECA, där

över 20 000 personer i fem amerikanska städer intervjuades kring diverse problem. Man fann ett högt samband mellan psykiska problem och beroendeproblematik, främst vad gällde alkohol. Forskare som Robin & Regier (1991) och Helzer och Pryzbeck (1988) publicerade uppseendeväckande data om stor överrepresentation av psykiska problem hos personer som också hade alkoholproblem. Psykiska problem visade sig ofta ha föregått missbruksdebuten.

Därefter började man studera fenomenet närmare och fann alarmerande samband, framförallt bland alkoholberoende patienter i slutenvård. Det sena 80-talet frambringade resultat av bland annat Ross med flera (1988) med en komorbiditetsfrekvens på över 70 procent, och Mirin och medarbetare (1991) med psykiatrisk samsjuklighet bland cirka två tredjedelar av de studerade klienterna. En annan, i tid mer närliggande var den stora *National Comorbidity Study* (NCS) (Kessler m fl, 1997), som genomfördes i USA i slutet av 1990-talet, och omfattade diagnostiska intervjuer av 8 098 personer. Psykiatrisk samsjuklighet identifierades hos majoriteten av dem som hade en beroendediagnos och psykiatriska problem föregick missbruksdebuten i nästan 80 procent av fallen.

Män och kvinnor

Kvinnans emancipation har även inneburit ett övertagande av traditionellt manliga ovanor. Från att ha utgjort cirka 2 procent av landets kända missbrukare för 100 år sedan, är idag cirka var fjärde–var tredje person med missbruksproblem en kvinna. Även vad gäller psykiatrisk tilläggsproblematik har en ökad likriktning av diagnoser identifierats under senare år. Vissa fynd har visat sig vara förhållandevis konstanta och generella. Till exempel brukar man finna en högre frekvens av både ångestsyndrom och affektiva syndrom bland kvinnliga missbrukare (ca 30–40%) än hos män (ca 25–30%) och mycket talar för att depressioner oftare är primära hos kvinnor än hos män. Kliniska betraktelser vid LVM-hem ger ofta tillhanda en bild där män inleder karriären med hög konsumtion som så småningom leder till problem med hustru och arbetsgivare, som i sin tur bidrar till depression varpå konsumtionen i självmedicinerande syfte ökar ytterligare. Kvinnor däremot, ibland men inte alltid med traumatisk bakgrund, hanterar initiala förstämningssymtom med alkohol/droger, för att därefter relativt snabbt fastna i missbruk. Depressionens roll i missbrukarvården är dock fortfarande något oklar. Mark Schuckit, en av de huvudansvariga för utvecklandet av DSM-IV, har påvisat att depression avklingar förhållandevis snabbt efter ingång i behandling, medan många andra funnit att sjukdomen är stabil över tid (Brown & Schuckit, 1988). Män ligger ofta högre på antisocial personlighetsstörning (ca 20–30%), ofta förknippad med låg social integration. Missbrukare med denna problematik har dessutom oftast en tidigare debut, ett hastigare sjukdomsförlopp och en högre frekvens kriminalitet och blandmissbruk. Sannolikt föreligger även generationstypiska störningsformer, i viss mån påtalade av psykoanalytiker som Erik Homburger Erikson (1963) och Otto Kernberg (1976). Här noteras (sociologiskt rela-

terade) högre frekvenser av tomhetsproblematik, identitetsförvirring och primitiva störningar bland yngre missbrukare, medan de äldre fortfarande i högre utsträckning lider av neurotiska besvär av ångest- och depressiv karaktär. Av sociokulturella, geografiska och historiska skäl finns även olikheter i drogpreferenser, både mellan kön, generationer och olika samhällsklasser.

"Skid Row"-grupper

En bortglömd men alltmer frekvent grupp missbrukare är de socialt utslagna och hemlösa. Eftersom social utslagning idag drabbar allt större kategorier av de amerikanska medborgarna med höga kostnader i form av t ex kriminalitet, har man börjat intressera sig för denna grupp (Hough et al, 1996; Fournier et al, 1993; Lehman & Cordray, 1993). Även i Sverige ser vi tendenser i samma riktning. Majoriteten av de hemlösa lider både av missbruksproblem och av psykiska störningar. Överdödligheten är omfattande. Missbrukare, med ett allvarligt fysiologiskt eller psykologiskt beroende, som av olika skäl marginaliserats i det svenska samhället, utan att för den skull med nödvändighet vara kriminellt belastade, tenderar ofta att vid någon tidpunkt vårdas i ett LVM-hem. Eftersom denna grupp till stor del antingen lider av psykiatrisk sidoproblematik, social utslagning eller bådadera, bör kunskap om lämpliga vårdinsatser inhämtas förutsättningslöst från vårdsektorer med längre erfarenhet av frågorna – beroendesjukvård, sluten- och öppenvårdspsykiatri samt psykiatrisk tvångsvård.

"Bokstavs barn"

En annan undergrupp som börjar bli ett uppmärksammat problem är de så kallade bokstavs barnen (DAMP, ADD, ADHD, Asperger, etc). Idag försöker man tillhandahålla stödundervisning, personlig assistent, etc för att underlätta anpassningen i skolan men fram till 1970-talet fanns varken kunskaper eller adekvata resurser för att underlätta socialiseringen av dessa barn. Ökat skolk, skoltrötthet, låga prestationer och konfrontationer med vuxenvärlden resulterade ofta i Obs-klassplacering, skolpsykologutredning, avslutad skolgång vid årskurs 8 och eventuellt någon form av yrkesträning. Förutom lösningsmedel, hasch och alkohol debuterade dessa personer ofta i amfetaminbruk i självmedicinerande syfte, vilket så småningom inledde kontakterna med kriminalvård och missbrukarvård. Det är både svårt och metodologiskt tvivelaktigt att ställa dessa diagnoser retroaktivt och klienterna placerar sig i stället ofta i den utagerande kluster B-familjen i DSM-systemet.

"Fyrtitalistgeriatriker"

Åren 1947–1964 inträffade västvärldens största babyboom genom tiderna. Förutom ett tidigare oöverträffat årligt nativitetstillskott är människor födda under 1940-talet unika: De är dels den första decenniekull som kan kallas för välfärdsbarn och de är den första generationen med en modern ungdomskultur. Förutom tillskottet av allt yngre och alltmer komplexa problemprofiler tillkommer en växande skara klienter

mellan 55 och 65 år som p g a årtionden av kemisk belastning ådragit sig kognitiva funktionsdefekter och demenssjukdomar. I ännu högre utsträckning än de allra yngsta klienterna inför denna växande skara nya problem och ställer nya kompetenskrav och eftervårdsvillkor.

Olika behandlingsmodeller:

Vilken roll spelar teori och ideologi för god prognos?

Under hela efterkrigstiden har svensk missbrukarvård präglats av olika synteser mellan socialpolitiska idéer, internationellt populära ideologier och vetenskapsteoretiska lärosatser. Dessa "kombinationstrossatser" har ofta lanserats som idémässigt och moraliskt motsatta alla andra synsätt, som "den enda sanningen" och ibland med emotionellt mycket starka argument och yttringar. Problemet med ideologi versus objektiv kunskap är extra komplicerat i sociala frågor.

Av stor vikt för framtida diskussioner och en slutpunkt för dogmatisk argumentation utgörs av Project Match (Miller et al, 1992; Project MATCH Research Group, 1996, 1997; DiClemente et al, 2001), den mest ambitiösa komparativa studie som hittills sjösatts. Man investerade över 30.000.000 dollar i en randomiserad multicenterstudie med syftet att finna systematiska samband mellan klientkaraktäristika och olika behandlingsformer. Även om de deltagande klienterna var frivilliga och ofta utan tidigare behandling har det framkommit många resultat som är av intresse för LVM-vården och forskningen om den. Designen byggde på två träd med 952 alkoholberoende individer i öppenvård och 774 eftervårdsklienter från olika behandlingshem <10 dagar innan inträdet i studien. Klienterna randomiserades antingen till motivationshöjande (eklektiskt) behandlingsprogram (MET), ett kognitiv/beteendeterapeutiskt program (CBT) eller till ett 12-stepsprogram (TSF). De undersöktes och utreddes innan behandlingen började med ett 6–8-timmars testbatteri rörande psykiska problem, motivation till förändring, missbrukets allvarlighetsgrad, kognitiv förmåga och eventuella hjärnskador, samt social situation och social funktion. Klienterna följdes upp efter 3, 6, 9, 12, 15 och 37–39 månader efter avslutad vård. Till dagens datum har över 500 vetenskapliga artiklar publicerats med utgångspunkt i den fria databas man byggt upp kring studien, vilken inkluderade behandlingshem och vårdinrättningar från hela USA (Seattle, Albuquerque, Houston, Milwaukee, Buffalo, West Haven, Farmington och Charleston), som följde direktiv från centralt administrerade manualer. Vid de fyra första uppföljningstillfällena konstaterades att ålder, psykiatriska symtom och missbrukets allvarlighetsgrad inte spelade någon större roll för hur det gick för klienterna. Den mest lyckade utfallsvariabeln utgjordes av motivationsnivå som förklarade 3 procent av variansen i utfall. Ett annat fynd var att betydelsen av social situation växte för varje uppföljningstillfälle, vilket trots skillnader mellan klientgrupperna stämmer överens med resultat från större uppföljningar av LVM-grupper. Uppföljningsstudierna i Project Match var framgångsrika, med över 90 procent av klienterna kvar i 15-månadersuppföljningen. Som primära

utfallsmått användes antal nyktra dagar och konsumtionsintensitet, som sekundära mått bl a negativa missbrukskonsekvenser, blandmissbruk, social funktion och psykologisk funktion. Långtidseffekterna av behandlingsinslagen uppvisade hög stabilitet över tid. Även efter 39 månader uppmättes signifikanta skillnader i avhållsamhet och antal dryckesdagar, jämfört med tiden före behandlingen.

Ett av de senaste fynden från Project Match utgörs av att ”klientmotstånd” under behandlingen utgjorde ett av de mest konsistenta negativa prognostiska variablerna, med uppmätbara effekter vid både 12-månaders- och 3-årsuppföljningen. Klienter med mycket motstånd och misstro lyckades bättre inom MET, än i både CBT och TSF, och hade i genomsnitt 66 procent konsumtionsfria dagar vid de första uppföljningarna. Så kallade motiverade klienter uppvisade bättre resultat i både CBT och TSF. Andra mätbara egenskaper som påverkade utfall på lång sikt utgjordes av ”self-efficacy” och ”readiness to change” (DiClemente et al, 2001). I kapitel 7 presenteras en modell för mätning av vårdutfall och prediktionsmått av LVM-värden i enlighet med dessa fynd.

Huvudfynden i denna omfattande matchningsstudie var dock den relativa avsaknaden av matchningsfaktorer.

Vissa skillnader förelåg dock:

- Motivationshöjande program (MET) uppvisade i de flesta avseenden sämre resultat än kognitiva/beteendeterapeutiska (CBT) och tolvstegsprogram (TSF). När det gällde ”arga”, eller ”omotiverade” klienter visade dock denna behandlingsmodell bättre resultat än de andra.
- CBT lyckades bäst bland klienter med lindrigt missbruk och bland klienter med tecken på utagerande problematik eller kluster B-störningar.
- TSF var mest framgångsrik bland klienter utan psykiatrisk sidoproblematik och bland klienter med allvarligt missbruk.

Eftersom slutsatserna baseras på frivilligt deltagande klienter med en sannolik vilja att begränsa sin alkoholkonsumtion bör också de flesta tolkningarna av resultaten begränsas till sådana.

Avsaknaden av dramatiska skillnader i utfallet mellan de olika behandlingsmodellerna har diskuterats flitigt de senaste åren. Bland de olika argument som lagts fram kan nämnas:

- Matchningsvariablerna som valdes ut var kanske inte de mest intressanta.
- Behandlingsmodellerna var mer lika varandra i praktiken än i teorin.
- ”Extra behandling”, som AA-möten, påverkade eftervårdsresultaten på ett oförutsägbart sätt.

Den hypotes som kanske betraktas som mest sannolik är att de instruktioner, manualer och det rigorösa utredningsarbete som föregick behandlingen likriktade behandlingarna, där dessutom utredningen betraktades av klienterna som aktiv behandling. Anekdotiskt kan här nämnas att Bill Miller (personlig kommunikation, september 2000), en smula förvånat berättade att klienterna vid den sista uppföljningen ofta blandade samman terapeuten/kontaktpersonen med den psykolog som hållit i den initiala utredningen.

Ett annat huvudskäl till att Project MATCH inte var framgångsrikt vad gäller dess grundintention (d v s att hitta den optimala modellen för den enskilda individen) kan vara att man faktiskt använde "metakriterier" (ideologi och teoretisk orientering). Man utgick ifrån att både klienter och vårdformer gick att gruppera med mycket grova mått, medan den kliniska verkligheten redan hade utvecklat en pragmatism som gjorde "etiketterna" svåra att identifiera. Trots vissa besvikelser och efterklok kritik har undersökningen tillhandahållit många intressanta idéer och uppslag till framtida behandlingsforskning.

Diskussion

När det gäller tvångsvårdade missbrukare är det sannolikt inte längre meningsfullt att skilja mellan klienter i olika vårdformer (tvångsvård, socialtjänst, kriminalvård, psykiatri). I Sverige överlappar dessa grupper varandra och är sannolikt i de flesta avseenden hämtade ur samma problempopulation. Det handlar om samtidiga flerdimensionella problem med tyngdpunkt på socialt utanförskap och misär, kriminalitet, alkohol- och narkotikaanvändning, samt psykiska problem. Det är ofta slumpen som avgör om LVM, LPT, anstaltsvård eller beroendesjukvård blir den samhällsintervention som avbryter ett destruktivt beteende. Frågan man idag bör ställa är om interventionssystemet passar den verklighet i vilken den opererar. Eftersom vi idag använder ett traditionsrikt och föråldrat interventionssystem på nya klientgrupper bör vi av både etiska, humanitära och ekonomiska skäl se över vårdorganisationen. Denna översyn bör i ett första skede införa gemensamma utredningsmetoder, kommunikationssystem och samarbetsrutiner. Ideologi och teori tycks länge ha övervärderats, eftersom det tycks vara *att* och *vad* – och inte *varför* – man gör saker som har betydelse för behandlingsmottaglighet och utfall. Eftervårdsinsatser och sociala villkor efter behandlingen framstår som viktiga faktorer i behandlingen. Medan man lägger ned stora summor på ett slutenvårdstillfälle skulle marginella tilläggsinvesteringar i samband med utskrivning kunna vara den kanske viktigaste insatsen från vårdfinansiären. Att utredning och diagnostik ofta betraktas som aktiva behandlingsinsatser är knappast nytt. Det ger intressanta implikationer för behandlingsforskningens framtida villkor och syften.

3 Missbrukarvård frivilligt eller under tvång – generella principer och etiska aspekter

Hur effektiv är behandling?

Förutom att sluta med missbruket har missbrukarvård oftast syftet att i så stor utsträckning som möjligt återlämna individen till samhället som en fungerande medlem i olika avseenden. Effektivitetsmått bör därför också inkludera t ex relationsförmåga, kriminalitet, fysiskt hälsotillstånd och arbetsförmåga. Oavsett långvariga diskussioner och utredningar kring behandlingsbegreppets innersta essens, talar de flesta studier för att missbrukarvård fungerar lika bra som behandling av andra kroniska sjukdomar, som exempelvis diabetes och astma, med smärre variationer mellan olika behandlingsmetoder relaterat till olika klientkaraktärstika. För de olika kroniska sjukdomarna tycks även risk för återfall i sjukdom prediceras av samma faktorer.

I en sammanfattning av behandlingsstudier presenterar NIDA (National Institute on Drug Abuse) att adekvat behandling (d v s insatser som anpassas efter individuella förutsättningar inom flera livsområden) reducerar droganvändning med mellan 40 och 60 procent, och minskar kriminalitet signifikant under och efter behandling. Exempelvis har studier av metadonbehandling visat en brottslighetsreduktion med upp till 50 procent. Missbruksbehandling har även visat sig minska risken för HIV-smitta. NIDA rapporterar att behandling kan öka möjligheterna till anställning med upp till 40 procent efter fullgjord vårdtid. Vårdtidens längd är relaterad till utfall (Landry, 1997). Flera internationella studier och även svenska studier av t ex Mats Fridell (1991, 1996) har konstaterat att tidsfaktorn är viktig, dock i något högre utsträckning vid narkotikaproblem än vid alkoholproblem. Institutionsvård såväl som öppenvård har visat sig ha en begränsad effekt om vårdtiden understiger 90 dagar. För effektiv vård av till exempel metadonpatienter rekommenderas 12 månader som minimitid i behandling. Många klienter i missbrukarvård hoppar av sin behandling – om juridiska möjligheter föreligger – innan vårdprocessens effekter är märkbara. Framgångsrik missbrukarvård innebär därför ofta ett flertal behandlingstillfällen som ger kumulativ effekt. Att en klient vårdas på § 4 LVM eller enligt SoL för tredje eller sjunde gången betyder inte med nödvändighet att klienten är ett hopplost fall, i och med att tidigare vårdinsatser kanske varit nödvändiga för framgång vid det nuvarande vårdtillfället.

Vad vet vi om grundprinciperna för effektiv behandling?

Ett fokus på klientens förändringsmotivation, enheternas resurser att arbeta med de aktuella problemen, reviderings- och utvärderingsbara behandlingsplaner, multidi-

mensionella angreppsmetoder och individanpassat vårdinnehåll brukar utgöra generella rekommendationer i litteraturen för framgångsrik behandling. I *Principles of Drug Addiction Treatment – A Research-Based Guide* (NIDA) anges 13 viktiga principer om nuläget inom behandlingsforskningen. Dessa är:

1. Ingen enskild metod passar alla individer. Matchning av enhet och insats till den enskilde klientens behov är av avgörande vikt.
2. Behandling måste vara lättillgänglig. Eftersom ambivalens ofta präglar klienten måste behandlingsmöjligheter finnas när "läget är det rätta".
3. Effektiv behandling måste även inkludera andra behov än bara missbruksproblemet. Missbruksbehandling frikopplad från medicinska, psykiatriska eller relationella dimensioner kan ofta vara bortkastad.
4. Behandlingsplaner måste upprättas och regelbundet utvärderas och uppdateras, eftersom individuella behov ständigt förändras.
5. Att stanna i behandling tillräckligt länge (lägst 3 månader) brukar vara relaterat till gott utfall.
6. Rådgivning/handledning individuellt eller i grupp är ofta värdefullt, där sensitivitet för förändringsmotivation möjliggör inläring av alternativa reaktioner och aktiviteter, där tidigare återgång i missbruk varit den förhärskande responsen.
7. Medicinering är viktig, framförallt i kombination med psykosociala behandlingsinslag. Psykiatrisk sidoproblematik är vanlig och symtomlindring kan vara en nödvändig förutsättning för att behandlingsarbete över huvud taget skall vara möjligt. Naltrexone, Campral, Metadon, Antabus med mera kan också utgöra värdefulla kompletteringsinslag i en behandling.
8. Klienter med psykiatrisk samsjuklighet bör behandlas samtidigt för både missbruket och den psykiska sjukdomen.
9. Avgiftning och medicinsk återhämtning utgör endast det första steget i en behandling. Även om adekvat återhämtning är helt nödvändig för fortsatt behandling har den i sig mycket litet att göra med långsiktigt behandlingsutfall.
10. Behandling behöver inte ske under frivilliga former för att vara effektiv eftersom ett visst mått av ambivalens och varierande grad av externt tryck normalt sett föregår behandling. Sanktioner och juridiskt tvång kan underlätta både inträde och fullföljande av behandlingsprogram.
11. Regelbundna drogtester under vårdtiden minskar återfallsfrekvensen under vården och möjliggör lämpliga insatser snabbt vid återfall.
12. Prover och tester för HIV, Hepatit B och C och andra infektionssjukdomar bör finnas tillgängliga, liksom rådgivning och stöd för att minska riskbeteende i framtiden.
13. Tillfrisknande från en beroendesjukdom är en lång process som kräver ett flertal behandlingsomgångar. Ett återfall är mer att betrakta som en kanske nöd-

vändig läroprocess än som ett misslyckande. Självhjälpsgrupper fyller en viktig funktion för att underhålla uppnådda resultat.

Ofrivilliga behandlingsinslag och individen – etiska överväganden

Även om de flesta länder har liknande regler och lagar vad gäller personer som utgör en fara för sig själva, närstående eller samhälle är en lagstiftning som tillåter inlåsning av vuxna som inte begått något formellt brott vare sig okomplicerat eller okontroversiellt. Formella lagparagrafer utgör dock endast en del av alla de sanktioner ett samhälle utövar mot medlemmar som inte uppför sig enligt de normer samhället förespråkar. Ett "tvångskontinuum", riktat mot destruktivt missbruk, inleds med ett höjt ögonbryn eller ett kritiskt tonfall, fortsätter via hot om skilsmässa eller kanske om uppsägning och när olika negativa repressalier inte har önskad effekt (och när kostnaderna för samhällets offentliga sektor blir oproportionerligt höga, genom exempelvis sjukvård, socialtjänst och uteblivna skattemedel), genom att utan samtycke tvinga missbrukaren till en längre tids drogfrihet. Praktiska filosofer, som Torbjörn Tännjö (1994), menar att många av de etiska komplikationerna med att döma medborgare till vård mot deras vilja hade kunnat lösas genom att kriminalisera destruktivt missbruk på samma grunder som många andra socialt oacceptabla beteenden.

LVM-vården kritiserar eftersom man låser in beslutskapabla vuxna. Barn, senildementa och allvarligt psykiskt störda individer anses inte vara beslutskapabla, varför det upplevs som etiskt okomplicerat att vårda dem utan konsensus. Eftersom LVM-klienter enligt lagstiftaren förutsätts vara i någorlunda psykiatriskt god kondition är det etiskt bekymmersamt att låsa in dem när de inte begått brott enligt gällande lag. Att LVM-klienter generellt sett befinner sig i psykiatriskt god kondition är dock en myt. Funktionsnedsättande psykiatriska sidodiagnoser förekommer nästan i samma omfattning vid LVM-enheter som bland patienter inom psykiatrisk tvångsvård. De få studier som har berört dessa målgrupper pekar på funktionsnedsättande psykiatrisk sidoproblematik i mellan 70–80 procent av de aktuella klienterna (Gerdner & Sundin, 1998).

Tännjö (1994) konceptualiserar 8 olika vårdformer där samhället intervenerar mot individen i strid mot dennes vilja eller önskan.

Dessa är:

- *Akuta tvångsåtgärder*; d v s en kortvarig insats utifrån antagandet att personen ifråga inte är förmögen att själv kommunicera sina önskemål eller synpunkter, till exempel vid akuta förgiftningstillstånd, akuta psykotiska tillstånd, vid allvarlig stress eller ångestattack. Lagstiftade akuta tvångsåtgärder förekommer i de flesta moderna samhällen och betraktas oftast inte som etiskt kontroversiella.
- *Välvilligt tvång*; d v s en mild och informell (och inte alltid juridiskt sanktion-

rad) manipulation av exempelvis äldre och förvirrade patienter som motsätter sig insatser som är nödvändiga för överlevnad, rehabilitering, kommunikationsmöjligheter eller för att minimera lidande. Trots juridiska övertramp brukar man inte ifrågasätta sådana insatser etiskt.

- *Homeriskt tvång*; en tidsbegränsad tvångsinsats baserad på tidigare initiativ eller önskemål från personen i fråga. Homeriskt refererar till Odysseus som i sin nyfikenhet för siréernas förförande, lockande men farliga sånger, beordrade sina män att surra fast honom vid masten innan skeppet gav sig in i de skrämmande vattnen. Bland alkoholister kan antagonistbehandling såsom Antabus betraktas som homeriskt tvång. Homerisk tvångsvård förekommer bland annat i Norge och Danmark.
- *Paternalistiskt tvång*; en sanktion mot en person som bedöms vara beslutskapabel, med fokus på hans hälsa eller överlevnad. Ett typiskt exempel på paternalistiskt tvång utgörs av bältestvånget i bilar, hjälm tvång för motorcyklar, etc. Oftast baseras paternalistiskt tvång på "statliga" överväganden kring samhällskostnader och riskbedömning på grupp nivå. Det faktum att tvångsåtgärderna berör personer som kan fatta beslut utifrån en rationell och fri vilja gör paternalistiskt tvång riskfyllt ur rättssäkerhetskänslighet. Om en rationell, beslutskapabel person utan allvarlig personlighetsstörning eller hjärnskada begår självdestruktiva handlingar som inte påverkar samhället eller omgivningen negativt, är paternalistiskt tvång både etiskt och rättsligt förkastligt.
- *Presumtivt tvång*; en form av skyddande tvång tillämpat på en person som temporärt bedöms vara ur stånd att fatta adekvata beslut. Ett exempel kan vara en person som slutat medicinera för ett allvarligt psykiatriskt problem och därmed utgör en fara för sig själv eller omgivningen tills doseringen åter har stabiliserats. Presumtivt tvång brukar sällan kritiseras ur etisk synvinkel.
- *Preventivt tvång*; d v s åtgärder riktade mot en person utifrån någon form av bedömning eller empirisk prediktion (klinisk, vetenskaplig, social, politisk, ideologisk, etc) kring en eventuell fara vid ett möjligt beteende, utgör sannolikt den mest besvärliga formen av tvångsutövning. Exempel på preventivt tvång är kemisk kastrering av sexualbrottslingar som återfallit eller fängslandet av fiender till en rådande politisk regim. De etiska farorna ligger i att samhällets intressen – och inte individens – står i centrum. Genom historien har diktatorer, revolutionärer, totalitarister och etnicister tillämpat preventivt tvång, där preventionen enbart fyllt egoistiska syften. Preventiva åtgärder för att förhindra spridning av virussjukdomar är också exempel på preventivt tvång.
- *Straffrättsligt tvång*; utgör tvångsåtgärder mot personer som vid en rättslig prövning har befunnits ha brutit mot gällande lag. Det betraktas generellt som nödvändigt för ett samhälle att kunna skydda sig från individer som hotar deras välbefinnande. Huruvida straffrättsligt tvång är etiskt försvarbart varierar mellan kulturer, historiska skeden och normativa system.

Det finns således två huvudtyper av samhällsbaserat tvång mot den enskilde individen:

1. Tvångsåtgärder med förväntat samtycke, d v s där personen – om beslutskapabel – skulle gå med på tvångsåtgärden. Dessa inkluderar akut tvång, homeriskt tvång, presumtivt tvång och välvilligt tvång.
2. Tvångsåtgärder utan förväntat samtycke, d v s där personen oavsett förmåga att fatta rationella beslut blir utsatt för tvångsinsatser, baserat på samhällets beslut att han utgjort, utgör eller kommer att utgöra en fara för sig själv eller andra. Dessa inkluderar straffrättsligt tvång, paternalistiskt tvång och preventivt tvång.

LVM-lagstiftningens problem är att den i många avseenden spänner över samtliga tvångsutövningsformer utom just den form som kanske skulle vara minst bekymmersam, d v s straffrättsligt tvång. En akut intervention som ofta inkluderar både presumtiva och välvilliga aspekter, är förvisso etiskt ganska okomplicerad och ibland till och med en produkt av att individen inte fick sina önskemål om homeriskt tvång tagna på allvar. Besvärliga tvångsutövningsdimensioner är däremot det paternalistiska tvånget, där samhällsföreträdaren ignorerar den myndige individens beslut "för hans eget bästa" och det preventiva tvånget, där samhällsföreträdaren tror sig veta bättre än den myndige individen om hur dennes morgondag kommer att gestalta sig.

Om man här med alla tillgängliga informationskällor och eleganta diagnostiska procedurer från ledande områdesexpertis säkerställer att olika former av funktionsnedsättningar i individens förmåga att fatta välgenomtänkta beslut föreligger (t ex neuropsykologiska effekter av långvarigt missbruk eller allvarlig depression) kan man i ett akut skede kringgå paternalism eller preventivt tvång genom att åberopa presumtiva argument: Om klienten varit avgiftad, adekvat medicinerad och haft tillgång till erforderliga terapeutiska insatser, skulle han inte ha valt destruktivt missbruk. LVM-vård under några veckor är en mycket effektiv åtgärd för att återigen få individen kapabel att välja sin framtida livsorientering. Det stora etiska problemet som ingen av oss förmodligen kan lösa kommer först därefter. Hur kan vi motivera fortsatt tvångsvård om en avgiftad, psykiatriskt någorlunda balanserad och i alla väsentliga avseenden beslutskapabel individ efter några veckor säger "Nej tack. Jag vill inte ha frivillig vård och kräver efter moget övervägande att få åka hem"? Vi kan förvisso med bestämdhet hävda att denna "renormaliserade" undergrupp inte utgör en majoritet av klienter som vårdas med stöd i LVM. Organiska hjärnskador, svårhanterade psykoser, allvarliga personlighetsstörningar, etc förekommer i många fall, och även om dessa borde vårdas inom andra, för ändamålet mer kompetenta, vårdsektorer, vet vi att psykiatrin inte är speciellt intresserad av dessa klienter, att mentalsjukhusen försvann med psykiatrireformen och att gruppboenden och andra boendeformer mellan institution och eget kontrakt i huvudsak rationaliserats bort. Här fyller LVM-enheterna – i avsaknad av alternativ – en kompensatorisk och livsuppehållande funktion, som bara

de mest verklighetsfrånvända ideologer kan ifrågasätta. När det gäller klienter som trots vårdgivarens eventuella uppfattning om motsatsen, inte diagnostiskt kan "etiketeras" som omdömesmässigt funktionsnedsatta, bör tvångsvården sannolikt upphöra i samma ögonblick som klienten bedöms vara beslutskapabel. Om personen likväl väljer att återgå i destruktivt missbruk, har samhället inget annat val än att invänta nästa tillfälle när tvångsåtgärder återigen bedöms vara befogade.

Huvuddelen av de etiska komplikationer som uppstår när de flesta demokratiska samhällen utövar tvångsåtgärder gentemot individen finns i lagtexttolkningarnas och begreppsdefinitionernas gråzoner. Ur etisk synvinkel har sannolikt samhället ingen som helst rätt att lägga sig i allvarliga självmordsförsök eller livshotande missbruk, om följande kriterier uppfylls:

A: "Individens beteende baseras på rationella beslutsprocesser, där samtliga konsekvenser utgår från individens fria vilja"

I dagens samhälle skulle detta kunna exemplifieras av patienter i cancersjukdomarnas eller AIDS-sjukdomens absoluta slutskeden, där konstant och outhärdlig smärta och obefintliga möjligheter till tillfrisknande eller drägliga framtidsutsikter föreligger. Definitionerna av "fri vilja" och "rationella beslut" varierar över tid. De flesta är eniga om att akut förgiftning, allvarlig psykisk störning, demenser, grav utvecklingsstörning och organisk hjärnskada har en nedsättande effekt på förmågan att fatta rationella beslut om den egna eller omgivningens säkerhet och överlevnad. I sådana fall bör tvångsbaserade insatser betraktas som etiskt försvarbara.

B: "Individens beteende utgör inte i något avseende ett hot mot omgivningens eller samhällets säkerhet"

Varken ett beslut att injicera heroin, att konsumera avsevärda mängder alkohol under en längre tid, eller ett försök att begå självmord utgör skäl för samhället att ingripa om inte beteendet inkräktar på välbefinnandet, säkerheten eller överlevnaden för någon annan individ.

När samhället utövar preventivt tvång måste därför lagtexten vara utomordentligt tydligt formulerad. För att vara etiskt försvarbart måste prediktivt tvång baseras på välgrundade och valideringsmässiga prediktioner från områdesexperter: Om samhället väljer att tvångsevakuera invånarna i en stad utifrån prediktioner om en förestående jordbävning är detta mer etiskt försvarbart om prediktionen görs av en grupp seismologer än av en grupp scientologer. Huruvida tvångsåtgärden är etiskt försvarbar beror på frågor om *vem* som föreslår tvång, *varför* tvångsåtgärden föreslås och *för vem* tvångsåtgärden är till gagn. Om man rannsakar det preventiva tvånget, tillhandahåller sannolikt svaren på dessa tre frågor lösningen på de flesta frågor om etisk försvarbarhet.

Om samhället låser in personer med specifika behandlingsbehov och sedan ignorerar behoven men samtidigt kallar det för vård eller behandling, kan få motsäga Tännsjö som menar att sådan vård är förkastlig och att man istället bör kalla det för bestraffning. Inom missbruksfältet har 1900-talet präglats av socialpolitiska modeideal och ideologiska "modeller" med anspråk på att passa alla individer lika bra. Det svenska samhället har självfallet i många individuella fall begått övergrepp. Klimatförändringar inom missbrukarvården och forskningen, med flerdimensionella angreppssätt, interdisciplinär samverkan, ett ökat fokus på psykiatrisk samsjuklighet, sociala nätverksfaktorer, ärftlighetsfrågor o s v medför nya och komplexa ansvarsområden i de politiska beslut och lagkonstruktioner som definierar innehållet i framtidens tvångsvård.

Del II Utvecklingsarbetet vid Karlsvik

4 Forskningsprojekt *Nya Karlsvik – ett försök att använda tvång terapeutiskt, 1990–1993*

Karlsvik LVM-hem i mellersta Skåne tog vid tidpunkten för denna studie emot manliga och även kvinnliga alkohol- och blandmissbrukare på LVM och frivillig basis, jml SoL. Karlsvik har utgjort en institution för tvångsvård sedan 1955. Institutionens arkitektur är från tidigt 1980-tal och återspeglar den tidens ambition att uppmuntra gruppdynamiskt arbete och ADL-träning. LVM-hemmets huvudman var fram till 1994 Malmö stad och det huvudsakliga upptagningsområdet utgjordes av storstadsregionen kring Malmö, med ett befolkningsunderlag på ungefär 400 000 invånare.

Institutionen tog vid tidpunkten för den första studien emot cirka 120 klienter årligen och en fjärdedel av klienterna var kvinnor. Institutionen var indelad i en låst avdelning med 9 platser och 4 öppna hus med sammanlagt 32 platser. Den låsta enheten var indelad i en avdelning för avgiftning med tillgång till medicinsk vård och en avdelning där klienter med speciella behov eller stor avvikningsrisk vårdades. Den öppna avdelningen var indelad efter kön, ålder och sociodemografisk bakgrund.

Den första datainsamlingen pågick under tvåårsperioden december 1990 till och med januari 1993, med planerad personlig uppföljning 18 månader efter det första testtillfället. Studien finansierades av Socialvetenskapliga forskningsrådet (SFR) och hade som huvudsyfte att beskriva klientgruppen ur ett socialt, psykologiskt och psykiatriskt perspektiv. Studien var rent deskriptiv och inga av de resultat som framkom under datainsamlingen togs tillvara i det kliniska arbetet vid enheten. De mätinstrument som användes var tidskrävande och omfattande. Instrumenten presenteras i tabell I. Detaljerad information om instrument och användningsområden finns i bilaga 1. Alla klienter som skrevs in vid enheten med vårdtider som översteg 2 månader rekryterades på frivillig basis till studien. Etthundrafyra klienter ingick och de utgjorde ett representativt urval av hela klientgruppen vad gäller sociodemografiska karaktäristika. Femtioåtta procent av männen och 93 procent av kvinnorna accepterade deltagande. Ett fåtal frivilligt intagna män avbröt sitt deltagande genom att antingen bli utskrivna innan fullgjord vårdtid, eller genom att av olika skäl skriva ut sig själva. Studien var upplagd kring tre mättillfällen, där man efter accepterat deltagande genomgick psykiatrisk diagnostik (SCID), strukturerad intervjubaserad livskvalitetsbedömning enligt Madis Kajandis metod, diagnostik av struktur på försvarsmekanismer (MCT), Rod-and-Frame-test för s k psykologisk differentiering och färdighetstest vad gäller verbal rörlighet (SRB-I), logisk-induktiv förmåga (SRB-II) och spatial förmåga (SRB-III).

Tabell 1. Testbatteri i forskningsprojekt *Nya Karlsvik – ett försök att använda tvång terapeutiskt, 1990–1993*

Instrument	Inskrivning	Utskrivning	Uppföljning
Psykiatrisk diagnos (SCID)	X	X (enbart affektiva syndrom)	X (enbart affektiva syndrom)
Psykiatrisk självutvärdering (PSEB)	X	X	X
Psykosocial funktion (GAF)	X		X
Social funktion/tillhörighet (DTES)	X		X
Socialt nätverk (Orth-Gomér)	X		
Locus of control (Rotter)	X		X
Kognitiv funktion (DS-batteriet)	X		
Försvarsmekanismer (MCT)	X		
Fältberoende (RFT)	X		
Upplevelser av tvång (Eriksson-Westrin)	X	X	X
Livskvalitet (Kajandi)	X	X	X
Problemdrickande (PDS)	X		X
Missbruksmönster (AVI)	X		
Ward Atmosphere Scale (WAS)			X
Terapeutisk allians	X	X	X
Social anamnes	X		X
Missbruksanamnes	X		X
Psykiatrisk anamnes	X		X
Somatisk anamnes	X		X

Övriga initiala intervjuer bestod av social nätverksanalys, terapeutisk allians, rudimentär bedömning av motivation till förändring, generell psykosocial historia och upplevelser av kränkningar och integritetsövergrepp i samband med vårdtillfället. Vid dessa första testtillfällen distribuerades ett batteri av självskattningsskalor bestående av Alkoholvaneinventoriet (AVI) för bedömning av missbruksmönster, Rotterskalan som mått på sk attribution, psykiatrisk egenbedömning rörande uthållighet, oro och depression, samt Problem Drinking Scale (PDS) och Drug Taking Evaluation Scale (DTES) för social integration och grupptillhörighet. Efter ungefär halva vårdtiden återtestades klienterna rörande livskvalitet, upplevelser av kränkningar och terapeutisk allians och de fyllde i den psykiatriska egenbedömningen. Denna procedur upprepades någon vecka före utskrivning, då även en vårdutvärdering och planering av uppföljningstillfälle ägde rum. Inför utskrivningen fyllde klienterna även i Ward Atmosphere Scale.

Nästan 70 procent av männen och drygt hälften av kvinnorna saknade bostad och knappt 20 procent av klienterna hade arbete eller fast partner. Situationen vid utskrivningen var likartad. Sociala förhållanden var inte ett prioriterat område i missbrukarvård vid tidpunkten för studien. Den psykiatriska samsjukligheten i gruppen var mycket hög (tabell 2) med en frekvens av axel I-diagnoser (förutom alkoholberoende och/eller drogberoende) på 66 procent för livstidsdiagnos och 61 procent för pågående sjukdomsepisod.

Siffrorna är höga även internationellt sett. Endast en amerikansk studie (Ross m fl, 1988) hade uppvisat en högre förekomst av dessa sjukdomar. Frekvensen av axel II-störningar (personlighetsstörningar) visade sig också vara mycket hög. Frekvensen av antisocial personlighetsstörning låg i linje med tidigare fynd (20%). Något förvånande förelåg inga könsskillnader inom denna diagnos trots att flera studier tidigare visat på en överrepresentation bland missbrukande män.

Tabell 2. Psykiatrisk samsjuklighet, DSM-III-R bland 104 Karlsviksklienter, 1990–1993

Diagnostyp	Prevalens
Affektiva syndrom	41%
Ångestsyndrom	31%
Psykoser	20%
Blandberoende	42%
Kluster A	30%
Kluster B	33%
Kluster C	26%
Samsjuklighet totalt	78%

Paranoid personlighetsstörning brukade vanligtvis förekomma i 2–7 procent av missbrukare i slutenvård, medan denna studie påvisade en prevalens på över 20 procent. Detta kan tolkas utifrån flera olika teoretiska och praktiska utgångspunkter. En ganska enkel förklaring kan vara att tvångsvårdade och socialt utslagna missbrukare faktiskt har anledning att hysa viss misstänksamhet mot sin omgivning (socialsekreterare, familjemedlemmar, missbrukskollegor, etc). Övriga psykosnära personlighetsstörningar (kluster A) var också överrepresenterade och relaterade till social utslagning.

Tabell 3. Drogfrihetsambition relaterat till vårdform och kön (n=103)

	Män, LVM (n=38)	Kvinnor, LVM (n=21)	Män, SoL (n=35)	Kvinnor, SoL (n=9)
Absolut ja	18%	12%	32%	43%
"Skall försöka"	30%	25%	21%	14%
Social konsumtion	39%	44%	38%	43%
Absolut nej	13%	19%	9%	0%

Klienterna tillfrågades (i tiden frikopplat från SCID) om de kunde tänka sig ett framtida helnyktert/drogfritt liv och att självmant och utan styrning nämna något eventuellt nödvändigt villkor som måste uppfyllas för att denna ambition skulle vara realistisk. Över hälften av klienterna nämnde "adekvat hjälp mot psykiska besvär" som det mest centrala villkoret. I tabell 3 presenteras drogfrihetsambitionen för de olika undergrupperna i materialet.

Livskvalitet skattades vid tre tillfällen under vårdtiden och en marginell försämring i uppmätt livskvalitet rådde vid utskrivningsintervjun. Sannolikt beror försämringen på en kombination av oro i utskrivningssituationen och bristande vårdinsatser rörande psykiatrisk grundproblematik. Klienterna tillfrågades även direkt hur de upplevde att drogkonsumtion påverkade deras livskvalitet, där de flesta svarade att missbruk innebar en försämring i upplevd livskvalitet (tabell 4). Intervjuanalyser visade även att droger och alkohol generellt hade en förutsägbar negativ inverkan på yttre livsomständigheter, som boende, ekonomi och arbete, medan drogernas inverkan på psykologiska och intrapsykiska processer var svårare att utvärdera. I jämförelse med normalbefolkningen var gruppens livskvalitet reducerad ($m=2.8$ versus 3–4).

Tabell 4. Missbruk och upplevd livskvalitet, samt rapporterade förutsättningar för drogfrihet ($n=65$)

	LVM ($n=36$)	SoL ($n=29$)
Alkohol/droger bidrar till ökad livskvalitet	16%	12%
Ett helnyktert/drogfritt liv innebär ökad livskvalitet	44%	52%

Inför utskrivning ombads både klient och kontaktperson att fylla i en utvärdering av vårdtiden. Klienterna bads bland annat att rangordna värdet av olika inslag i vården. Förvånande var att "psykologutredningen" skattades mycket högt trots att den enbart gjordes i forskningssyfte. Flera klienter hade uppfattat utredningen som ett behandlingsinslag. De terapeutiska effekterna av mätning har senare systematiserats, bland annat i utvecklingen av MAPS. Aktuella kontaktpersoner skattade klientens behandlingsutfall på en 7-gradig Likertskala i fyra dimensioner.

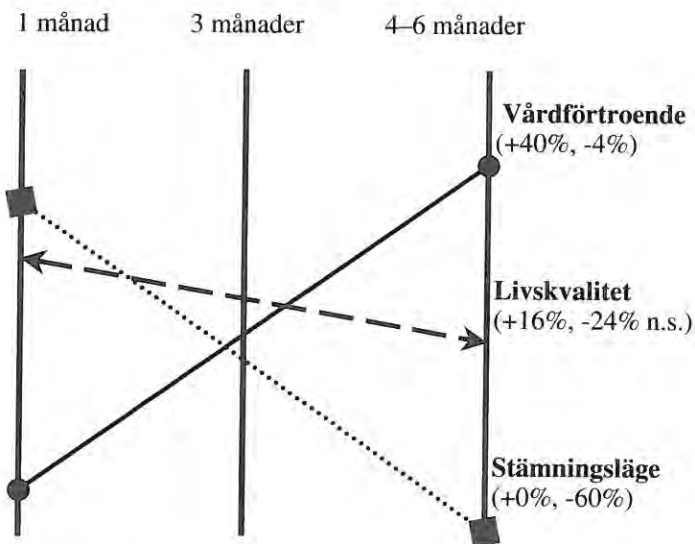
Tabell 5. Kontaktpersonernas bedömning av 104 klientärenden inför utskrivning

	Motivation	Psykisk hälsa	Fysisk hälsa	Måluppfyllelse
Stor/måttlig förbättring (6–7)	53%	47%	79%	74%
Någon förbättring (5)	20%	18%	21%	11%
Oförändrat (4)	27%	15%	0%	15%
Någon/måttlig försämring (3–2)	0%	20%	0%	0%
Summa	100%	100%	100%	100%

Inom tre av de fyra områdena utgjorde ett oförändrat tillstånd den lägsta skattningen. I psykiatriskt tillstånd rapporterades dock en försämring i 20 procent av fallen. Klienterna rapporterade motsvarande företeelse vid den psykiatriska egenbedöm-

ning som fylldes i vid tre tillfällen under Karlsviksvistelsen. Förbättringar eller avsaknad av förändring rapporterades ifråga om uthållighet och ångest medan depression ökade allteftersom tiden gick.

Parallellt med denna försämring i sinnesstämning rapporterades ett ökat vårdförtroende vilket innebar att många klienter skrevs ut i ett tillstånd av stark förstämning och med ett stort förtroende för den vård som tillhandahållits. Det är dock svårt att hitta förklaringar till dessa tillstånd. Sannolikt föreligger flera orsaker; symtomstegring av obehandlade psykiska besvär, oro över utskrivningssituationen, psykodynamiska behandlingseffekter, effekter av verklighetskonfrontation i avsaknad av droger, etc.



Figur 2. Vårdförtroende, livskvalitet och stämningsläge efter 1, 3 och 4-6 månader; 1990-1993 års klientgrupp (n=104)

Hypotetiska förklaringar:

- *Effekter av drogfrihet:* Många klienter som undergår vård vid en LVM-institution har befunnit sig i långvarig verklighetsflykt. Att tvingas konfrontera en oftast ogynnsam och brutal yttre verklighet utan några enkla eller kontrollerbara lösningar kan utgöra en delorsak till resultaten.
- *Effekter av obehandlad psykiatrisk samsjuklighet:* 78 procent av klienterna led av funktionsnedsättande psykiatriska symtom. De flesta var odiagnosticerade och obehandlade innan, och ofta efter, projektdeltagandet vilket säkerligen förklarar en del.
- Förstämningsdiagnoser utgjorde den vanligaste tilläggsdiagnosen vid inskrivningsintervjun.

- *Utskrivning närmar sig*: Missbrukarvård i början av 1990-talet var inte fokuserad på eftervård varför utskrivningen i en majoritet av fallen innebar återgång i bostadslöshet, social isolering, sysslolöshet och – i fall av genuin förändringsmotivation – ytterst begränsade förutsättningar.
- *Effekter av vårdinsatser*: Vid tidpunkten för studien arbetade enheten efter psykodynamisk insiktsorienterad metodik med fokus på försvarsstrukturer, förnekande eller intellektualisering. Åsikterna går isär kring huruvida demontering av missbrukares försvarsstrukturer är av godo eller av ondo. Framgångsrikt arbete med klienternas ”verklighetsvarseblivning” kan ha bidragit till ökad självrapporterad depression och viss försämring av upplevd livskvalitet.

Självfallet kombineras dessa orsaker på olika sätt för olika klienter och säkert spelar även andra än de här nämnda faktorerna in. Denna klientgrupp som skrevs ut i ett tillstånd av ogynnsam inre (depressiv affekt) och yttre (social marginalisering och utslagning) situation, uppvisade exceptionellt hög mortalitet ett år efter utskrivning från enheten. Mortalitetsciffrorna i Karlsviksmaterialet 1990–1993 visar på vårdens misslyckande. Vid uppföljningstillfället visade det sig att varken vårdande enhet, psykiatri eller socialtjänsten har mött klientens vårdbehov. LVM-domens längd utgör ett problem, eftersom vissa klienter har behov av slutenvård längre än ett halvår medan andra troligtvis skulle ha större nytta av LVM som ett akut ingripande följt av fortsatt förändringsarbete på poliklinisk basis.

Gruppen genomgick även DS-batteriet (bilaga 1), vilket anses ge en ganska bra bild av kognitiv funktion. Trots en signifikant lägre utbildningsnivå än normalpopulationen presterade klienterna väl jämfört med det normala befolkningstvärsnittet. Manliga klienter lyckades faktiskt att prestera i de översta 35 procent av befolkningen vad gäller logiskt-induktiv förmåga (tabell 6).

Tabell 6. SRB-värden, 1990–93-års klientgrupp

Medelvärden, SRB	Män (n=73)	Kvinnor (n=31)
Verbal rörlighet	4.71 (SD 1.62)	4.21 (SD 1.56)
Logiskt-induktiv	6.32 (SD 1.48)	4.31 (SD 1.00)
Spatial (Kohs' Block)	4.77 (SD 2.21)	4.81 (SD 2.63)

Ospecificerad organisk påverkan indikerades bland 6 procent av de manliga klienterna (n=4) och bland 10 procent av de kvinnliga (n=3). Siffrorna visar på en lägre frekvens av ”hjärnskada” än i de flesta studier av missbrukargrupper. Det förelåg inget samband mellan utbildning och SRB-resultat bland manliga klienter medan kvinnor med eftergymnasial utbildning presterade högre på samtliga delskalor (m=6.71) än övriga kvinnor (m=4.10).

Gruppen följdes upp ett år efter utskrivningen genom personlig intervju av klient, handläggande socialsekreterare, samt via journalanalys på Alkohol- och Narkotika-

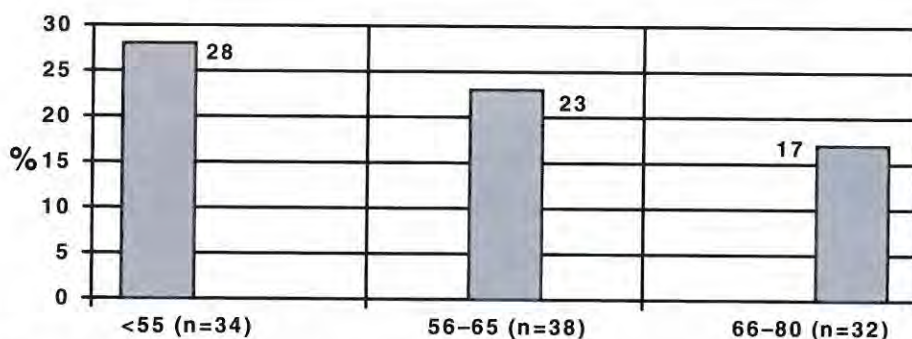
kliniken vid universitetssjukhuset, MAS. Vid tidpunkten för uppföljningen återstod 89 klienter inom studien. Tjugoen klienter hade avlidit vilket motsvarar en fjärdedel av ursprungsgruppen. Dessa kunde bara följas upp via journaldata och genom att intervjua socialsekreteraren. Dödsorsakerna var ofta av okonventionell eller våldsam natur (tabell 7) vilket ifråga om tvångsvårdade missbrukare även tidigare beskrivits av Berglund och medarbetare (1988).

Under klientens första veckor på institutionen gjordes en global funktionsskattning baserad på testresultat och bakgrundskaraktäristika. Denna skattning (axel V av DSM-IV), visade sig vara ett effektivt prediktionsmått på just mortalitet.

Tabell 7. Dödsorsaker, 18 månader efter informed consent (n=22)

Dödsorsak	Män (n=14)	Kvinnor (n=8)
Fysiska sjukdomar: totalt	7	7
• Hjärtsjukdomar	4	1
• Levercirrhos	2	2
• Abstinensepilepsi	1	2
• Diabetes Mellitus	0	2
Olyckor/våld: totalt	7	1
• Överdös	2	0
• Trafikolycka	2	0
• Själv mord	1	1
• Drunkning	1	0
• Hypothermia	1	0

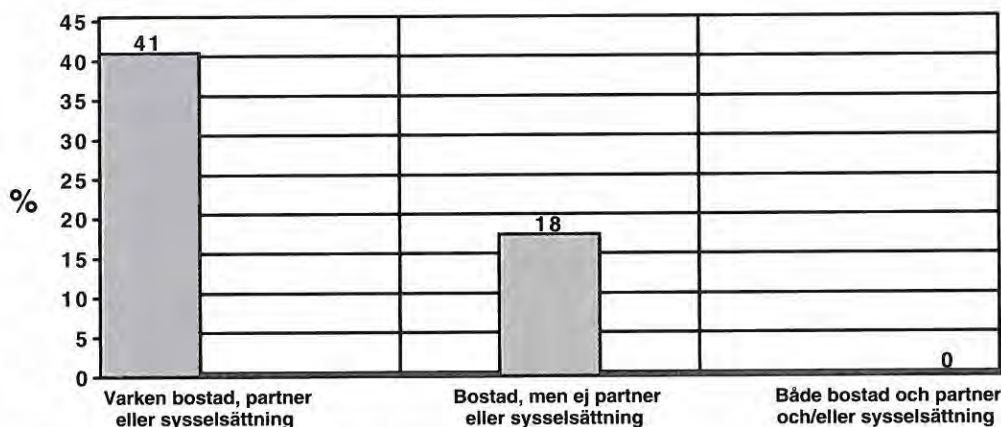
Ju lägre det initiala psykosociala funktionsbedömningsmättet var desto högre var dödligheten 18 månader senare.



Figur 3. GAF-värde (DSM-III-R) relaterat till mortalitet, 18 månader efter utskrivning

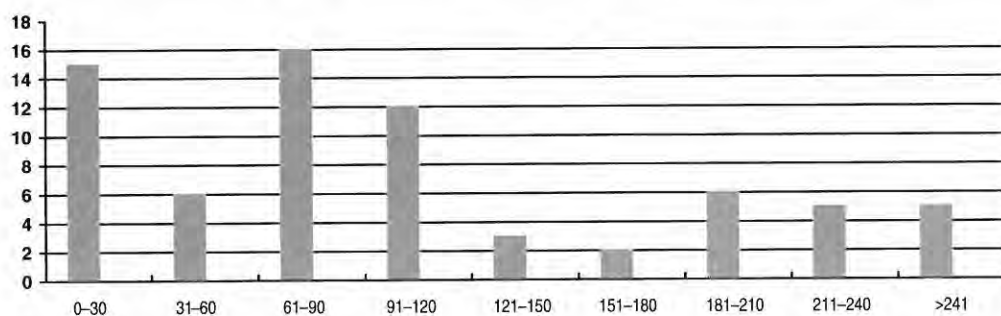
De studerade bakgrunds- och riskfaktorerna för dödlighet, försämring, respektive framgång kunde inte helt förklara utfallet, varför också sociala funktionsaspekter studerades. I figur 4 relateras dödlighet till social situation. Dödligheten i gruppen

som saknade både bostad, sysselsättning och fast partner låg på drygt 40 procent. Av dem som hade bostad men saknade sysselsättning och partner hade 17 procent avlidit under uppföljningsperioden, medan ingen av dem som hade arbete och sysselsättning och/eller partner hade avlidit ett år efter behandlingstillfället.



Figur 4. Dödlighet efter social situation (bostad, sysselsättning och partner)

Antal beräknade konsumtionsdagar året efter utskrivning skattades via journaldata och klientintervju med mycket god överensstämmelse (figur 5). Dessa jämfördes med samma uppgifter från 12-månadersperioden före vårdtillfället och cirka hälften av de överlevande klienterna hade minskat sitt missbruk under året efter vårdtillfället.

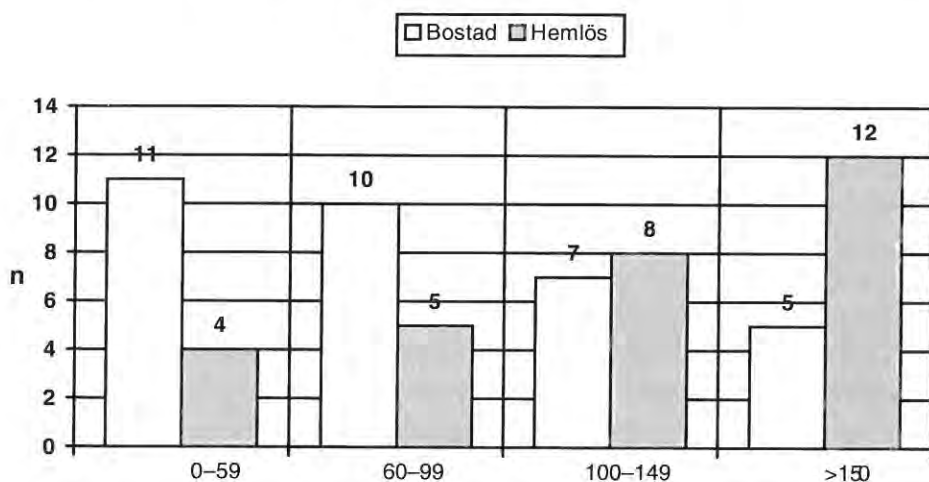


Figur 5. Konsumtionsdagar året efter utskrivning

Även antal dryckesdagar kunde relateras till social anpassning. Här utgjorde ett stabilt boende den huvudsakliga diskriminanten, där 11 av de 15 klienter med ingen eller mycket måttlig konsumtion hade tak över huvudet, medan 12 av de 17 klienterna med fler än 150 konsumtionsdagar året efter utskrivning saknade ett stabilt boende. I figur 6 presenteras konsumtion efter boende.

I denna socialt mycket utsatta grupp är relationen mellan störning och eftervårdsanpassning dock svår att utvärdera, eftersom risken för tidig social utslagning är större för klienter med allvarliga, och obehandlade, psykiatriska problem.

Klienter med kluster B- och C-problematik (se bilaga 1) överlevde i själva verket i signifikant högre utsträckning än övriga klienter. Bland klienterna med kluster B-störningar kan resultaten kanske delvis förklaras i termer av manipulation och utnyttjande av både sjukvård, socialtjänst och anhöriga. Även deras överrepresentation vad gäller vård dygn i kriminalvård efter utskrivning kan i någon mån förklara varför de inte gått under lika snabbt. De socialt mest utslagna klienterna utgjordes av de med kluster A-problematik. Dessa hade förhållandevis måttligt missbruk både före och efter behandlingen, men saknade resurser för långsiktig samhällsintegration.



Figur 6. Antal konsumtionsdagar relaterat till bostadssituation

5 Utvecklingsprojekt *Forskning och behandling i samverkan, 1994–1997*

Resultatet av den tidigare studien tydliggjorde att en beskrivande datainsamling med fördel skulle ha kunnat integreras i vårdplaneringen på individnivå och i kommunikation med hemkommunen. Tiden var mogen för detta när psykiatrisk samsjuklighet i missbrukarvård under 1990-talets mitt kom att bli ett allmänt accepterat begrepp.

I början av 1990-talet var intresset för psykiskt störda missbrukare minst sagt ljummet inom både socialtjänst och psykiatri. Orsakerna går naturligtvis bara att spekulera kring, men många ganska typiska uttalanden från denna tid berör upplevda ”hotbilder”: *”Det innebär ju att vi inte vet vad vi håller på med”* (socialchef, Göteborg); *”De är billigare hos er än hos oss och vi varken kan eller vill ta hand om dem”* (chefsöverläkare, Linköping).

Kanske bidrog den omfattande svenska lågkonjunkturen under 1990-talet till att man inom den offentliga sektorn började intressera sig för effektivitetsmått i relation till kostnader för samhället mera än prestige och ideologiska övertygelser. Dessutom började nu den vetenskapliga litteraturen kring psykiatrisk samsjuklighet att bli så pass omfattande att fenomenet blev allt svårare att bortse ifrån.

Efter ett seminarium vid SiS FoU fattades beslut om ett fortsättningsprojekt kring datainsamling med en metodik som var likartad det förra projektets. Institutionens ambition var nu huvudsakligen fokuserad på *kliniskt användbar kunskap*. Baserat på projektet 1990–93 modifierades mätinstrument och testmetoder. Tidsaspekter, resursöverväganden, utrymmen och organisatorisk nytta innebar att Rod-and-Frame

Tabell 8. Testbatteri i utvecklingsprojektet *Forskning och behandling i samverkan, 1994–1997*

Instrument	Inskrivning	Utskrivning
Psykiatrisk diagnos (SCID)	X	X (enbart affektiva syndrom)
Psykiatrisk självutvärdering (PSEB)	X	X
Psykosocial funktion (GAF)	X	
Social funktion/tillhörighet (DTES)	X	
Locus of control (Rotter)	X	
Kognitiv funktion (DS-batteriet)	X	
Försvarsmekanismer (MCT)	X	
Upplevelser av tvång (Eriksson-Westrin)	X	X
Problemdrickande (PDS)	X	
Missbruksmönster (AVI)	X	
Social anamnes	X	
Missbruksanamnes	X	
Psykiatrisk anamnes	X	
Somatisk anamnes	X	

Test och intervjubaserad livskvalitetsbedömning utgick, vilket nästan halverade den totala testtiden (tabell 8). Även mätningar efter halva vårdtiden utgick, liksom planerad uppföljningsverksamhet. Projektdeltagandet var högre i denna studie (ca 80% av klienterna) främst av två skäl. Utredningen var redan från början orienterad mot individuell vård- och eftervårdsplanering och klientgruppen var mycket olik den socialt utslagna gruppen från 1990–93. Den förra gruppen deltog enbart för att bidra till kunskapsutveckling och utan att själv få nytta av utredningen i den egna behandlingsplaneringen.

Klientgruppen vid Karlsvik förändrades och personalen mötte nya utmaningar i form av missbrukare med olyckliga äktenskap, vantrivsel i sina yrkesroller och utmattningsdepressioner (utbrändhet). Förutom dessa högst väsentliga skillnader gentemot tidigare presenterat material förelåg det intressant nog inga större skillnader vare sig i fråga om missbrukets allvarlighetsgrad eller psykiatrisk samsjuklighet (tabell 9). En ökad andel klienter hade ångest- och depressionsproblem, vilka oftast behandlades med framgång med farmakologiska insatser och samtalsterapi både på institutionen och en växande klientskara även efter avslutad institutionsvård.

Tabell 9. Psykiatrisk samsjuklighet enligt DSM-IV bland 112 Karlsviksklienter 1994–1997

Diagnostyp	Prevalens
Affektiva syndrom	42% (n=47)
Ångestsyndrom	38% (n=43)
Psykos	15% (n=17)
Blandberoende	33% (n=37)
Kluster A	12% (n=13)
Kluster B	34% (n=38)
Kluster C	28% (n=31)
Samsjuklighet totalt	72% (n=81)

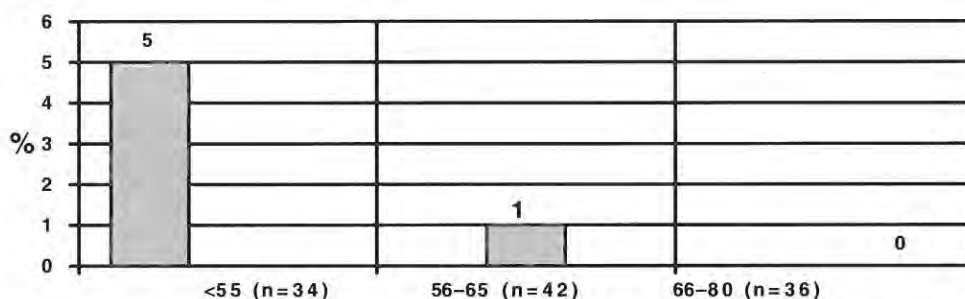
Den enda signifikanta psykiska skillnaden mellan klientgrupperna berörde de psykosnära och socialt mest dysfunktionella kluster A-störningarna (paranoid, schizotyp och schizoid personlighetsstörning). Inom de olika klustren, och i synnerhet ifråga om kluster B (antisocial, borderline, narcissistisk och histrion personlighetsstörning), förelåg vissa förskjutningar, där exempelvis den antisociala personlighetsstörningen minskade från att omfatta cirka 20 procent av klienterna till omkring 15 procent medan borderlinediagnosen ökade från 13 till cirka 20 procent av klienterna. Genom att kunskaperna blev tillgängliga för både vårdpersonal och hemkommun, ökade efterfrågan på handledning, skriftliga utlåtanden och poliklinisk fortsättningskontakt (tabell 10).

När närhetsprincipen upphörde att vara den dominerande faktorn vid placering försvårades systematiska uppföljningar. Journalgenomgångar och personliga återtestningar var i praktiken möjliga att utföra bara ifråga om klienter från Malmö–Lund–Helsingborgsregionen (cirka 20% av klienterna).

Tabell 10. Konkreta insatser som resultat av deltagandet i utvecklingsprojektet 1994–97

Insats	(Totalt n=112)
Stödkontakt på klientens initiativ	31%
Utredning underlag för psykofarmakologiska insatser	20%
Samtalskontakt på öppenvårdsbasis efter utskrivning	11%
Intyg/utlåtanden för eftervårdsfinansiering	10%
Demensutredning	8%
Intyg/utlåtanden för förlängt bistånd	7%
Del av personutredning	6%
Del av pensionsutredning	5%

Att sociala förhållanden har betydelse för utfallet bekräftades av att endast 6 av de 112 klienterna hade avlidit vid en analys av registerdata 1998. Detta motsvarar ca 5 procent av klienterna att jämföra med 21 procent i det föregående projektet. Tre av de 6 klienterna hade vårdats vid enheten redan under projektåren 1990–93, och 4 av de 6 saknade ett stabilt boende. Den globala funktionsskattningen (GAF) utifrån DSM-systemets femte axel utgjorde även i denna grupp ett fungerande prediktionsmått (figur 7).



Figur 7. Mortalitet och global funktionsskattning 12–36 månader efter utskrivning

På samma sätt som tidigare genomgick gruppen DS-batteriet för skattning av kognitiv funktion. Utbildningsnivån i gruppen låg mycket nära riksgenomsnittet för det normala befolkningstvärsnittet. Manliga klienter låg fortfarande en bit över ”normerad normalitet” vad gäller logiskt-induktiv förmåga och könsskillnaderna i gruppen hade försvunnit (tabell 11).

Tabell 11. SRB-värden 1994–97-års klientgrupp

Medelvärden, SRB	Män (n=84)	Kvinnor (n=28)
Verbal rörlighet	4.88 (SD 1.62)	4.91 (SD 1.56)
Logiskt-induktiv	6.12 (SD 1.48)	4.41 (SD 1.00)
Spatial (Kohs' Block)	4.55 (SD 2.21)	5.10 (SD 2.63)

Ospecificerad organisk påverkan indikerades bland 8 procent av de manliga klienterna (n=7) och bland 5 procent av de kvinnliga (n=2). Detta utgör fortfarande en lägre frekvens av "hjärnskada" än i de flesta studier av missbrukargrupper.

Bland de utmaningar som den nya klientsammansättningen innebar fanns förändringar i upplevelserna av tvång och integritetsövergrepp. Tidigare klienter rapporterade övergrepp i form av inlåsning, begränsad rörelsefrihet och visitationer medan den nya gruppen rapporterade mer abstrakta och komplexa negativa tvångsupplevelser. De gällde upplevda övergrepp i samband med eller innan ankomsten till institutionen (62% i jämförelse med tidigare 12% av alla rapporter). Som negativa tvångsupplevelser rapporterades "LVM-lagstiftningen i sig", bristfällig eller vilseledande information, polishämtning/transport, hot om tvångsvård om man tackade nej till frivillig vård, och generell maktlöshet i den process som lett fram till omhändertagandet. Rapporter om integritetsövergrepp innan ankomsten till LVM-institutionen var vanligast bland förstagångsvårdade socialt relativt väl integrerade klienter med eget boende. Nästan alla i den nya gruppen (98%) jämfört med några enstaka (3%) bland bostadslösa klienter med tidigare erfarenhet av LVM-vård rapporterade övergrepp. En förskjutning ägde rum från kränkingsupplevelser med LVM-vårdens förhållningssätt och agerande till polisens eller hemkommunens förhållningssätt och agerande. Könsskillnader i tidigare material med kvinnor som både mer kränkta och med svårigheter att rättfärdiga tvångsutövningen efter avslutad tvångsvård förelåg inte längre.

6 Integration av strukturerad mätning i klinisk vardag och nationellt samarbete, 1997–

Utvärdering av missbrukarvård – problem, begrepp och användbara mått

Uppföljningsstudien av de första 104 klienterna 1990–93 medförde vissa metodologiska, praktiska och teoretiska bekymmer som intensifierades i fortsättningsprojektet 1994–1997. Det bedömdes meningsfullt att mäta antalet konsumtionsdagar före och efter vården för att ge en större nyansrikedom åt utfall, men denna metod var både mödosam och tidskrävande (alla journaler luslästes och relaterades till verbala utsagor från både klienter och deras dåvarande handläggande socialsekreterare). Dessutom upplevdes metoden som trubbig. Man fick visserligen en klar bild av alkohol- och droganvändning och även i viss mån av fysisk och psykisk hälsa men missade andra intressanta uppgifter som visat sig vara utslagsgivande för liv eller död.

I den studie som konstaterade en extrem överdödlighet som primärt var relaterad till social situation utvärderades i realiteten behandlingen endast indirekt medan det som utvärderades direkt var omständigheterna för tiden efter utskrivning. Förutom att det ibland är svårt att veta vad som egentligen utvärderas är ett problem hur man definierar framgång eller misslyckande och hur mycket som går att relatera till just vården. Det traditionella – och för både behandlare och klienter så frustrerande – sättet att beskriva behandlingsutfall i dikotoma kategorier (återfall/icke återfall) torde vid det här laget ha spelat ut sin roll. Med detta synsätt begick man länge ett stort antal tankemässiga felslut när man

1. betraktade missbruket som ett isolerat problem, och inte tittade på dess effekter på arbetsförmåga, somatiska problem och kriminalitet under och efter vårdtiden,
2. betraktade utfall i en svartvit färgskala, där 300 konsumtionsdagar året före vård och 30 konsumtionsdagar efter vård definierades som misslyckad behandling eftersom klienten inte var drogfri,
3. bortsåg ifrån olikheter i individuella förutsättningar för rehabilitering vid utfallsstudier. Lika lite som alla patienter vid en onkologisk klinik kan samtliga klienter vid ett LVM-hem förväntas uppnå total rehabilitering. Detta utgör dock inget argument för att ifrågasätta värdet av vården.

Andra problem med behandlingsutvärdering har sin grund i oenighet kring innebörden av begreppen behandling och motivationsarbete och det är naturligtvis inte lätt

att bedöma effekter av något man inte definierat. En enkel operationalisering av de två begreppen föreslogs i inledningskapitlet. Det bedömdes rimligt att anta att motivationsarbete berör insatser med fokus på *intentionsförändring* medan behandling i högre utsträckning berör insatser som fokuseras på *beteendeförändring*. Frågan kompliceras ytterligare av att klienter erhåller vård från vårdinrättningar inom flera olika sektorer, psykiatri, beroendesjukvård, privata vårdhem och kriminalvård, som alla har sin egen terminologi, utgångspunkter, behandlingsinsatser och utvärderingsinstrument. Jämförande studier blir besvärliga, samtidigt som utfallet i det enskilda klientärendet inte nödvändigtvis behöver bero på just de vårdinsatser som utvärderas, utan kan ha kommit från någon annan, kanske okänd vårdaktör.

Ett nytt kärninstrument

Addiction Severity Index (ASI) (McLellan et al, 1992) infördes 1996 som ett standardinstrument vid enheten för att öka externa samverkansmöjligheter och för att kunna jämföra olika klientkaraktäristika internationellt. Karlsvik hade deltagit tillsammans med bland annat Karolinska Institutet och universitetssjukhuset MAS i det standardiseringsarbete som legat till grund för den svenskspråkiga manualen till ASI. Tom McLellan utvecklade ASI (som han själv idag helst skulle vilja kalla PSS, Problem Severity Scale) för en speciell matchningsstudie för organisationen Veteran Administration vid mitten av 1970-talet. Sålunda förelåg inledningsvis inga intentioner till att sprida instrumentet. De "konsulter" som anlätades för att utvärdera frågornas struktur, formuleringar, etc utgjordes av klienterna själva, som tillsammans med sjuksköterskor och behandlingsassistenter i hög grad påverkade instrumentets utformning. Detta och instrumentets teoretiska och ideologiska neutralitet förklarar dess genomslagskraft. Den är ursprungligen utarbetad för bedömning av klienter inom missbrukarvården, men har även visat sig fungera väl och fått spridning inom såväl kriminalvård som socialtjänst och psykiatri. ASI utformades i mitten av 1970-talet som en ateoretisk och deskriptiv metod för att beskriva en komplex problembild för hemvändande vietnamveteraner inför matchning till olika behandlingsinsatser.

Från att ha utvecklats för amerikanska förhållanden finns nu en europeisk variant av ASI, anpassad för att fungera i olika kulturella sammanhang (Blanken et al, 1995). Socialstyrelsen har sedan införandet av ASI i Sverige verkat för både instrumentets kvalitetssäkring och dess spridning. CUS (som numera uppgått i IMS, Institutet för utveckling av metoder inom socialt arbete) vid Socialstyrelsen står för tryckning och spridning av den svenska ASI-manualen.

Eftersom missbrukare ofta har problem inom ett flertal områden kan ASI utgöra en grund för ytterligare diagnostik. I ASI kartläggs sju problemområden som anses speciellt viktiga för vården av missbrukare: fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol, narkotika, kriminalitet, familj/umgänge och psykisk hälsa.

Ett par intressanta jämförelser mellan upphovslandet (USA) och Europa kan påpekas:

- Teoretisk och ideologisk oavhängighet är en styrka för instrumentets spridning i Europa men är ett problem för populariteten i hemlandet.
- Anledningen till att dela in problemområdena i flera dimensioner var uppenbar i USA under 1970-talet eftersom missbruk betraktades som ett multidimensionellt problem. Valet av olika problemområden föll sig naturligt under utvecklingen av ASI. I Amerika har utvecklingen i allt högre utsträckning gått mot att betrakta missbruk som ett isolerat problem. I Europa har utvecklingen varit den motsatta; först under de senaste 6–8 åren har det blivit naturligt att betrakta missbruk som ett multidimensionellt problem.
- De senare årens utveckling har inneburit ökad användning av ASI i forskning i USA, varför dataprogram, självadministrerande formulär och fokus på de s k kompositvärdena ökat, medan Europa alltmer tycks fokusera på instrumentets kliniska dimensioner för behandlingsplanering, resursprioriteringar, etc. Därför betraktas intervjuarskattningarna helt olika beroende på på vilken sida om Atlanten man befinner sig.

Tilläggsmoduler till ASI

Styrkan med en ateoretisk och strukturerad metodik för behovsutredning är att man med lätthet kan inkludera nya utredningsområden förutom de 7 ursprungliga. Exempelvis finns en modul för spelberoende som bland annat utvecklats i Holland och som inspirerat till en modul som anpassats till svenska förhållanden. Inte heller är användandet av instrumentets struktur för klientgrupper som inte traditionellt ansetts lämpade för ASI någon ny tanke. Det finns en kvinnoversion av ASI (ASI-F; ASI-X) (Öberg et al, 1998), en ungdomsversion av ASI (EuroADAD) och ett deskriptivt dokumentationssystem baserat på ASI (DOK, Jenner & Segraeus, 1997). När Kriminalvårdsstyrelsen 1998 beslutade att införa ASI som både ett nationellt dokumentationssystem och behovsutredningsinstrument på klientnivå inom sin verksamhet konstaterades att ASI-området kriminalitet/asocialitet inte innehöll tillräckliga uppgifter för kriminell livsstil och attityder till kriminalitet. Kriminalvårdsstyrelsen och Brottsförebyggande rådet gav därför David Öberg i samverkan med författaren uppdraget att utveckla en "kriminalitetsmodul" som av utbildningstekniska skäl skulle följa samma struktur som ASI-instrumentet (Sallmén et al, 2003). En internationell tvärvetenskaplig forskargrupp utvecklade instrumentet under uppdragstagarnas överinseende. Förutom traditionella risk-/behovsbedömningsinstrument med fokus på statiska (oföränderliga faktorer, som till exempel missbruksdebut) och dynamiska (föränderliga, t ex kriminellt aktiv partner) risk- och skyddsfaktorer introducerades en ny dimension bestående av 4 frågor som avsåg beröra "locus of control". Kluster B-störningar anslöts till modulen eftersom kriminologisk forskning beskriver dessa dimensioner som viktiga för prognosbedömning. Instrumentet skulle kunna användas som processmått under verkställighetstiden, d v s för att utvärdera effekten av olika påverkansprogram med hjälp av frågorna.

En stor andel klienter som vårdas på SiS institutioner har problem med kriminalitet. Trots det visade bland annat enhetsbeskrivningarna 1998 vid samtliga LVM-institutioner att man i allmänhet inte alls arbetade med dessa problem. Antisociala värderingar och ett kriminellt socialt nätverk har visat sig ha stort prediktivt värde för klientgruppens integration i samhället. En valideringsstudie ägde rum vid Karlsvik under 1998 och 1999. Syftet var att utröna huruvida frågorna verkligen belyste de dimensioner som avsågs. Vid Karlsvik genomgick 20 klienter Rotterskalan, strukturerad klinisk intervju, DSM-IV (med fokus på SCID II, personlighetsstörningarna) samt kriminalitetsmodulen. Resultaten var lovande.

AC2
a Vilken typ av brott utgör det dominerande problemet?
(Om oklart fråga klienten. Kategori se AC1.)
 När du senast gjorde ett sådant brott: 0=Nej 1=Ja

b Anser du nu att du har ett personligt ansvar för det du gjorde? ☐

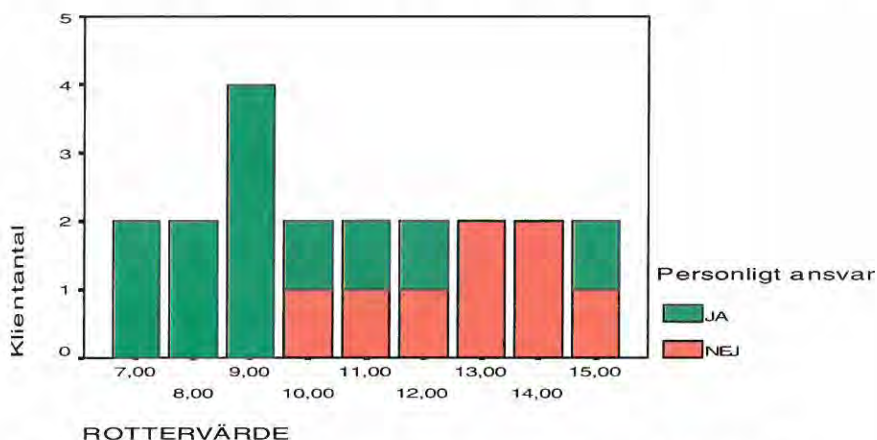
c Anser du nu att du hade rätt att göra det du gjorde? ☐

d I samma situation, hade du idag begått samma brott? ☐

e Anser du nu att det är rätt att du blir straffad för ett sådant brott? ☐

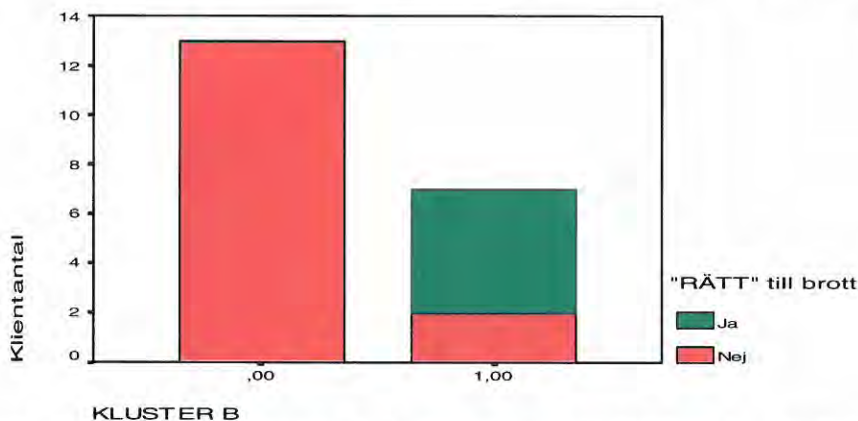
Formulärutdrag. Brottnodulens frågor rörande nuvarande attityder till huvudsaklig brottslighet och juridiska konsekvenser

I figurerna 8–14 presenteras resultat från Karlsviksstudien. I figur 8 relateras frågan om man nu upplever ett personligt ansvar för brottsituationen till värdena på Rotterskalan. Resultatet är signifikant ($p=0.003$) vilket betyder att frågan mäter kognitiv stil i relation till upplevelsen av ansvar för det begångna brottet.



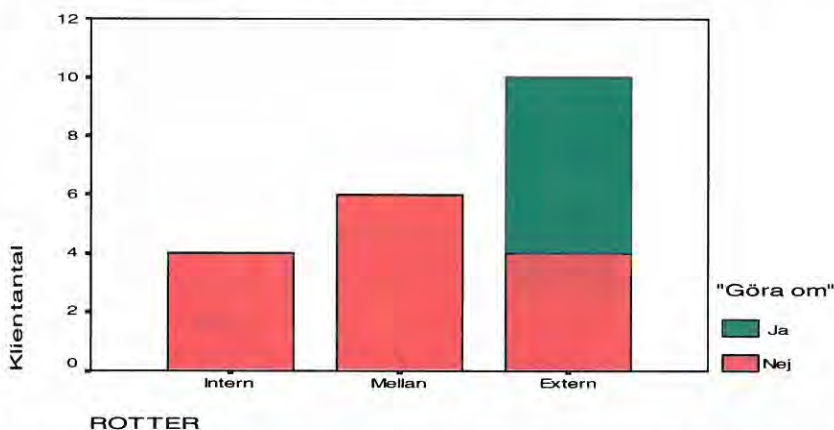
Figur 8. Upplevelser av personligt ansvar för brott, relaterat till värde på Rotterskalan

Därefter följande fråga syftar till att mäta om personen idag anser att han/hon hade rätt att begå ifrågavarande brottsliga handling. Frågan avsåg beröra en traditionell riskfaktor, d v s narcissistisk och/eller antisocial personlighetsstörning. Även här tycks frågan fånga det som avses, ingen av dem med avsaknad av kluster B-problematik svarade ja medan drygt 70 procent av dem med kluster B-problematik (p<0.000) ansåg att de hade "rätt" att utföra den brottsliga handlingen (figur 9).



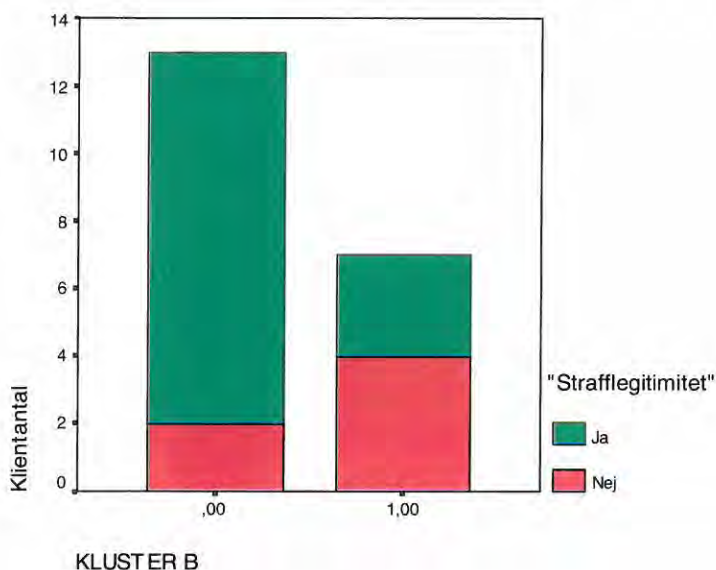
Figur 9. Kluster B-diagnos relaterat till uppfattningen om att ha "rätt" till den aktuella brottsliga handlingen

Den tredje frågan berör om man upplever att man hade handlat på samma sätt om man idag hade ställts inför en likartad situation. Frågan försöker belysa attribution i relation till brottet. I figur 10 relateras Rottervärdenas tre kategorier till uppfattningen om man skulle kunna tänka sig att handla på samma sätt i en liknande situation. Ingen av klienterna med ett Rottervärde understigande 12 svarade ja medan 67 procent av dem med ett värde högre än 13 svarade ja (p<0.000).

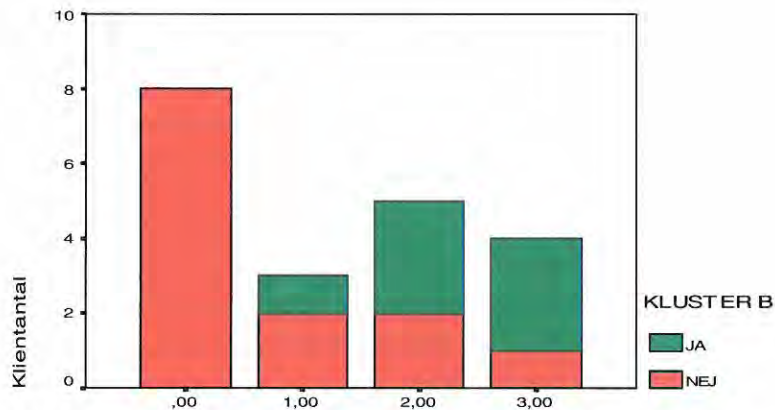


Figur 10. Locus of control uppdelad i "intern" (<8), "mellangrupp" (9–12) och "extern" (>13) och uppfattningen om risken för återupprepande av en brottslig handling

Fråga 4 berör huruvida klienten uppfattade att det aktuella straffet var i paritet med den rättsliga konsekvens som utfärdades i relation till brottet. I figur 11 presenteras relationen mellan svaren på denna fråga och övriga mätinstrument. Frågan om straffets legitimitet tycks vara relaterad till både kluster B-problematik ($p=0.05$) och attribution ($p=0.004$) och därmed, trots god relation till båda dimensioner, vara den svagaste av de fyra vad gäller validitet, eftersom den primärt avsågs mäta relationen mellan svaret och kluster B-diagnos. Svaren på dessa fyra frågor aggregeras. Den värsta konstellationen (värde 3) innebär nej till personligt ansvar; ja på frågan om rätt till brottet; ja på frågan om man idag hade agerat på samma sätt i liknande situation och nej på frågan om straffets legitimitet. Bäst konstellation av svar på dessa frågor utgörs av (värde 0) ett motsatt svar på samtliga frågor.



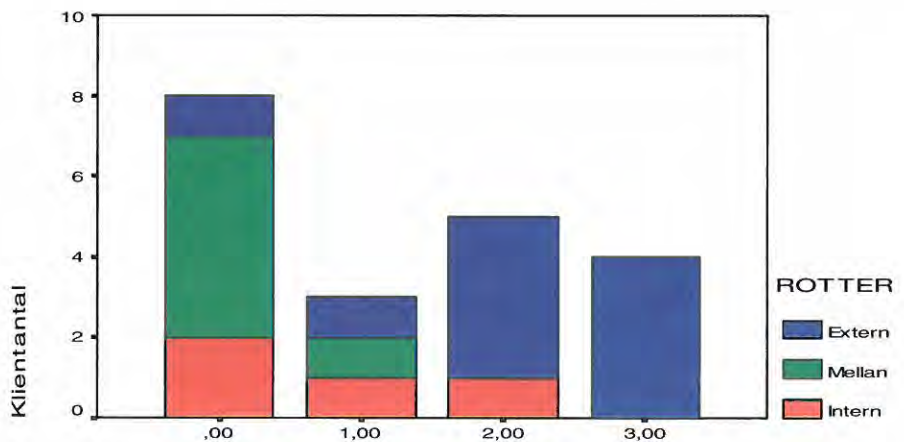
Figur 11. Strafflegitimitet relaterat till kluster B-diagnos och Rottervärde



Figur 12. Kluster B-problematik relaterat till kombinationen av svar på de fyra frågorna

I figur 12 relateras kombinationen av svaren till kluster B-problematik och i figur 13 till värden på Rotterskalen.

Korrelationen mellan den sämsta svarskombinationen och kluster B-störning är $r=0.64$ ($p=0.002$) och mellan den sämsta svarskombinationen och locus of control, $r=0.78$ ($p<0.000$).



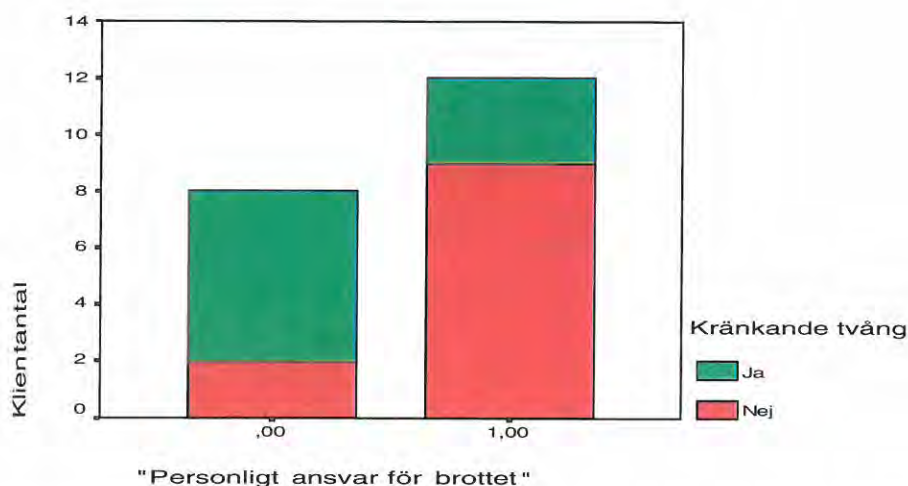
Figur 13. Svarskombination i relation till "intern", "mellanvärden" och "extern" locus of control

Ett vetenskapligt test av både validitet och reliabilitet förutsätter fördjupade studier med ett större antal klienter. Prediktiv validitet har i kriminalvårdens databas visat lovande resultat. De fyra frågorna är påverkbara och man kan utvärdera programverksamhet genom att ställa samma frågor på nytt efter avslutad behandling.

Frågebatteriet fungerar bra mot upplevt hjälpbehov (negativt), antal brottslighets-

veckor det senaste året, ogynnsamt socialt nätverk, tidig debutålder och antalet våldsbrott, grova trafikbrott, problemdagar senaste 30, antalet egendomsbrott och – allra mest kraftfullt – mot motiv avseende våldsbrott, d v s ju fler ogynnsamma svar, desto högre värde för motiv. På individnivå samvarierar motiv till våldsbrott huvudsakligen med risken att göra det igen och med åsikten att det är fel att bli straffad.

Eftersom samtliga klienter intervjuades om upplevelser av integritetsövergrepp och kränkande och felaktig tvångsutövning, gick det att finna ett starkt samband mellan upplevelser av ett personligt ansvar för det begångna brottet och upplevelser av hur man idag rättfärdigar det straff som erhöles. Av dem som inte upplever ett personligt ansvar för ifrågavarande brott rapporterar 75 procent att de idag anser att de varit utsatta för felaktig tvångsutövning medan 25 procent av dem som upplever ett personligt ansvar för sitt brott rapporterar integritetsövergrepp (samtliga klienter erkänner att de begått det brott som avhandlades i intervjun).



Figur 14. Sambandet mellan upplevelser av kränkning vid LVM-hemmet och ansvarskänsla för tidigare brott ($p=0.03$)

7 Utveckling av nya instrument och internationellt samarbete

Karlsviks deltagande i IPTRP/Biomed2 – ASI, MAPS och RCQ

Inledning

Karlsvik ingick som en av tre svenska enheter i det multinationella projektet *Improving Psychiatric Treatment in Residential Programmes for Emerging Dependency Groups* som gått under benämningen IPTRP (Kaplan, 1999; Broekart et al, 2003; Segraeus et al, kommande). Det unika med detta projekt bestod i dess ambitioner att i en mycket heterogen behandlingshemsgrupp i 10 olika europeiska länder genomföra utbildningar, implementation, datainsamling, uppföljning och utvärdering under perioden 1996-04-01 till 1999-06-30. Deltagande enheter utgjordes av medlevarkollektiv, medicinska universitetsinstitutioner, LVM-hem, terapeutiska samhällen, alla med olika intressen, målgrupper, ideologi och teoretiska utgångspunkter. Datainsamling skedde under en tvåårsperiod vid ett 30-tal enheter.

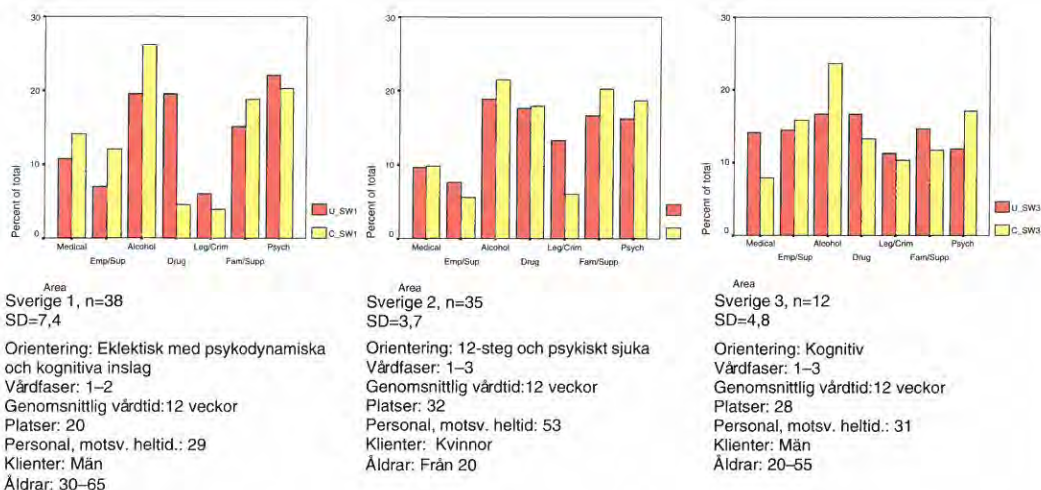
Tabell 12. Insamlade data för respektive instrument i deltagarländerna i IPTRP-projektet

Land	ASI inskrivning	ASI uppföljning	MSNA	SCID	BioMAP Klient (MAPS)	CTQ
Belgien	125	0	38	0	0	0
Frankrike	72	19	55	41	9	10
Tyskland	61	16	37	43	42	0
Grekland	201	77	139	0	76	0
Italien	114	28	77	23	0	0
Norge	102	0	0	0	88	102
Spanien	30	27	28	24	30	0
Sverige	86	44	42	58	73	24
Skottland	134	0	43	41	0	111
Totalt	925	211	459	230	318	247

Man insåg tidigt att en utvärdering, förutom en bred översikt om klienternas totala problembild, måste omfatta en beskrivning av de olika enheternas insatser inom olika områden som klienterna har problem. Det visade sig att något bra system för beskrivning av insatserna inte existerade utan det blev nödvändigt att utveckla ett nytt.

Utvecklingen av MAPS

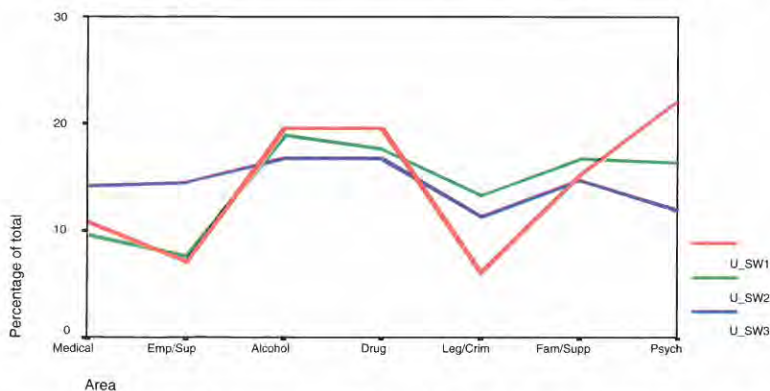
En forskargrupp från SiS lanserade idén att beskriva insatser och resurser med utgångspunkt i samma områden som ASI-instrumentet identifierade problem och vårdbehov i. Man kunde relatera behandlingsutbud direkt till klientproblem, vilket



Figur 15. Fördelning av klientproblematik vid Karlsvik, Runnagården och Rällsögården och institutionernas insatser i de olika problemområdena, projektåret 1998

kunde generera intressanta infallsvinklar vid senare uppföljning av klienter. I figur 15 presenteras klientdata från ASI och institutionens insatser inom varje ASI-område vid de tre LVM-hem som ingick i Biomed2/IPTRP-projektet. Röda staplar representerar fördelningen av insatser mellan de 7 ASI-områdena i procent och gula staplar fördelningen i intervjuarskattade problem på individnivå mellan samma områden.

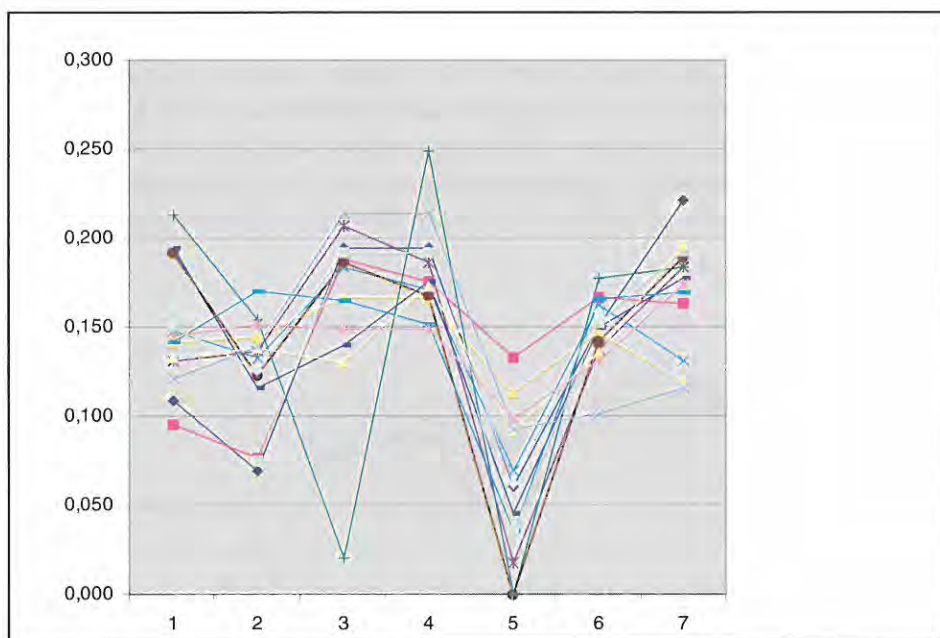
Generellt sett finns en ganska god överensstämmelse mellan problem och resurser. Den största likheten utgörs av att klienterna trots enhetens inriktning på alkoholmissbrukare rapporterar störst problem ifråga om alkoholanvändning, och att samtliga enheter har ett underskott av resurser inom detta område. Samtliga enheter tillhandahåller ett adekvat insatsutbud vad gäller juridiska problem, och har en god beredskap för problem med narkotikaanvändning. Även om enheterna differentierats på olika



Figur 16. Resursfördelning mellan ASI-områden vid 3 svenska LVM-hem, 1998

sätt – t ex antas målgruppen för enhet 1 ha allmänt vårdbehov medan enhet 2 specialiserat sig på psykiskt störda klienter – finns inga större skillnader på klienternas problem med psykisk hälsa mellan dessa två enheter. Figur 16 visar enheternas interna resursfördelning, där enhet 2 och 3 lägger ut resurserna förhållandevis jämnt mellan områdena, medan enhet 1 antingen satsar lite eller mycket på ett område.

I ett SiS-finansierat utvecklingsprojekt beskrevs samtliga LVM-institutioner utifrån samma metodik under 1998 och 1999 (figur 17). På samma sätt som de tre institutioner som ingick i Biomed2/IPTRP-projektet kan sägas ha haft en förhållandevis likriktad och behovsorienterad resursprofil, föreligger en relativ konsensus inom LVM-vården vad gäller resursprioriteringar i jämförelse med andra europeiska länder. En generell tyngdpunkt ligger, inte speciellt förvånande, på alkohol- och drog-användning. Den enhet som här avviker mest (lägst resursprioritering vad gäller alkohol, högst prioritering av droger) har en explicit policy med speciell fokus på narkomanvård. Ett annat gemensamt prioriteringsområde utgörs av problem med familj och umgänge. Här befinner sig samtliga enheter på ett värde mellan 1.0 och 1.8 på det preliminära resursindexet där samtliga utom 2 enheter ligger mellan 1.35 och 1.65. Områdena psykisk hälsa och fysisk hälsa är också prioriterade men med större spridning. Samtliga enheter lägger en avsevärd del av sina totala resurser på dessa två områden. Av mycket stort intresse är den låga prioriteringen av problem med kriminalitet/asocialitet. I stort sett samtliga LVM-hem prioriterar detta område lägst trots att kriminalitet är ett omfattande problem bland missbrukare såväl i Sveri-

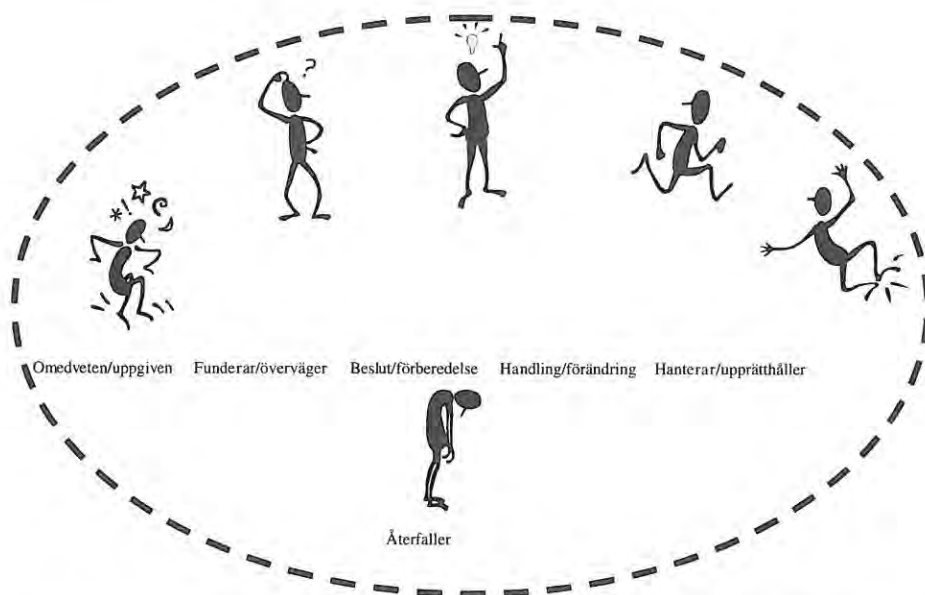


Figur 17. Distribution av resurser på ASI-områden vid samtliga 15 LVM-hem 1998–1999

ge som internationellt. Metodiken för enhetsbeskrivning har i diverse projekt i Sverige och utomlands utvecklats och förbättrats under 2000 och 2001.

Förhållandevis enkla, strukturerade instrument som ASI och inventeringsinstrument som MAPS-enhet fyller viktiga funktioner. Den lokala verksamheten kan med lämplig regelbundenhet "stämna av" mot verkligheten.

Problemen att nyansera individuellt behandlingsutfall på ett mer sensitivt och operationellt utvärderingsbart sätt hanterades i IPTRP-projektet genom att utveckla kompletterande klientformulär, där man till varje ASI-område (AREA) kopplade en mer nyanserad förändringsdimension, baserad på Prochaska & DiClementes transteoretiska och transkulturella modell för mänskliga förändringsprocesser (FAS) (en skiss över de olika stadierna presenteras i figur 18). Förändringsmodellen som föreslagits av Prochaska & DiClemente är idag så etablerad och populär inom missbrukarvården att den inte närmare berörs här. Tanken i detta system bygger på att i samråd med klienten etablera aktuell fas (synsätt, attityder, kognitioner och känslor) i varje för vården relevant enskilt område i ASI. Detta tillhandahåller ett mått på ingångsläge som både beaktar klientens situation i 7 viktiga livsområden, och också utgör ett mått på eventuell motivation till förändring. I ett strukturerat samtal och i dialog med klienten etableras realistiska mål och delmål, baserat på problemtyngd, befintliga resurser, tid och klientens förändringsfas. Utifrån dessa initialvärden diskuteras en rimlig målsättning fram inom de för individen relevanta problemområdena. Samtalet skall i möjligaste mån vara ett konsensussamtal, där man med fördel använder tekniker som lärs ut i motiverande samtal.



Figur 18. Skiss över de stadier som enligt Prochaska & DiClemente normalt anses föreligga vid beteendeförändring

Metodiken bygger bland annat på utvecklingen av en amerikansk metodik kring en förändringsalgoritm, som vidareutvecklats i samråd med Carlo DiClemente (CHANGE) och som validerats i en grupp Karlsviksklienter mot den tidigare validerade (Forsberg et al, 2003) svenska versionen av Readiness to Change Questionnaire. RTCQ slår ihop "preparation" och "action" medan CHANGE belyser faserna beslut/förberedelse och handling/förändring separat. Detta i kombination med att det i gruppen på 52 klienter fanns få klienter som befann sig i dessa faser avseende området alkohol gör att korrelationerna till enskilda items i RTCQ blir något lägre. Samtliga items avseende "precontemplation" och "contemplation" samvarierar mellan 0.8 och 1.0 med motsvarande faser i CHANGE.

Det strukturerade samtalet kring fasbestämning kan upprepas antingen vid behov eller med specifika intervaller. För att kunna utvärdera både förändring under vårdtiden och de upprättade målsättningarnas realism används CHANGE inför utskrivning som mått på behandlingsutfall. Vid eventuella uppföljningar kan algoritmen tillämpas för att beskriva förändring över tid och stabilitet i uppnådda resultat.

Tabell 12.a MAPS-CHANGE, omedveten/uppgiven versus precontemplation-items i RTCQ

ASI-område Alkohol		RTCQ item 1	RTCQ item 6	RTCQ item 11	RTCQ item 16	RTCQ item 21	RTCQ item 26
CHANGE Omedveten/uppgiven	<i>Pearson's r</i>	1,000	,797	,797	1,000	1,000	,889
	<i>Sign</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	<i>n</i>	52	52	52	52	52	52

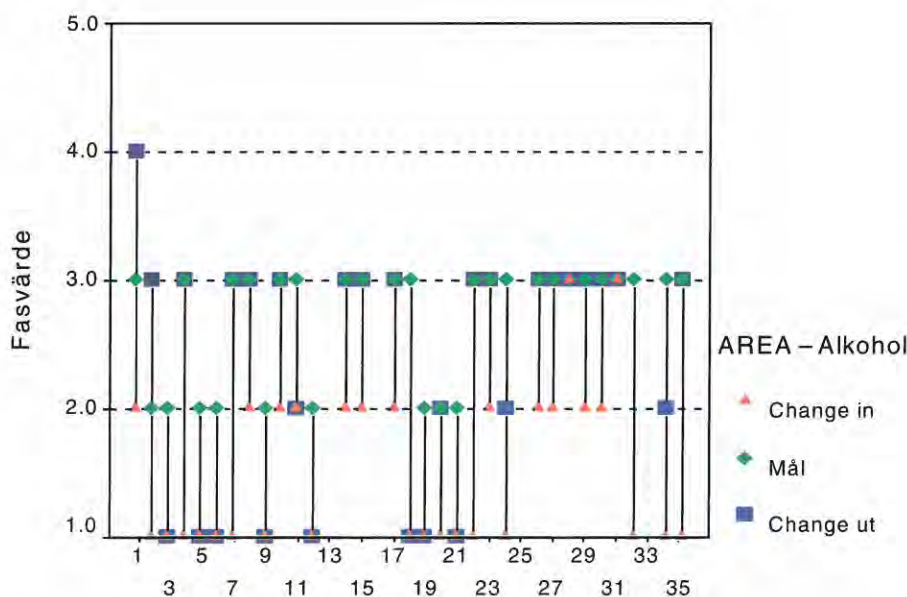
Tabell 12.b MAPS-CHANGE, fundera/överväga vs. contemplation-items i RTCQ

ASI-område Alkohol		RTCQ item 2	RTCQ item 7	RTCQ item 12	RTCQ item 17	RTCQ item 22	RTCQ item 27
CHANGE Fundera/överväga	<i>Pearson's r</i>	1,000	1,000	,889	1,000	,880	1,000
	<i>Sign</i>	,000	,000	,000	,000	,000	,000
	<i>n</i>	52	52	52	52	52	52

Tabell 12.c MAPS-CHANGE, beslut/förberedelse och handling/förändring vs. preparation/action-items i RTCQ

ASI-område Alkohol		RTCQ item 3	RTCQ item 8	RTCQ item 13	RTCQ item 18	RTCQ item 23	RTCQ item 28
CHANGE Beslut/förberedelse; Handling/förändring	<i>Pearson's r</i>	,537	1,000	,683	1,000	,537	,683
	<i>Sign</i>	,032*	,000	,004	,000	,032*	,004
	<i>n</i>	52	52	52	52	52	52

Genom att identifiera klientens förändringsfas vid olika tillfällen möjliggörs så kallad fasspecifik intervention där behandlaren systematiskt kan anpassa sina ansträngningar till klientens tillstånd eftersom de är olika sensitiva för olika insatser i olika skeden av sin rehabiliteringsprocess. Denna infallsvinkel tydliggör behovet av att "se" klienten samt behovet av dialog och sektorsövergripande samverkan. Vikten av fasspecifik intervention, att anpassa insatsernas innehåll till klientens aktuella fas avser även att möjliggöra klientens delaktighet i den egna vårdprocessen. Ett personligt exempel på motsatsen kan utgöras av alkoholisten från ett mindre mellansvenskt samhälle, där socialtjänsten och LVM-hemmet gemensamt skräddarsydde ett eftervårdspaket som inkluderade hyra av hobbylokal, inköp av verkstadsutrustning, intensiva diskussioner och sammanträffanden med arbetsgivaren, samt planerad regelbunden poliklinisk samtalskontakt med kurator. Efter två dagar på hemorten återföll klienten, återbördades till LVM-hemmet på grund av avbruten § 27-vård, och besvarade förvånat frågan om vad som hade hänt med att han aldrig sagt att han hade tänkt överväga att minska sin alkoholkonsumtion, eftersom han inte upplevde den som något större problem. I figur 19 representerar de röda triangelarna klienternas



Figur 19. Initialvärde, målupprättelse och utskrivningsvärde vad gäller ASI-området alkoholanvändning för 35 IPTRP/Biomed2-deltagande klienter vid Karlsvik

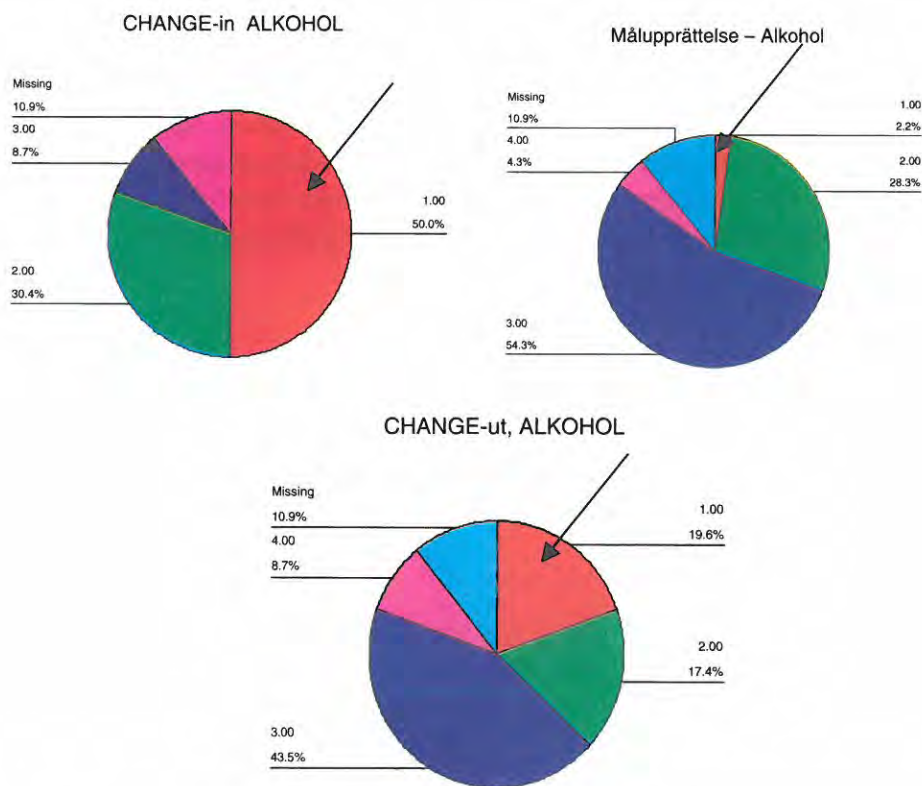
förändringsfas vid inskrivning, skattad utifrån konsensusintervjun CHANGE. Gröna diamantformer utgör de mål som upprättades inom området, baserat på enhetens resurser, klientens problemtyngd, aktuell förändringsfas och den tid man har till sitt förfogande. Trettioåtta Karlsviksklienter deltog i studien, varav 35 genomgick både ASI, MAPS-in och MAPS-ut. För de klienter som vid inskrivning befann sig i fasen omedveten/uppgiven (1) ("jag har inga problem"/"det är hopplöst") d v s 17 av 35 klienter, uppstår problem i och med att enhet och klient inte är eniga om vad som utgör ett realistiskt mål. I de fall oenighet råder upprättas separata mål, där enhetens mål presenteras i figuren. Den blå kvadratsymbolen representerar fasvärdet vid utskrivningsintervjun, där CHANGE-algoritmen ingår i utskrivningsformuläret.

För 17 av de 35 IPTRP-klienterna, som undergick ASI/MAPS, uppnåddes det behandlingsmål för alkoholanvändning som upprättades efter inskrivning och i två av fallen hade klienterna kommit längre än förväntat i sin förändringsprocess. I nio klientärenden "misslyckades" värden såtillvida att klienten vid utskrivning stod kvar vid det för vårdsyftet olämpliga stadiet, eller att man inte nådde hela vägen till det upprättade målet. Av specifikt intresse för LVM-vård är att det i 8 av dessa 9 ärenden rörde sig om klienter i fasen omedveten/uppgiven. Här synliggörs både svårigheter i uppdraget, d v s att man måste upprätta mål som innebär fasflyttning vid utskrivning, samt nödvändigheten av att kunna kalibrera fasspecifika insatser, d v s åtgärder som systematiskt och konsekvent riktar sig mot ett tillstånd som klienten inte upplever som problematiskt men samhället anser vara nödvändigt att förändra.

Man kan även beskriva klienter på gruppnivå. Man kan vid ett givet tillfälle eller för en specifik klientgrupp analysera hur klienterna fördelar sig mellan de olika förändringsfaserna (52 Karlsviksklienter 1997–2000, figur 20). Ifråga om alkoholanvändning var området vid inskrivning (cirkel 1) irrelevant i 11 procent av fallen (alkoholmissbruk eller -beroende var inte aktuellt) och omedvetenhet eller uppgivenhet rådde i 50 procent av fallen med alkoholproblem vid inskrivning. Tillsammans med gruppen ambivalenta utgör dessa drygt 90 procent av klienter med alkoholproblem, vilket kan tolkas som att man tillämpat lagen någorlunda adekvat i förhållande till aktuella problem, mätt med problemtyngden i ASI-områdena fysisk hälsa ($m=4.7$), alkoholanvändning ($m=6.8$), familj/umgänge ($m=4.9$) och psykisk hälsa ($m=5.0$). Även om målet var att minimera detta tillstånd (cirkel 2), var det vid utskrivning (cirkel 3) inte tillfredsställande, trots att antalet klienter i denna fas hade minskat till 20 procent. Proportionen klienter som vid inskrivning funderade över olika framtidsalternativ (och kanske behandlingsalternativ i frivillig form) rörande alkoholanvändning var 30 procent, vid utskrivning 17 procent. Av dessa hade många färdats från fundera/överväga till beslut/förberedelse; endast 9 procent av gruppen befann sig vid inskrivning och 44 procent vid utskrivning. Detta kan tolkas som ett mått på effektivt motivationsarbete. Nio procent av klienterna var redan i aktiv handling vid vårdtidens slut. En av LVM-lagstiftningens stora fördelar är att klienter kan vårdas i annan form jml § 27 LVM. Detta innebär stora fördelar i jämförelse med

missbruksprogram inom kriminalvården eftersom klienten i hemmiljön kan tillämpa sin eventuellt nyvunna intentionsförändring i praktiken.

Monitoring Area and Phase System har vidareutvecklats och spridits även efter att Biomed2/IPTRP-projektet formellt avslutats. I SiS har två utvecklingsprojekt med fyra LVM-enheter sedan 1999 deltagit under rubrikerna *Strukturerad behandlingsplanering* och *Strukturerad utskrivningsplanering*.



Figur 20. Proportioner av olika förändringsfaser inom området alkohol. Ingångsvärden, målsättningsvärden och utgångsvärden (n=52)

Innehållet i MAPS			
MAPS-enhet	MAPS-in	MAPS-ut	MAPS-upp
MAPS-enhet bedömer de institutionella förutsättningarna för vård på enheten. Den ger en resursprofil och en profil över enhetens vårdspektrum. MAPS-enhet innehåller: Basdata som ramar, målgrupp, etc Personal, antal och kompetens Enhetens behandlingsmål Vårdspektrum Behandlingsplanering Tillgängliga interventioner inom och utanför enheten	MAPS-in kompletterar ASI och ger klientens status och mål. MAPS-in utgår från ASI:s Problemprofil och adderar till denna en förändringsprofil och en målprofil inom vardera av de sju problemområdena. MAPS-in innehåller: Basdata för inskrivning Klientens motivationella status inom respektive område Mål avseende klientens motivationella status vid utskrivning	MAPS-ut bedömer implementationen av enhetens behandlingsinsatser. Den ger en förändringsprofil och en insatsprofil över de sju problemområdena. Måluppfyllnad mäts genom skillnaden mellan Målprofilen och Förändringsprofilen. MAPS-ut innehåller: Basdata för utskrivning Omfattning och innehåll i behandlingsplanering Konsensusintervju avseende de interventioner som givits klienten Klientens motivationella status vid utskrivning	MAPS-upp bedömer eftervården och upprätthållandet av uppnådda mål. Den är relaterad till ASI:s uppföljningsintervju och tillför Interventioner, Förändringsprofilen, samt ytterligare utfallsmått MAPS-upp innehåller: De eftervårds-/återfallspreventiva interventioner som klienten fått efter utskrivning Återfall inom de sju problemområdena Klientens motivationella status vid uppföljning Förändringar i klientens situation inom respektive område jämfört med motsvarande tid före vårdtillfället

Behovet av journalföringsrutiner, strukturerad dokumentation och arbetsredskap baserade på vetenskap och beprövad erfarenhet inom socialt arbete och kriminalvård medför behov att introducera utvärderingsbara mått inom dessa verksamheter. Ovan ges en sammanfattning av instrumenten och deras användningsområden.

Minnesota Coping Skills Questionnaire – instrument och resultat

Återfall i missbruk under vårdtiden utgör ett stort problem. När vården bedöms utifrån antalet avvikelser förbiser man de terapeutiska implikationerna av ett misslyckande. Återfallsfrekvensen brukar i internationella studier vara upp till 70 procent året efter behandlingen. Under senare år har ökad klinisk uppmärksamhet ägnats åt problemet med återfall och förebyggande åtgärder. Återfallspreventiv behandling inkluderar oftast kognitiva och beteendeteoretiska strategier i gruppverksamhet eller enskilt. Tre medarbetare i behandlingspersonalen deltog i en IPTRP-workshop i Maastricht under våren 1998 i coping skills-teori och utbildning i Minnesota Relapse and Coping Skills Questionnaire (RCQ) (Sallmén et al, 1998). Metodiken introducerades inom IPTRP-projektet.

RCQ har utvecklats både som ett kliniskt och som ett forskningsorienterat instrument för forskning i återfall bland kokainister. En 124-punkters och cirka 30 minuter lång strukturerad intervju har utformats. Intervjun identifierar vad som föregått återfallet, mönster i återfall, individuella återfallstypologier, effektiva/ineffektiva återfallshanteringsmetoder där klienten involveras i analysen av sin egen återfallsdynamik och strategier för återfallsprevention. Syftet är att analysera återfallshändelser i olika grupper och att få en förbättrad förståelse för återfallshändelser samt att erbjuda återfallspreventiv terapi. RCQ innehåller 3 huvudavsnitt/avdelningar:

- Analys av "nära ögat", "snedsprång" och "återfall"
- Attribution i dessa situationer
- Framgångsrika och mindre framgångsrika hanteringstekniker

Sedan intervjun integrerades i den reguljära verksamheten vid Karlsvik 1998 har ett fyrtiotal klienter genomgått intervjun. Erfarenheterna är generellt positiva. Tvångsvård innebär att det är svårt att fånga in sug- och nära-ögatincidenter, eftersom de lätt kan leda till minskad frihet. Det är inte ovanligt att klienten under ledigheten eller vid vård i friare former jml § 27 LVM återfaller. Intervjun används därför regelmässigt vid återkomst till institutionen.

Rapporter om de mekanismer som föregår snedsprång och återfall domineras av

- Besvikelser och motgångar i det dagliga livet
- Självsäkerhet rörande förmågan att kontrollera sin konsumtion
- Situationella "cues" som utlöser impulser

Att rapporterna ofta innehåller aspekter av synintryck, miljöpåverkan och speciella situationer har ökat intresset för så kallad "cue exposure". Karlsvik anordnade i september 1998 en internationell klinisk workshop inom ramen för IPTRP-projektet. Förutom en fördjupningsutbildning i SCID och ASI Feedback Form (Öberg & Sallmén, 1999) bjöds experter inom området in för att presentera forskningsresultat och enklare tekniker. I samverkan med professor Mats Berglund diskuterades

även möjligheterna att mer systematiskt integrera cue exposure i den kliniska verksamheten.

Uppföljningsdata, IPTRP-projektet

Som tidigare berörts ingick Karlsvik som en av 3 svenska enheter i det internationella projektet *Improving Psychiatric Treatment in Residential Programmes for Emerging Dependency Groups* (IPTRP). Vid tidpunkten för uppföljningsstudien uppstod två övergripande problem. Budgeten från EU var uttömd och många enheter hade så långa vårdtider, att klienterna fortfarande fanns kvar i vård vid uppföljningstillfället. Aktuella uppföljningsformulär bestod av ASI:s uppföljningsfrågor samt av två versioner av MAPS-upp (en version för klienter som fortfarande var i behandling och en "reguljär uppföljningsintervju").

De tre SiS-institutionerna levererade data för knappt hundra klienter, av vilka 38 vårdades på Karlsvik. Förutom det ovan presenterade sedan många år använda testbatteriet ingick nu även ASI, Minnesota Coping Skills Questionnaire och MAPS-paketet (ASI-intervjun, MAPS-enhet, MAPS-in, MAPS-ut och uppföljningsintervjun MAPS-upp). Återfallsintervju ägde rum efter återkomst från avvikning eller återfall vid enheten. Gruppen följdes upp första gången efter 6 månader. Av de 38 klienterna lokaliserades och intervjuades 26. Vid uppföljningstidpunkten hade 3 klienter avlidit. De tre dödsfallen var direkt eller indirekt missbruksrelaterade (levercirrhos, överdos, diabetes mellitus). Eftersom uppföljningsintervjun varken berör återfalls-mönster under uppföljningstiden som helhet eller information kring planerade insatser efter utskrivning, utgjorde uppföljningsinstrumentet i MAPS en komplettering för att få en nyanserad bild av eftervårdstiden. I uppföljningen ingick även Rotter-skalan, SCL-90 och depressionsmodulen i SCID. Utfall, mätt med återfall, psykosocial situation, olika eftervårdsinsatser, samt förändringsfas vid uppföljningstillfället, tillhandahöll en mer positiv bild än tidigare uppföljningar av Karlsviks klienter.

Mätning av vårdutfall i termer av stages of change

Att mäta vårdutfall genom att räkna konsumtionsdagar eller huruvida klienten återfallit i problembeteende säger inte tillräckligt om de processer som är involverade i klientens förändringsarbete. Om inte klienten avviker under vårdtiden erbjuds inte heller möjligheten att utvärdera vården vid utskrivning.

Av de 35 klienter som deltog i IPTRP-projektet 1997–1998 och som följdes upp efter 6 månader, hade 93 procent alkoholproblem vid inskrivning. Drygt 60 procent av dem var omedvetna/uppgivna avseende sina problem medan resterande befann sig i ett ambivalent funderande/övervägande. Vid utskrivning var fortfarande cirka 40 procent av klienterna ointresserade av förändringar ifråga om sina alkoholvanor, vilket innebär ett misslyckande av SiS uppdrag. Emellertid hade proportionen klienter, som vid inskrivning övervägde att göra något åt sina problem, krympt till knappt 10 procent. Nästan 45 procent var vid utskrivning i en förberedelsefas för förändring

och nästan 10 procent var i aktiv handling. Dessa data tyder på att enheten arbetar bättre med ambivalenta klienter än med klienter som är omedvetna eller uppgivna. Av de 26 klienter som gick att lokalisera för personlig uppföljning 6 månader senare var drygt var tredje i aktivt hanterande av missbruksfri livssituation och ytterligare cirka en fjärdedel i beslut/förberedelse. De senare hade ofta längre nyktra perioder och endast ett eller ett fåtal missbruksperioder. En minoritet var ambivalenta till fortsatt alkoholmissbruk och gruppen var i huvudsak densamma som i fundera/överväga vid utskrivningen. Drygt en tredjedel av klienterna var omedvetna/uppgivna vad gäller sitt missbruk vid uppföljningen. Även här rörde det sig ofta om samma personer som var i denna fas vid utskrivning.

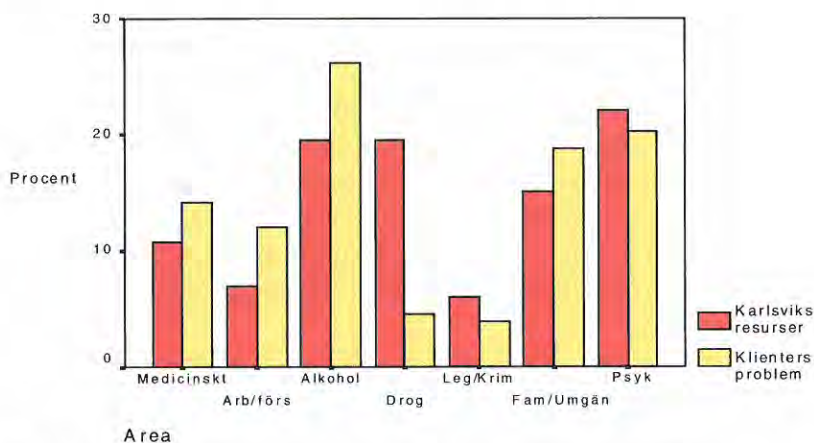
För klienter som var omedvetna/uppgivna om sitt missbruk vid inskrivning (65% av klienterna med personlig uppföljning) sattes generellt målet att vid utskrivning fundera/överväga förändringar avseende problembeteendet (motivation till förändring via behandling). I två av ärendena inriktades målet mot beslut/förberedelse kring att omsätta nyvunna intentioner i konkret problembearbetning. Vid utskrivning var måloppfyllelse i termer av fasförflyttning uppnådd i 40 procent av de aktuella fallen med alkoholproblem.

Trettiofem procent av klienterna var redan i fundera/överväga vid inskrivningsintervjun. I samtliga fall sattes som mål beslut/förberedelse. Fasförflyttning i positiv riktning uppnåddes i 7 av 8 ärenden. Bland klienter som fortfarande befann sig i fasen omedveten/uppgiven vid utskrivning var situationen oförändrad i samtliga fall utom ett vid det första uppföljningstillfället sex månader efter utskrivning. I de ärenden där viss intentionsförändring (2) eller konkreta beslut kring förändring (3–4) förelåg inför utskrivning (12 av 20) uppmättes ett positivt 6-månaders utfall, mätt med konsolidering av utskrivningsfas eller ytterligare fasförflyttning hos 10 av 12. I hela materialet uppmättes ett positivt 6-månaders behandlingsutfall för alkoholanvändning i hälften av ärendena. Av dessa hade 6 av 10 varit helnyktra under uppföljningstiden (30% av hela gruppen).

Gruppen följdes upp på nytt tre år efter utskrivning. Bland 10 klienter med framgångsrikt 6-månadersutfall uppmättes ett positivt utfall (faskonsolidering eller fasförflyttning) i fem av fallen, där samtliga varit nyktra sedan minst 6 månader och två varit helnyktra under hela treårsperioden. Totalt uppmättes ett positivt utfall i förhållande till inskrivningsdata i hälften av fallen och i förhållande till utskrivningsdata hos fyra klienter. Ingen av de klienter som deltog i 6-månadersuppföljningen hade avlidit fram till det andra uppföljningstillfället.

De IPTRP-deltagande Karlsviksklienterna genomgick det sedan länge använda testbatteriet, kompletterat med ASI och MAPS-in, MAPS-ut och MAPS-upp. Problemprofilerna för klienterna hade en tyngdpunkt på områdena alkoholanvändning, familj och umgänge, samt psykisk hälsa som upptog 67 procent av den totala problemtyngden inom samtliga ASI-områdena (figur 21). Narkotikaanvändning och kriminalitet stod för de minst problemtyngda områdena, med endast knappt en tiondel

av gruppens totala problemfördelning. Även om klientgruppen vid tidpunkten för studien var mycket olik den som tidigare varit aktuell, visar problemfördelningen likväl stora likheter, d v s en målgrupp med alkoholberoende, psykiatrisk sidoproblematik och sociala problem. Det som huvudsakligen skiljer IPTRP-gruppen från klientgruppen 1990–93 är att de förstnämnda tenderade att vara förhållandevis friska somatiskt och utan större försörjningsproblem.



Figur 21. IPTRP-klienterna fördelade efter problem och Karlsviks insatser

8 Konsolidering av testbatteri och utredningsinstrument med ökad integration i behandlingspersonalen

Erfarenheter från såväl klinisk verksamhet som större vetenskapliga studier pekar på att mätningar, intervjuer, etc har en terapeutisk effekt. Därför ansågs det viktigt att öka integrationen mellan utredningsinstrument och behandlare närmast klienten som upprättar vårdplanerna tillsammans med klienten och socialtjänsten.

Allt fler bedömningsinstrument började på Karlsvik utföras av specialutbildad behandlingspersonal. Detta var en följd av deltagandet i det europeiska samarbetsprojektet, som innebar införsel av Addiction Severity Index, Coping Scills-utredning och den för behandlingspersonalen ofta mycket frustrerande lanseringen av ett nytt instrument (MAPS) som under åren 1996–2000 var i kontinuerlig utveckling och förändring. Till utvecklingsarbetets tillväxttakt bidrog ett tilltagande intresse för användning av testmetoder från behandlingspersonalen (tabell 13).

Under 1997–1999 genomfördes följande insatser i *Forskning och behandling i samverkan*

- ASI-utbildning av 5 socialsekreterare genomfördes 1997. Den kompletterande brottslighetsmodulen till ASI, utvecklad på uppdrag av Kriminalvårdsstyrelsens planeringsenhet och utprovad på Karlsvik (Sallmén, Öberg & Kaplan, opublicerat manuskript) har vid behov använts för fördjupad utredning av kriminell livsstil och risk- och skyddsfaktorer i psykologisk konstitution och socialt nätverk.
- Behandlingspersonalen har genom förtrogenhetskunskap länge förstått att återfall vid återkomst till enheten kan användas konstruktivt i motivationsarbete och framtidsplanering. Den semistrukturerade intervjun utifrån RCQ är så manualbaserad och känsloneutral att den av klienten oftast inte betraktas som ett moraliserande hot. Metoden har framgångsrikt integrerats under åren 1998–2000.
- Ett annat instrument som med fördel kan användas direkt i behandlingsarbetet är Alkoholvaneinventoriet. En utbildningsinsats för metoden genomfördes 1998.
- Utbildning i psykiatrisk samsjuklighet och i att använda SCID har genomförts.

I tabell 13 presenteras de instrument som efter ett decenniums erfarenheter vid enheten utkristalliserat sig som mest lämpliga för behovsutredning, behandlingsplanering och intern/extern kommunikation.

Ett intressant moment i institutionell vårdutövning är att vårdgivare ofta är förhållandevis stabila över tid och deras resurser är relativt konstanta, medan klientgrupper

kan växla både oförutsett och hastigt. Under den tidsperiod som denna rapport berör har organisationen tvingats skifta fokus från socialt utslagna medelålders alkoholmissbrukare från ett och samma storstadsområde, via socialt integrerade och yrkesutövande blandmissbrukare från hela landet, till yngre narkomaner. I skrivande stund har de första klienterna födda på 1980-talet börjat bli aktuella vid enheten. Fokus har skiftats mot gruppssamtal, individuella stödsamtal, föreläsningar och utredningsrutiner men samtidigt har personalgruppen föråldrats och utbudet av aktiviteter varit relativt oförändrat. Att förvänta sig att en likartad organisation skall vara lika kompetent att bedriva adekvat vård av olika målgrupper med olika vårdbehov vore naivt. Detta gör att metoder för att granska resurser i förhållande till klientens behov är extra viktiga, eftersom det kan ge indikationer på *varför* vårdinsatser inte är framgångsrika, och möjliggör – åtminstone i teorin – kompensatoriska organisationsförändringar och resurssatsningar.

Tabell 13. Testbatteri i Karlsviks reguljära verksamhet efter 1997

Instrument	Inskrivning	Utskrivning
Multidimensionell probleminventering (ASI)	X (utförd av behandlingspersonal)	X
ASI Feedback Form (AFF)	X (utförd av handlingspersonal)	
Motivation till förändring (MAPS)	X (utförd av behandlingspersonal)	
Psykiatrisk diagnos (SCID)	X (delvis utförd av behandlingspersonal)	
Symptom Checklist (SCL-90)	X	
Psykiatrisk självutvärdering (PSEB)	X	
Psykosocial funktion (GAF)	X	
Social funktion/tillhörighet (DTES)	X	
Locus of control (Rotter)	X	
Kognitiv funktion (DS-batteriet)	X	
Försvarsmekanismer (MCT)	X	X
Upplevelser av tvång (Eriksson-Westrin)	X	
Problemdrickande (PDS)	X	
Missbruksmönster (AVI)	X (delvis utförd av behandlingspersonal)	
Social anamnes	X	
Missbruksanamnes	X	
Psykiatrisk anamnes	X	
Somatisk anamnes	X	
"Vid-behovs-instrument"		
RCQ- Återfallsanalys	X (utförd av behandlingspersonal)	
ASI – Brottslighetsmodul	X	
ASI – Modul för spelberoende	X	
NetMAPS (nätverksinstrument)	X	

Klientgruppen 1998–2000 genomgick även DS-batteriet för skattning av kognitiv funktion. I enlighet med tidigare grupper uppvisades en kognitiv profil med tyngdpunkt på logiskt-induktiv förmåga som fortfarande hävdar sig mycket väl i jämförelser med normalgrupper. Två nya trender har dock utkristalliserat sig. Den yngre klientgruppen (födda efter 1965) presterar något lägre på verbal rörlighet än tidigare Karlsviksklienter och indikationer på hjärnskador har ökat i den äldre klientgruppen, födda före 1955, till att omfatta hela 20 procent. En förklaring till ökningen kan vara att klientgruppens åldersspridning ökat, d v s fler yngre klienter, men även fler äldre, där tidigare 40-åringar ersatts av 20- och 60-åringar.

Tabell 14. SRB-värden, 1998–2000-års klientgrupp

Medelvärden, SRB	Män (n=92)
Verbal rörlighet	4.4 (SD 1.72)
Logiskt-induktiv	6.3 (SD 1.55)
Spatial (Kohs' Block)	4.8 (SD 2.52)

Efter projektet *Forskning och behandling i samverkan* integrerades utredningsarbetet i den reguljära verksamheten så att både behandlingspersonal och klienter hade möjlighet att utnyttja tillgängliga resurser efter behov. Demensutredningar och pensionsutredningar har ökat (tabell 15). Under senare tid har socialtjänsten ibland haft detta som ett explicit vårdplansönskemål. Samarbetet med socialtjänsten har delvis förbättrats genom att sektorsövergripande utredningsinstrument som ASI och MAPS har använts. Förutom ökat samarbete med kommuner som använder likartad utredningsmetodik utgörs en annan trend av det intresse för professionella utredningsrutiner som under senare år växt fram inom både SiS och Kriminalvårdsstyrelsen. När studierna inleddes på Karlsvik var psykiatrisk diagnostik i LVM-vården både diskuterad och unik på Karlsvik. Runnagården var den första enhet som såg vinster med dessa insatser. SCID-utbildningar sattes där igång under hösten 1995. Därefter har representanter för ytterligare 4 LVM-hem med varierande framgång lyckats integrera utbildning i verksamheten.

Tabell 15. Konkreta insatser som resultat av deltagandet i utredningsarbete, 1998–2000

Insats	(totalt n=92)
Stödkontakt på klientens initiativ	35%
Utredning som underlag för psykofarmakologiska insatser	31%
Samtalskontakt på öppenvårdsbasis efter utskrivning	11%
Intyg/utlåtanden för finansiering av eftervård	10%
Demensutredning	20%
Intyg/utlåtanden för förlängt bistånd	13%
Del av personutredning	4%
Del av pensionsutredning	10%

Även klienter i den aktuella klientgruppen deltar antingen på eget initiativ eller efter erbjudande i strukturerad psykiatrisk diagnostik utifrån SCID för DSM-IV. Kluster A-störningarna ligger på likvärdig nivå i förhållande till klientgruppen 1994–97, d v s signifikant lägre än i klientgruppen 1990–1993. Störst skillnad består i ökningen av blandberoende. Upplevelser av felaktig tvångsutövning har förändrats under senare år. Trenden att se tvånget i sig som huvudsakligt upphov till kränkning består (32%) men återigen har rapporter om inlåsning blivit allt vanligare (27%). Lagstiftningen som sådan, tvånget i sig och förnedrande ingripanden före ankomst till enheten rapporteras av drygt 70 procent av klienterna som har både bostad, arbete och partnerrelation.

Tabell 16. Psykiatrisk samsjuklighet, DSM-IV bland 92 Karlsviksklienter, 1998–2000

Diagnostyp	Prevalens
Affektiva syndrom	43%
Ängestsyndrom	34%
Psykoser	13%
Blandberoende	63%**
Kluster A	11%
Kluster B	29%
Kluster C	27%
<i>Samsjuklighet totalt</i>	80%

Gruppen 1998–2000 har inte genomgått någon systematisk personlig uppföljning. Klienterna från IPTRP-projektet har vid två tillfällen följts upp men i övrigt baserar sig kunskaperna på personligt eftervårdskontakt, återinskrivning vid enheten eller vårdtillfälle vid Alkohol- och Narkotikakliniken, universitetssjukhuset MAS, samt registerdata över dödlighet. Bland de 92 klienter som deltagit i utredningsinsatser de senaste tre åren har i skrivande stund 10 dödsfall kommit till författarens kännedom, vilket motsvarar 11 procent av klientgruppen. Detta är en ökning jämfört med klientgruppen 1994–97 (5%) men lägre än i den först undersökta gruppen (21%). Dödligheten hade även nu samband med social utslagning, 4 av de 10 var bostadslösa och samtliga saknade sysselsättning och stabil partnerrelation. Till skillnad från 1990–93-års klientgrupp, där s k kluster B-personlighetsstörningar var associerade med högre överlevnad 18 månader senare, var trenden nu den motsatta. 5 av de 10 avlidna klienterna uppfyllde DSM-IV-kriterierna för en kluster B-diagnos (jämfört med 29% av den totala klientgruppen under samma tid). Skattningsvärde på GAF-skalan utgjorde i detta material inget prediktionsmått på dödlighet förutom att ingen klient med ett GAF-värde över 75 har avlidit. Ett skäl till den lägre dödligheten bland de med lägst psykosocial funktionsnivå (<55) kan vara att man med större framgång än tidigare lyckats hitta långsiktiga eftervårdsalternativ, som gruppboende, sjukhem, etc.

Utvecklingsprojekt kring MAPS

Strukturerad behandlingsplanering, 2000: Systematisk datainsamling, behovsutredning, beteendeanalys och beteendeprediktion förbättrar verksamhetsplaneringen. Vid Karlsvik integrerades utredning och bedömning som ett underlag för systematisk behandlingsplanering redan under utvecklingsprojektet *Forskning och behandling i samverkan, 1994–1997*. Ett problem med klientbedömningar vid Karlsvik under hela 1990-talet var dock att utredningen beskrev ett tillstånd som gällde i början av klientens vårdtid. Även om kognitiv kapacitet, psykiatrisk diagnos, etc är någorlunda stabila över tid gav utredningen en ögonblicksbild av klienten och blev alltmer missvisande ju längre vården fortgick. Processmått, som livskvalitet, vårdförtroende och depression hade tidigare visat sig förändras och ett av grundantagandena i utvecklingen av MAPS var just behovet av kontinuerliga mätningar. Projektansökan avseende strukturerad behandlingsplanering utifrån MAPS baserades på erfarenheter som delvis hämtats från tidigare projekt. Metoden är klientcentrerad och baseras på följande utgångspunkter:



Figur 22. Komponenter för strukturerad behandlingsplanering utifrån ASI/MAPS (Öberg & Sallmén, 1999)

1. Att se klienten

Metodiken baseras på att utifrån strukturerad utredning och bedömning tillsammans med klienten nå en samsyn avseende den problematik som har föranlett vistelsen på LVM-hemmet. Problembilden baseras på en sammanfattning av ASI-intervjun och dess klient- och intervjuarskattningar. Dessa summeras i ASI Feedback Form och utgör underlaget för ett första återföringsmöte och för remittering till ytterligare bedömningar om det i intervjun bedöms vara lämpligt. Under projektåret samlades ett 30-tal inskrivningsintervjuer in och dokumenterades via inmatningsprogram för ASI Feedback Form och Behandlingsplan.

2. Att möta klienten

Ett effektivt motivationsarbete bygger på att möta klienten där han befinner sig i sin förändringsprocess. Prochaska och DiClementes modell för förändring presenterar en möjlighet att beskriva var klienten befinner sig i denna process. Genom att använ-

da instrumentet CHANGE i projektet tillhandahölls möjlighet att fastställa förändringsfas, vilket gör det möjligt att möta klienten i rätt fas (fasspecifik intervention) och därigenom underlätta vidare samarbete. Fastställandet av fas lades till det tidigare insamlade underlaget och utgjorde grund för ett möte avseende behandlingsmål med klient och socialtjänsten. Olika sätt att dokumentera uppgifterna har utvecklats och på Karlsvik bedömdes det vara värdefullt att låta enhetens behandlingsplaner ligga i SiS klientadministrationssystem KIA, länkat till varje klients övriga journaluppgifter.

3. Att följa klienten

Karlsvik började under projektåret att producera betydligt bättre strukturerade behandlingsplaner än tidigare. Eftersom en projekttid på 12 månader i bästa fall erbjuder möjligheter att börja utprova nya arbetssätt har institutionen även efter projektavslutet fortsatt att arbeta efter denna metodik. Behandlingsplaneringen baserades på en konsekutiv uppföljning av klientens förändringsfas inom olika problemområden, och LVM-hemmet utgör endast en begränsad del av en rehabiliteringsprocess. En ny fas infördes; att lämna klienten.

Strukturerad utskrivningsplanering, 2001: Karlsviksstudierna har under alla år visat att eftervårdsvillkoren är avgörande för hur det går för den enskilde klienten efter utskrivning. Därför har ett fortsättningsprojekt till *Strukturerad behandlingsplanering* initierats. Där behandlingsplaneringsprojektet var inriktat på att utifrån ASI och MAPS kunna fokusera befintliga resurser och insatsprioriteringar fasspecifikt, och att dokumentera behandlingsplanering på ett systematiskt och kommunicerbart sätt, syftar projektet för utskrivningsplanering till att summera gjorda insatser, måluppfyllelse vad gäller vården, samt att ge en utskrivningsstatus som underlättar vårdkedjan genom att peka på behov som föreligger vid utskrivning. Detta bokslut formuleras utifrån area, fas och personliga förutsättningar på ett systematiskt och kommunicerbart sätt i syfte att underlätta besluten om fortsatta insatser för den vårdgivare som tar över ansvaret för klienten.

Med hjälp av olika stödorgan, däribland SiS, har ett instrument kunnat utvecklas, utprovas och utvärderas vid några LVM-enheter. Utvecklingsprojekten kring MAPS har bidragit till de erfarenheter som fört instrumentutvecklingen framåt.

9 Sammanfattning och avslutande kommentarer

Förändringarna under 1990-talet

Under de år som berörs i denna rapport har både samhället, den offentliga vårdsektorn, attityderna till missbruksproblem och Karlsvik LVM-hem genomgått avsevärda förändringar. Missbrukarvården i Sverige har bantats kraftigt, hälften av LVM-hemmen har försvunnit, liksom en generation socialt utslagna missbrukare. Kunskapsutvecklingen har gjort psykiatrisk samsjuklighet, vikten av konstruktiva nätverk till självklara prognostiska faktorer, medan dessa aspekter fortfarande var kontroversiella i slutet av 1980-talet. Konsensus råder i teorin om att man måste angripa flera problem simultant i en framgångsrik rehabiliteringsprocess, medan samhällets vårdorganisation fortfarande inte fungerar i enlighet med detta. Karlsvik LVM-hem har halverats i omfattning och har genomgått en i många avseenden smärtsam syntes med nedlagda granninstitutionen Holma.

Tillämpningen av LVM-lagen har gradvis förändrats. Omedelbar risk för eget eller närståendes liv krävs nu ofta för att samhället skall intervenera. Majoriteten av dagens LVM-ärenden börjar som omedelbara omhändertaganden enligt 13 § LVM. LVM-lagens intention är att ett omedelbart omhändertagande i normalfallet skall övergå i fortsatt vård. Socialtjänsten tenderar att allt oftare låta lagen tjänstgöra som en akutåtgärd och avstår från att ansöka om fortsatt vård.

Tabell 17. Personalstyrka och antalet platser vid Karlsvik LVM-hem 1990–2000

Kapacitet	Personal	Klienter
2000	30	20
1998	29	20
1996	29	23
1994	38	37
1992	38	41
1990	38	41

Den förbättrade ration mellan personal och klienter på Karlsvik utgörs huvudsakligen av drifts- och ekonomipersonal. Klientgruppen på Karlsvik har (grovt räknat) genomgått en förskjutning från socialt utslagna storstadsalkoholister, via en blandmissbrukande medelklassgrupp från hela landet till yngre narkotikamissbrukare – som sällan lyckats etablera en social vuxenidentitet – och äldre och kognitivt reducerade klienter (tabell 18).

Tabell 18. Sociala karaktäristika i tre studerade grupper vid Karlsvik, 1990–2000

	Klientgrupp 1990–1993	Klientgrupp 1994–1997	Klientgrupp 1998–2000
Stabil boendesituation	36%	72%	54%
Stabil partnerrelation (> 6 mån)	14%	42%	27%
Strukturerad sysselsättning (<3 tim/dag)	9%	40%	25%
Utbildning < 10 år	12%	48%	32%
Tidigare straffad	39%	22%	46%

Rapporten berör knappt 350 klienter som medverkat i utredningsarbete och forsknings- eller utvecklingsprojekt under tiden 1990–2000. Cirka hälften av dem har genomgått minst en personlig uppföljning. De tre klientgrupperna förenas i ett allvarligt missbruk och oftast i en flerdimensionell problematik. I övrigt har de förändrats i de flesta sociodemografiska avseenden. Därmed borde man kunna förvänta sig skillnader mellan gruppernas egenskaper. Ändå gäller många slutsatser i lika hög grad samtliga grupper:

- Sociala faktorer är avgörande för utfall, oavsett framgångsrik vård eller hur stark motivation till förändring klienten visat.
- Psykiatrisk samsjuklighet föreligger i stort sett i samma utsträckning oavsett ålder, kön, samhällsklass eller drogpreferens. Sjuklighetens art skiljer sig dock åt.
- Kombinationsinsatser är avgörande för positiv prognos. Vågar man inte gå ut på grund av ångest eller vanföreställningar påverkar inte boendet drogkonsumtionen. Om man sover på en snöig parkbänk spelar på samma sätt inte en adekvat farmakologisk intervention någon större roll för överlevnad eller konsumtionsmängd.
- Även om sociala stabilitetsmått predicerade överlevnad i samtliga grupper, var dödligheten betydligt högre än den förväntade för hela materialet. Ålder, kön, missbrukets allvarlighetsgrad eller drogpreferens var orelaterade till överlevnad efter utskrivning.
- Dödligheten var som störst året efter utskrivning. Därefter närmar den sig den förväntade i relation till normalgrupper.
- Upplevelser av negativt tvång eller integritetskränkningar rapporteras av majoriteten av LVM-vårdade klienter, men också av frivilligt vårdade klienter. Det kan delvis bero på att det ställs större krav på frivilligt vårdade, eftersom disciplinär utskrivning kan bli konsekvensen av allvarligare regelbrott. Den höga rapporteringen av negativt upplevt tvång och integritetskränkningar bör sannolikt betraktas utifrån ett vidare perspektiv. De flesta som legat på sjukhus vet att många aspekter av den dagliga verksamheten sker regelmässigt och utan hänsyn till individuella skillnader i behov av integritet.

- Majoriteten av LVM-vårdade klienter, oavsett drogpreferens eller social bakgrund, är medvetna om sitt missbruk och att det utgör både ett socialt och ett personligt problem. Att LVM uppfattas som ett obefogat övergrepp beror oftast på upplevelsen att samhället inte har rätt att göra intrång på individens rätt att ägna sig åt icke-kriminella handlingar.

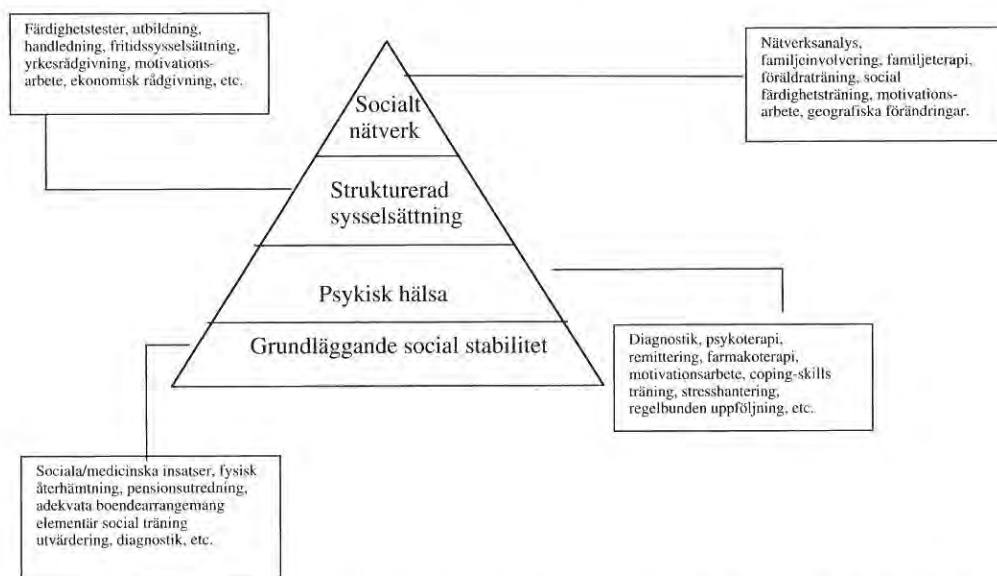
Det förelåg också vissa skillnader mellan grupperna:

- Efter 1994 har det skett en förskjutning i rapporterna av negativt upplevt tvång och arten av integritetskränkningar. I den första studien rapporterades aspekter som inläsning, genomgång av väskor och kläder, etc som de mest smärtsamma. Därefter har det skett en förskjutning mot mer abstrakta övergrepp; LVM-lagstiftningen i sig, ovisshet om utskrivningsdatum och bristfällig information om de juridiska konsekvenserna av fortsatt missbruk. Dessa skillnader förklarades tidigare av de stora sociala skillnaderna mellan de tvångsvårdade undergrupperna. Klientgruppen är nu mer heterogen än tidigare och består av både socialt integrerade och utslagna klienter. Testresultaten visar i nästan samma utsträckning som tidigare att kränkningarnas natur i första hand är relaterad till sociala faktorer.
- Indikationer på ospecificerade tecken på kognitiv dysfunktion är signifikant högre i klientgruppen 1998–2000 än tidigare. En förklaring kan vara att åldersspridningen ökat. Den ökade andelen klienter med kognitiv dysfunktion kan delvis förklaras av att den stora befolkningsgrupp som föddes på 1940-talet utgör en betydande andel av landets missbrukare och att dessa nu börjar lida av olika demenssjukdomar.
- Under de första 7 år som berörs vårdades både män och kvinnor vid Karlsvik. Trots likheter i psykiatrisk samsjuklighet, social bakgrund och utbildning förelåg två signifikanta skillnader mellan könen. Männen presterade högre på kognitiva funktionstester och kvinnorna upplevde LVM-vården som mer kränkande. En hypotetisk förklaring till det första fyndet kan vara, att kvinnor med missbruksproblem faktiskt i högre utsträckning än män vårdas inom psykiatri och att kvinnor som blir föremål för LVM-vård är en speciellt utslagen grupp. En möjlig förklaring till det andra fyndet är att kvinnliga klienter med beroendesyndrom i mycket hög utsträckning har utsatts för maktmissbruk och olika former av övergrepp. Även om vissa resultat pekat på att även manliga LVM-klienter ofta varit föremål för sexuella övergrepp, torde det finnas högre prevalens av detta bland kvinnor.

Utfallsvariabler i sammanfattning

Att missbrukarvården lever sitt eget liv med begränsad kunskapsöverföring till – och samverkan med – andra aktörer, som oftast utgör en lika viktig del i det individuella rehabiliteringsarbetet börjar alltmer kritiseras och, i takt med den fortgående kun-

skapsutvecklingen överbryggas åtminstone i begränsad omfattning. Nedanstående utfallshierarki utgör en hypotetisk modell för prioriteringsordningar och olika insatser betydelse vid olika tillfällen och omständigheter för den enskilde klienten.



Figur 23. Utfallsmodell för faktorer som bestämmer eftervårdsresultat för klienter i Karlsvikstudierna, 1990–2000

Modellen presenterades som en övergripande slutsats från de två första Karlsviksprojekten och har fått stöd i större amerikanska studier, där t ex McLellans grupp konstaterat att problemskattningarna inom områdena psykisk hälsa, arbete/försörjning och familj/umgänge varit de viktigaste prediktorerna för alkoholanvändning och narkotikaanvändning vid uppföljningar med ASI. Karlsviksstudierna har visat att enbart psykiatriska insatser i ett socialt vakuum inte ger effekt. Emellertid ger några månaders drogfrihet på institution nödvändiga förutsättningar för tidskrävande insatser såsom anskaffande av lämpligt boende, återskapande av förtroende i partnerrelation, etc.

Eftersom lagen inte ger några direktiv kring inriktning och de arbetsuppgifter som krävs för att uppfylla dess intentioner, föreslås att verksamheten genom nyanställningar och utbildningsinsatser medvetet styrs mot utredningsmetodisk kompetens, fördjupade kunskaper i både psykiatriska, farmakologiska och terapeutiska metoder vilket kan bidra till att optimera de unika möjligheter som ett LVM-hem faktiskt har.

LVM-hemmet och samhället

Det råder idag olika uppfattningar om LVM-vårdens roll i missbrukarvården, varav en del är baserade på okunskap som att LVM-vård är ett behandlingsmässigt slut-

mål i sig, att vården handlar om 6 månaders institutionsvård; att LVM-klienters missbruk är allvarigare än andra missbrukargrupper; att psykisk störning är en underordnad och sekundär företeelse om den över huvud taget existerar; att tvångsvård är "farligare" än andra vårdformer; att klienter efter avslutad vård skall uppvisa ett minskat missbruk, oavsett eftervårdsvillkor; att behandlingsprogram A är bättre än behandlingsprogram B, eller att behandlingsprogram B är bättre än behandlingsprogram A.

Så länge både vårdköpare (i första hand socialtjänsten), vårddebattörer, övriga vårdaktörer (psykiatri, försäkringskassa och socialtjänst), enhetspersonal, klienterna och klienternas anhöriga företräder olika synsätt, kommer vårdkedjeglapp, socialpolitiska, ideologiska motsättningar och bristfälliga kunskaper om både lagen och dess möjligheter, att inverka negativt på de kliniska effekterna av vårdformen. Ett effektivt utnyttjande av den tid LVM-vården omfattar bör självfallet innebära att man baserar vården på en grundläggande behovsbedömning.

I den första undersökningsgruppen som presenterats här hade nästan tre fjärdedelar en funktionsnedsättande psykiatrisk tilläggsdiagnos. Trots en flerårig, hög vårdkonsumtion var majoriteten av dem odiagnosticerade. Detta behöver inte med nödvändighet innebära att psykiatrin misslyckats med sitt uppdrag. För en seriös psykiatrisk bedömning och för undersökning av eventuell kognitiv dysfunktion krävs först flera veckors drogfrihet, något som många psykiskt sjuka missbrukare i öppenvård sällan eller aldrig lyckats prestera. Den vanligast förekommande tilläggsdiagnosen bland klienter med beroendeproblematik utgörs av affektiva syndrom, där depression och nedstämdhet dominerar. I öppna vårdformer är insättandet av SSRI-preparat, den nya generationens antidepressiva på de mest psykiatriskt och socialt utslagna missbrukarna sällan att rekommendera. Vid depression ökar både återfallsrisken och suicidrisken under insättningsskedet av medicinen. Om den tidsperiod som en LVM-klient spenderar på en SiS-institution i högre utsträckning kunde fokuseras på just utredning, bedömning och introduktion av adekvata terapeutiska eller farmakologiska insatser, skulle sannolikt både individ och samhälle erhålla vinster. LVM utgör ett unikt tillfälle för diagnostik, utprovanDET av olika former av medicinering och påbörjandet av kurativa eftervårdsinsatser (samtalskontakter, etc).

Nyare litteratur talar om att introducera insatser, inte bara om utan när de är mest lämpliga (fassocific intervention). Detta förutsätter samverkan mellan de insatsgivare som tillsammans representerar klientens totala rehabilitering. Sannolikt tjänar utslagna och hemlösa klienter på receptutskriften och nödvändig medicinering, men sannolikheten att medicineringen kommer att skötas är mycket liten. Det förutsätts simultaninsatser vad gäller adekvat boende (som ofta inte är en egen lägenhet). Medicineringen kan emellertid utgöra den utslagsgivande variabeln för huruvida klienten klarar detta boende. Bristen av vattentäta skott mellan olika insatser/aktörer medför inte bara personliga tragedier för de drabbade utan också en oacceptabel misshushållning med offentliga medel.

Forskningens syften och vägval

SiS bedriver ett ambitiöst forsknings- och utvecklingsarbete. För drygt 300 LVM-platser har det under de senaste åren gjorts stora satsningar för att öka kunskapen om missbrukargrupper och för att förbättra villkoren och kvaliteten i vården. Detta kan jämföras med kriminalvården som med tiofalt fler platser med likartade klientgrupper årligen anslår cirka 5 miljoner kronor för forskning. En fördel med en statlig myndighet som finansierar forskning och klinisk utprovning och utveckling av nya metoder, är att man förblir intressant för ledande områdesexperter inom universitet och högskola. Svenska LVM-klienter har sannolikt deltagit i fler vetenskapliga studier per person än missbruksgrupper någon annanstans i världen. Närheten till den akademiska världen i ett litet land som Sverige har dock inneburit faror som sannolikt i högre utsträckning bör beaktas i framtiden. Ideologiska traditioner, teoretiska skolor, personliga motsättningar och socialpolitiska utspel kan innebära risker för forskningsmässig "inavel". Svensk LVM-forskning bör bibehålla ett oberoende fokus, och den erbjuder unika möjligheter härvid, då SiS, till skillnad från universitetsvärlden är en i alla avseenden kliniskt fokuserad organisation. Organisationen är dessutom platt med en majoritet av dess företrädare kliniskt verksamma.

En av de viktigaste slutsatserna från studierna vid Karlsvik handlar om *nyttoperspektivet* och *uthållighet* som grund för framgångsrik implementation. Om nya rön, metoder och utveckling över huvud taget skall kunna få fotfäste i den kliniska verkligheten utgör båda dessa kriterier absoluta konstanter. Tidsavgränsade forskningsprojekt med externa forskare kan i bästa fall producera en rapport, artikel eller konferenspresentation. Även om forskaren upplever att detta är tillfyllest kan utvecklingsarbete i allmänhet ta skada genom att projektet bidragit till att cementera fördomar om behandlingsforskningens totala frikoppling från den verklighet som både vårdproducenter och vårdkonsumenter tvingas leva i. Att implementera och integrera nya tankar i en organisation tar inte bara tid, det tar alltid mer tid än vad man beräknade från början. En anledning till att utvecklingsprojektet *Forskning och behandling i samverkan* kan sägas vara framgångsrikt, i det att det 5 år efter projektets avslut fortfarande är en del av den praktiska vardagen vid ett LVM-hem, är att projektet erhöll finansiering under tre år. Senare utvecklingsprojekt, exempelvis *Strukturerad behandlingsplanering* med finansiering under 12 månader skördar sina konkreta resultat först något år efter det officiella projektavslutet. Detta beror på att berörda projektledare fortfarande är aktiva inom myndigheten på institutionsnivå.

Referenser

- Alaja, R., Tienari, P., Seppä, K., Tuomisto, M., Leppävuori, A., Huyse, F. J., Herzog, T., Malt, U. F., Lobo, A., and the European Consultation-Liaison Workgroup (1999) Patterns of comorbidity in relation to functioning (GAF) among general hospital psychiatric referrals. *Acta Psychiatr. Scand.*, 99, 135–140.
- AlkL Alkoholistlagen (1913).
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, D. C., APA.
- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B.-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U. Zingmark, D. & Tengvald, K. (1999) *ASI en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. Feedback Form (AFF), Blankett (Öberg, D. & Sallmén, B.). Stockholm: Socialstyrelsen, CUS.
- Berglund, M. (1988) Alcoholics committed to treatment: A prospective long-term study of behavioral characteristics, mortality and social adjustment. *Alc. Clin. Exp. Res.*, 12, 19–24.
- Berglund, M., Bergman, H. & Swenelius, T. (1988) The Swedish alcohol use inventory (AVI), a self-report inventory for differentiated diagnosis in alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, 23, 173–178.
- Bergman, H. (1984) Brain dysfunction related to alcoholism – Some results from the KARTRAD project. In Parsons, O. A. & Nathan, P. E. (Eds) *Neuropsychology of Alcoholism, Implications for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 21–44.
- Bergman, H. & Källmén, H. (2000) Befolkningens alkoholvanor enligt AUDIT-testet: Sänkt gränsvärde fördubblade andelen kvinnor med riskabla alkoholvanor. *Läkartidningen*, 97, 2078–2084.
- Bergmark, Å. (1994a) *Institutionsvård av Missbrukare. En Studie av Älvgårdens behandlingshem*. Institutionen för socialt arbete, Stockholms universitet.
- Bergmark, Å. (1994b) Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare. *Soc. Med. Tidskr.*, 10, 474–479.
- Bjerver, K. (1972) An evaluation of compulsive treatment programs for alcoholic patients in Stockholm with particular reference to longitudinal development, epidemiological aspects and patient morbidity. *Opuscula Medica*, Suppl. 25.
- Blanken P., Hendricks V., Fahrner E. M., Gsellhofer B., Kufner H., Hartgers C., Kokkevi A., Pozzi G., Tempesta E., Uchtenhagen, A. (1995) EuropASI Adattamento Europeo dello Addiction Severity Index, *Boll. Farmacodip. e Alcolis*, XVIII, 2, 7–45.
- Broekart, E., Haack, M. J., Sallmén, B., Segraeus, V., Soye, V., Wilson, J. & Öberg,

- D. (2003) Implementation of instruments in therapeutic communities – The early qualitative impressions of the BIOMEDI/IPTRP-project. *European Addiction Research*, 8, 201–203.
- Brown, S. A. & Schuckit, M. A. (1988) Changes in depression among abstinent alcoholics. *J. Stud. Alcohol*, 49, 412–417.
- Carbonari, J. P. & DiClemente, C. C. (2000) Using transtheoretical model profiles to differentiate levels of alcohol abstinence success, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 810–817.
- DiClemente, C. C. & Prochaska, J. O. (1998) Toward a comprehensive, transtheoretical model change: Stages of change and addictive behaviors. In Miller, W. R., and Hether, N. (Eds). *Treating Addictive Behaviors*. 2nd edition. New York: Plenum, 3–24.
- DiClemente, C. C., Carbonari, J. C., Daniels, J. W., Donovan, D., Bellino, L. E. & Neavins, T. M. (2001) Self-Efficacy as a Matching Hypothesis: Causal Chain Analysis. In Longabaugh, R. and Wirtz, P. (Eds). *Project MATCH: A priori Matching Hypotheses, Results and Mediating Mechanisms*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism Project MATCH Monograph Series, Vol. 8, 239–259. Rockville, MD: NIAAA.
- Dixon, N. F. & Lear, T. E. (1963) Electroencephalograph correlates of threshold regulation. *Nature*, 198, 870–872.
- Eriksson, K. I. & Westrin, C. G. (1995) Coercive measures in psychiatric care: Reports and reactions of patients and other people involved. *Acta Psychiatr. Scand.* 92, 225–230.
- Erikson, E. H. (1963) *Childhood and Society*. 2nd Ed. New York: W. W. Norton & Co.
- Forsberg, L., Ekman, S., Halldin, J. & Rönnerberg, S. (2003) The readiness to change questionnaire: Reliability and validity of a Swedish version and a comparison of methods of scoring. *Submitted to British J of Health Psychology*.
- Fournier, L., Mercier, C., Raynault, M. F., Ohayon, M. & Calet, M. (1993) Reaching the most destitute of the homeless: when success turns to failure. *Contemp. Drug Probl.*, Fall, 415–432.
- Franér, P. & Ågren, G. (1987) *LVM 1986 – Tvångsvård administrerat av Stockholms stad*. Stockholm: Stockholms socialförvaltning. FoU-rapport.
- Fridell, M. (1991) *Personlighet och drogmissbruk – En forskningsöversikt*. CAN, Rapport, nr. 10.
- Fridell, M. (1996) *Institutionella Behandlingsformer vid Missbruk. Organisation, Ideologi och Resultat*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Friedman, S. & Utada, A. (1989) A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument). *J. Drug Educ.*, 19, 285–312.

- Gerdner, A. (1998) *Compulsory Treatment for Alcohol Use Disorders. Clinical and Methodological Studies of Treatment Outcome*. Lund University. Thesis.
- Gerdner, A. (2004) Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier, i *Forskningsrapporter, Bilagedel till LVM-utredningens betänkande, Tvång och förändring*. SOU 2004:3, 303–414.
- Gerdner, A. & Sallmén, B. (1997) The implementation of the SCID at two residential treatment communities. Maastricht University Press, ITPRP Newsletter No. 2, 7–9.
- Gerdner, A. & Sundin, Ö. (red) (1998) *Dubbeltrubbel – Nya rön och erfarenheter i diagnos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården.
- Heider, F. (1958) *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley.
- Helzer, J. E. & Pryzbeck, T. R. (1988) The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J. Stud. Alcohol*, 49, 219–224.
- Henriksson, M. (1971) *Manual till DS-batteriet*. Stockholm: Psykologiförlaget.
- Hough, R. L., Tarke, H., Renker, V., Shields, P. & Glatstein, J. (1996) Recruitment and retention of homeless mentally ill participants in research. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 64, 881–891.
- Holsten, F. & Wahl, H. (1980) The Drug Taking Evaluation Scale. *Acta Psychiatr. Scand.*, 61, 275–305.
- Jenner, H. & Segraeus, V. (1997) *Documentation as a useful tool in the care and treatment of drug abusers – a presentation of the DOK-project*. Stockholm: National Board of Institutional Care.
- Kajandi, M., Brattlöf, L. & Söderlindh, A. (1983) *Quality of Life. Estimations of the Reliability of an Instrument Measuring Quality of Life*. Department of Psychiatry, Ulleråker Hospital, Uppsala. Report.
- Kalliopuska, M. (1982) Field dependence in alcoholics. *Psych. Reports*, 51, 963–968.
- Kaplan, C. (1999) *BiomedIII-IPTRP final report*, Maastricht: Maastricht University Press.
- Kernberg, O. (1976) *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York: Jason Aronson.
- Kessler, R. C., Crum, R. M. & Warner, L. A. (1997) Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the national comorbidity survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 313–321.
- Kohs, S. C. (1971) Kohs' Blocks design test. In: *Manual till DS-batteriet* (Manual to the DS-battery). Stockholm: Psykologiförlaget.
- Kragh, U. (1985) *The Defense Mechanism Test. DMT manual*. Stockholm: Persona.
- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM, 1981: 1243).

- Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM, 1988: 840).
- Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT: SFS 1991:1128).
- Landry, M. J. (1997) *Overview of Addiction Treatment Effectiveness*. DHHS Publication No. (SMA) 97-3133. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Lehman, A. F. & Cordray, D. S. (1993) Prevalence of alcohol, drug, and mental disorders among the homeless: one more time. *Contemp. Drug Problems*, Fall, 355-383.
- Maddux, J. F., Berliner, A. & Bates, W. F. (1971) Engaging opioid addicts in a continuum of services. *Behav. Sci. Monogr.* Fort Worth, Texas: University Press.
- Manual till DS-batteriet* (1971) Stockholm: Psykologiförlaget.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. & Argeriou, M. (1992) The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J. Subst. Abuse Treat.*, 9, 199-213.
- Miller, W. R. & Hester, R. K. (1986) Matching problem drinkers with optimal treatments. In Miller, W. R. & Heather, N. (Eds) *Treating Addictive Behaviors. Process of Change*. New York: Plenum Press.
- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. & Rychtarik, R. G. (1992) *Motivational enhancement therapy manual*. A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Rockville MD, US Dep. of Health and Human Services, NIAAA. Project MATCH Monograph Series 2.
- Mirin, S. M., Weiss, R. D. & Griffin, M. L. (1991) Psychopathology in drug abusers and their families. *Comprehensive Psychiatry*, 32(1), 36-51.
- Moos, R. H., Finney, J. W. & Cronkite, R. C. (1990) *Alcoholism Treatment – Context, Process and Outcome*. New York: Oxford University Press.
- Nilsson, L.-H., Sallmén, B., Berglund, M., Bokander, B. & Hansson, S. B. (1993) Alkoholvaneinventoriet som screening för psykisk störning. Svenska Läkaresällskapets Riksstämman, Stockholm, 1-3 december.
- NvL Nykterhetsvårdslagen (1954:579).
- Orth-Gomér, K., Wallin, B. M. & Undén, A. L. (1988) *Socialt nätverk*. Stockholm, Statens institut för psykosocial miljömedicin.
- Pescor, M. J. (1943) Follow-up study of treated narcotic drug addicts after hospitalization. *Publ. Health Report*, 78, 185-193.
- Petterson, U. (1989) *Fyra år med LVM – En uppföljning i fyra kommuner*. Socialtjänstprojektet, 12. Stockholms universitet, Socialhögskolan. Rapport i Socialt arbete, nr. 46.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992) In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *Am. Psychologist* 47, 1102-1114.
- Porter, L., Arif, A. E. & Curran, W. J. (1986) *The Law and the Treatment of Drug and Alcohol Dependent Persons*. Geneva: World Health Organisation.

- Project MATCH Research Group (1997) Project MATCH secondary a priori hypothesis. *Addiction*, 92, 1671–1698.
- Project MATCH Research Group (1997a) Matching Alcoholism Treatments to client heterogeneity: Project MATCH post-treatment Drinking Outcomes. *J. of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Robins, L. N. & Regier, D. A. (Eds) (1991) *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: Free Press.
- Ross, H. E., Glaser, F. B. & Germanson, T. (1988) The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch. Gen. Psychiatry*, 45, 1023–1031.
- Rotter, J. B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psych. Monogr. Gen. Applied*, 80, 3–28.
- Sallmén, B. & Berglund, M. (1990) *Livskvalitetsbedömning enligt Kajandis metod – Alkoholverion*. Avd. för klinisk alkoholforskning, Malmö universitetssjukhus, MAS.
- Sallmén, B., Berglund, M., Arlebrink, J., Bokander, B. & Hansson, S. B. (1996) Coercive measures and locus of control in institutionalized alcoholics. In *Proceedings, The 11th Congress on Medical Law*, Sun City, South Africa July 28 – August 1 1996.
- Sallmén, B., Nilsson, L-H. & Berglund, M. (1997) Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *Eur. Psychiatry*, 12, 329–334.
- Sallmén, B., Öberg, D., Kaplan, C., Delespaul, P. & Yates, R. (1998) The SCID Coding Sheet – A tool for condensation of the Structural Clinical Interview. Ewodor annual meeting, Stirling, Scotland, Sept. 1998. *Abstract*.
- Sallmén, B., Schlyter, F. & Öberg, D. (2003). ASI/MAPS-projektet: Forskningsresultat, slutsatser och framtida riktlinjer. *Kriminalvårdsstyrelsen, oktober 2003*.
- Sallmén, B. & Öberg, D. (2003) A validation of MAPS-CHANGE and Stage of change as outcome measure in a 6-month and a three year follow-up of compulsorily committed addicts in Sweden. 10th ICTAB conference, Heidelberg, Germany, September 2003. *Abstract* and poster session.
- Sallmén, B., Öberg, D. & Kaplan, C. (2003) The psychometric properties of ASI-Crime. *Opublicerat manuskript*.
- Sallmén, B., Hardegaard, T. & Öberg, D. (1998) *The Minnesota Coping Skills Questionnaire (MCSQ) according to Specker and Larson*. Svensk bearbetning.
- Segraeus, V., Broekart, E., Öberg, D., Sallmén, B., Soye, V., Haack, M-J. & Wilson, J. (2003) Implementing ASI and other instruments to professionalize treatment across national borders. Experiences from the IPTRP project. *J. of substance abuse*. (Forthcomming)
- Simpson, D. D., Joe, G. W. & Lehman, W. E. K. (1986) Addiction Careers: Summary of Studies Based on the DARP 12-Year Followup. National Institute on Drug

- Abuse Treatment Research Report. Washington, DC, Department of Health and Human Servs. *DHHS publ. No (ADM) 86-1420*.
- SiS (1998) *Årsrapport DOK 96. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar, 3/98.
- SiS (1999) *Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar, 1/99.
- SiS (2000) *Årsrapport DOK 98. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1998 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar, 2/00.
- SiS (2000) *Årsrapport DOK 99. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar, 4/00.
- SiS (2001) *Årsrapport DOK 00. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar, 3/01.
- SiS (2004) *Årsrapport DOK 01. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 2001 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. Stockholm: Statens institutionsstyrelse, SiS följer upp och utvecklar, 2/04.
- Smith, G. J. W. & Henriksson, M. (1955) The effect on an established percept of a perceptual process beyond awareness. *Acta Psychol.*, 2, 346–355.
- Smith, G. J. W., Johnsson, G. & Almgren, P-E. (1989) *MCT – The Meta-Contrast Technique. Manual*. 4 th edition. University of Lund.
- Smith, G. J. W. & Carlsson, I. (1987) Depressive retardation and subliminally manipulated aggressive involvement. University of Lund, Psychol. Res. Bull., XXVII, 5.
- SoL Socialtjänstlagen (1980:620) eller (2001:453).
- Spitzer, R. L., Williams, J. & Gibbon, M. (1992) Instruction manual for the structural clinical interview DSM-III-R. *Arch. Gen. Psychiatry*, 49, 629–636.
- Tännsjö, T. (1994) *Tvång i Vården*. Stockholm: Bokförlaget Thales.
- Vaillant, G. E. (1966) A twelve year follow-up of New York addicts. In The relation of treatment to outcome. *Am. J. Psychiatry* 122, 727–737.
- Vaillant, G. E. (1973) A 20-year follow-up of New York addicts. *Arch. Gen. Psychiatry* 29, 237–241.
- Vaillant, G. E. (1983) Problem Drinking Scale (PDS) In Vaillant, G. E. (Ed) *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge: Harvard University Press.
- Velicer, W. F. & Fava, U. (1998) The effects of variable and subject sampling on factor pattern recovery. *Psychological Methods*, 3, 231–251.
- World Health Organisation (1993) *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic Criteria for Research*. Geneva: WHO.

- Öberg, D., Zingmark, D. & Sallmén, B. (1998) *ASI-X*. Norrköping: Kriminalvårdsstyrelsen.
- Öberg, D., Sallmén, B., Haack, M. J. & Bergman, H. (1999) *ASI-spel*.
- Öberg, D. & Sallmén, B. (2000) The fit between client problems and unit interventions in therapeutical communities participating in the Biomed2/IPTRP-project *Abstract* and poster session, 9th ICTAB meeting, Cape Town, South Africa, September 2000.

Bilaga I

Begreppsdefinitioner DSM-IV/ICD-10

Enligt DSM-IV krävs ett maladaptivt mönster av användning under minst 12 månader, där antalet kriterier skall vara tre eller fler.

Kriterier utgörs av:

1. Tolerans, som kommer till uttryck antingen som
 - a: behov av större dos (överstigande 50%) för samma effekt; eller
 - b: påtagligt minskad effekt vid tillförsel av samma dos.
2. Abstinens, som visar sig i något av följande:
 - a: för drogen specifika symtom vid avbruten tillförsel; och/eller
 - b: samma substans (eller korstolerant substans) intas för att lindra eller undvika abstinenssymtom.
3. Intag i större mängd och/eller längre tid än vad som avsågs.
4. Det finns en varaktig önskan, eller misslyckade försök att begränsa eller kontrollera intaget.
5. Mycket tid ägnas åt att skaffa, konsumera eller återhämta sig från användningen av drogen.
6. Viktiga aktiviteter (socialt, yrkesmässigt, fritid) överges eller minskas på grund av droganvändningen.
7. Fortsatt droganvändning trots vetskap om att den troligen har orsakat eller förvärrat fysiska eller psykiska besvär av varaktig eller återkommande natur.

Ange om:

Fysiologiskt beroende; toleransökning eller abstinenssymtom (förekomst av antingen kriterium 1 eller 2)

Utan fysiologiskt beroende: varken toleransökning eller abstinenssymtom (avsaknad av både kriterium 1 och 2)

För ICD-10 beskrivs samma beroendeproblematik i termer av:

1. En stark önskan eller känsla av tvång att inta drogen.
2. Oförmåga att kontrollera handhavandet av drogen med avseende på när man börjar och slutar drogintaget, eller med avseende på drogmängden. Oförmågan visar sig i att drogen ofta tas i större mängd och över längre tid än vad som avsetts, eller i en varaktig önskan eller misslyckade försök att minska eller kontrollera intaget.

3. Fysiska abstinenssymtom, typiska för drogen, framkommer när drogintaget minskar eller upphör, alternativt användandet av samma (eller korstolerant) drog i syfte att lindra eller undvika abstinenssymtom.
4. Tolerans för drogens effekter, som visar sig i att det behövs signifikant ökad mängd av drogen för att ge berusning eller önskad effekt, eller en tydligt minskad effekt vid fortsatt användning av samma mängd av drogen.
5. Upptagenhet med droganvändande, som kommer till uttryck genom att viktiga alternativa nöjen eller intressen ges upp p g a droganvändningen, eller att en stor del av tiden ägnas åt aktiviteter nödvändiga för att skaffa, konsumera eller återhämta sig från drogeffekterna.
6. Fortsatt droganvändande, trots påtagliga bevis för skadliga konsekvenser, som individen är, eller borde vara medveten om.

Detta utgör den generella symptomatologin för beroendesjukdomar, där båda diagnossystemen i detalj även berör diagnostik av beroende och missbruk av alla kända specifika droger och substanser, samt diagnoser som uppstår till följd av missbruk. De diagnoser man i detalj avhandlar är substansrelaterade sjukdomar orsakade av alkohol, amfetamin (eller amfetaminderivat), koffein, cannabis, kokain, hallucinogener, inhalanter, nikotin, opiater, phencyclidin (eller phencyclidinderivat), andra (eller okända); sedativa, hypnotiska eller anxiolytiskt-inducerade diagnoser; substansinducerade ångest- och förstämningssyndrom, substansinducerad delirium tremens och substansinducerade demenser.

Behovsutredning och bedömningsinstrument på Karlsvik

Strukturerad klientbedömning är av vikt för vårdgivare för att bedöma olika klientkaraktäristika. Bedömningsinstrument kan beröra en enstaka dimension avseende klientens livssituation. Andra instrument berör ett spektrum av olika dimensioner. Inom såväl den vetenskapliga som den kliniska världen har de multidimensionella instrumenten fått ett allt större insteg under de senaste åren. Detta beror på kunskapen om att de flesta klienter har problem inom ett antal olika livsområden. Hur man än väljer att betrakta svensk tvångsvård av vuxna missbrukare utgör vårdtider på upp till 6 månader en unik möjlighet till nödvändiga utredningsinsatser. Många utredningsinstrument kräver en längre tids drogfrihet för att seriöst kunna användas varför många LVM-klienter med mångårig missbruksproblematik aldrig har genomgått tillräcklig behovsutredning för att kunna erbjudas optimala individuella behandlingsinsatser. Ett exempel kan utgöras av den klientgrupp som deltog i forskningsprojektet *Nya Karlsvik – Ett försök att använda tvång terapeutiskt*. Majoriteten av de deltagande klienterna var kända inom psykiatrin före det första vårdtillfället för missbruksproblem, vilket i sin tur ofta låg ett par decennier tillbaka i tiden. Trots långvarig och intensiv behandlingshistoria var 72 procent av klienter med psykiatrisk tilläggsdiagnos inte diagnostiserade vad gäller psykiatrisk samsjuklighet före

projektdeltagandet. Av dem som tidigare erhållit en psykiatrisk tilläggsdiagnos var de flesta diagnostiserade genom klinisk bedömning under pågående abstinensfas. Klienternas drogfrihetsperioder har oftast varit alltför kortvariga för både psykiatrisk diagnostik, försvarsdiagnostik, begåvnings tester och psykologiska demensutredningar. Karlsvik har under det senaste decenniet profilerat sig som ett utredningshem, där testbatteriet utvecklats, modifierats och finjusterats under en utvecklingsprocess som i huvudsak baserats på klinisk användbarhet. I det följande presenteras endast de instrument som också finns företrädna i resultatavsnittet.

Testbatteri 1990–1993

SCID I + II:

Kort bakgrund

När Förenta staterna gick in i det första världskriget 1917 formades embryot till American Psychiatric Association (APA), dels i ett försök att positionera sig i den andra stora europeiska konflikten mellan psykoanalytiker och behaviourister och dels för att möta ett stort behov av pragmatisk funktionalism inom psykiatrin när grannatchockade ynglingar återvände hem. Nästa spång i diagnostikens utveckling kom 1946, då den amerikanska arméns veteranadministration utvecklade en omfattande nomenklatur för att underlätta soldaternas återintegration i samhället. Parallellt med detta utgav den nyupprättade Världshälsoorganisationen den sjätte omarbetningen av ICD-systemet (International Classification of Diseases). ICD-6 var mycket influerad av arméns nomenklatur och inkluderade 10 kategorier av psykoser, 9 undergrupper av psykoneuroser, samt 7 kategorier av karaktärsstörningar, beteenderubbningar och intelligens. ICD-6 kan ses som det första "moderna" klassificeringssystemet i vars anda vi fortfarande befinner oss i en utvecklingsprocess. American Psychiatric Association påbörjade arbetet med den första Diagnostiska och Statistiska Manualen, DSM-I, under sent 1940-tal och blev färdiga med sina vedermödor lagom till Koreakrigets slutskede, 1952. DSM-I utgjorde den internationella psykiatribibeln i nästan ett kvarts sekel. Flera diagnostiska motsägelser och psykiatrins utveckling på 1950- och 1960-talet nödvändiggjorde en omarbetning. DSM-II publicerades 1975. Detta verk tillhandahöll de första moderna kodningskategorierna till nytta för både forskning och kliniskt arbete. Ett flerdimensionellt synsätt lanserades på de olika känslomässiga problem som man kan drabbas av. Denna "holistiska" anda utvecklades ytterligare i DSM-III när man 1980 lanserade ett multiaxialt system. Man delade in klassifikationen i 5 separata, men ändå interrelaterade axlar. DSM-III hade huvudsakligen ett kliniskt fokus och en första version av en diagnostisk intervju (SCID) utarbetades av Harvey Spitzer och medarbetare för att kunna operationalisera det nya systemet på sjukhusgolvet. Motsägelser och andra bekymmer ledde till en revision 1987 (SCID för DSM-III-R). Den mycket strukturerade intervjun täcker 3 av de 5

axlarna i DSM-systemet, d v s Axel I, Axel II och Axel V. DSM-III-R fick fick en ytterligare förfinad och differentierad uppföljare i DSM-IV, 1994.

Strukturerad klinisk intervju, DSM-III-R; DSM-IV (APA, 1994) är sannolikt det validitetsmässigt bästa instrumentet för psykiatrisk diagnostik. SCID har tillämpats inom LVM-vården sedan 1990 och drygt 500 LVM-klienter har idag blivit diagnostiserade enligt denna metod. En SCID-intervju anger förekomst eller frånvaro av var och en av de diagnostyper som ingår i intervjun. För några diagnostyper skattas även undergrupper och allvarlighetsgrad. Därefter kan resultatet föras över i journalanteckningar, inmatningsprogram eller olika utlåtanden. För de flesta diagnoser skattas om diagnosen någonsin förekommit (livstidsdiagnos) och huruvida den föreligger i nuläget. Intervjuaren bör också ange så kallade diagnostangenser, d v s diagnoser där klienten inte uppfyller tillräckliga kriterier, men uppfyller tillräckligt många definierade egenskaper för att det skall vara av kliniskt intresse. Vid förekomst av flera psykiatriska diagnoser kan intervjuaren också uppge huvuddiagnos, den mest funktionsnedsättande och terapeutiskt insatskrävande diagnosen. Även informationens kvalitet kan skattas efter fullgjord intervju. I DSM-systemets uppbyggnad kring fem separata axlar/dimensioner, beskrivs:

Axel I-störningarna, som huvudsakligen utgörs av kliniska syndrom som ofta är farmakologiskt och psykoterapeutiskt sensitiva, t ex affektiva syndrom (depression, dystymi), ångestsyndrom och icke-organiska psykoser. LVM-vården erbjuder unika möjligheter till behandling p g a sin kontrollerade miljö och förhållandevis långa vårdtider.

Här kan olika preparat prövas ut; desensiteringsövningar vid paniksyndrom och fobier kan implementeras, etc.

Till Axel I-diagnoserna räknas även de olika beroendesjukdomarna.

Axel II-störningarna utgörs av de allvarligare personlighetsstörningarna. Dessa klassificeras inom samma dimension som de traditionella utvecklingsstörningarna, eftersom de är att betrakta som "emotionella utvecklingsdefekter". Personlighetstörningarna delas in i tre familjer (kluster A, B och C), där kluster A utgörs av psykosnära störningar, kluster B av utagerande störningar och kluster C av de neurosnära störningarna. Vissa kliniker betraktar personlighetstörningarna som behandlingsresistenta. Kluster A-diagnoser svarar dock förhållandevis väl på neuroleptika, kluster B- och kluster C-diagnoser på beteendeterapi. De senare medicineras även ofta med anxiolytika.

Axel III hänvisar till somatiska åkommor; bland missbrukare ofta diabetes mellitus, hepatit B+C eller status epileptica.

Tabell I. Diagnoser i Diagnostisk Klinisk Intervju, DSM-III-R/DSM-IV

SCID-moduler, DSM-III-R/DSM-IV	
PSYKOTISKA SYNDROM Schizofreni/Schizoaffectiva syndrom Schizofreniformt syndrom Vanföreställningssyndrom Kortvarig reaktiv psykos UNS	AFFEKTIVA SYNDROM Bipolärt syndrom Egentlig depression Dystymi (senaste 2 år) Annat bipolärt syndrom Depressivt syndrom baserat på kroniskt vanföreställningssyndrom
BEROENDESJUKDOMAR Alkohol Lugnande, hypnotika and anxiolytika Cannabis Stimulantia Opioider Kokain Hallucinogener/PCP Polysubstans Andra substanser	ÅNGESTSYNDROM Paniksyndrom Agorafobi utan paniksyndrom Social fobi Enkel fobi Tvångssyndrom PTSD (DSM-IV) Generaliserat ångestsyndrom (senaste 6 månader)
SOMATOFORMA SYNDROM (endast pågående) Somatiseringssyndrom Somatoformt smärtsyndrom Ospecificerat somatoformt syndrom Hypokondri	ÄTANDESTÖRNINGAR Anorexia nervosa Bulimia nervosa ADAPTIONSSTÖRNING (endast pågående)
PERSONLIGHETSSTÖRNINGAR (SCID-II)	
Fobisk Osjälvständig Tvångsmässig Passivt-aggressiv (DSM-III-R) Masochistisk (DSM-III-R) Paranoid Schizotyp	Schizoid Histrionisk Narcissistisk Borderline Antisocial UNS

Axel IV berör sociala stressorer; arbetslöshet, närståendes död, etc.

Axel-V via GAF-skalan (Alaja et al, 1999), ett globalt funktionsmått på ett hypotetiskt kontinuum från 0 till 100 som görs utifrån testresultat och klinisk bedömning. SCID berör tre av axlarna (I+II+V) och är utformad som en mycket strukturerad intervju med ett stort antal moduler som korresponderar till de vanligaste diagnoserna på dessa axlar. Intervjun tar ca 2 timmar i anspråk.

SCID I berör samtliga affektiva syndrom, ångestsyndrom, psykoser, beroendediagnoser, somatoforma syndrom och ätandestörningar (samtliga kliniska syndrom; axel I).

SCID II berör paranoid, schizoid och schizotyp personlighetsstörning (kluster A); antisocial, borderline, narcissistisk och histrionisk personlighetsstörning (kluster B); samt tvångsmässig, fobisk, osjälvständig, masochistisk och passivt-aggressiv personlighetsstörning (kluster C).

Efter intervjun görs en bedömning av global psykosocial funktion utifrån axel V,

vilket i studier vid Karlsvik LVM-hem visat sig vara ett reliabelt prediktionsmått på både mortalitet och förmåga till social rehabilitering under eftervården. GAF har även tidigare visat sig vara av intresse för prognosprediktion inom psykiatri.

Instrumentet är uppbyggt i modulform inom axlarna, varför både forskare och kliniker kan skraddarsy intervjun utifrån diagnostyper av speciellt intresse för den egna verksamheten. Exempelvis är ätandestörningar en modul som har större användbarhet inom vård av unga, narkomaniserade kvinnor än i manlig geriatrisk vård. I forskningsprojektet 1990–93 användes SCID för DSM-III-R, som då var den officiella versionen. SCID-intervjuerna har vid Karlsvik fortsatt i diverse andra projekt, samt inom ramarna för den reguljära verksamheten, efter 1995 i form av SCID för DSM-IV. I SCID för DSM-IV har ökad känslighet för missbruksfaktorer i ångest- och depressionstillstånd byggts in. Vissa diagnostyper har tillkommit, t ex PTSD (posttraumatiskt stressyndrom) och vissa har fallit bort som de somatoforma syndromen. I verksamheter med intresse för de diagnostyper som exkluderats, kan fortfarande modulerna från SCID för DSM-III-R användas.

Under 1990-talet har flera studier bland alkohol- och narkotikamissbrukare påvisat psykiatrisk tilläggsproblematik i mellan 50 procent och 80 procent av de undersökta. De vanligaste diagnoserna är affektiva syndrom (35–50%), ångestsyndrom (18–27%) och kluster B-personlighetsstörningar (20–30%). Diagnostik identifierar här tidigare förbisedda behov som varit av vikt för missbruksrelaterade och psykosociala problem. Diagnostiken kan utgöra underlag för läkarens bedömningar kring farmakologisk intervention, vidareremitteringar, rekommendationer kring adekvat förhållningssätt och terapeutiska eftervårdsinsatser. Diagnostik förutsätter en längre tids drogfrihet varför residentiella och långvariga vårdformer erbjuder unika möjligheter att prova ut adekvat medicinering. Eftersom SCID-intervjun är krävande för både intervjuare och klient kan behovet av fördjupad diagnostisk utredning med fördel bedömas med självskattningsskalor. Vid många institutioner är resurserna begränsade, tiden knapp och den psykiatriska kompetensen begränsad. Därför är screeninginventorier användbara för att differentiera vilka klienter som av behandlings-skäl lämpligast bör genomgå SCID.

En fördel med strukturerad och manualbaserad psykiatrisk diagnostik är dels att man undviker problem med validitet som är förknippade med klinisk bedömning (tio specialistläkare i psykiatri tenderar av olika skäl ofta att ställa samma antal diagnoser på samma psykiatriska tillstånd, baserat på avsaknad av ett systematiskt regelverk), och dels att många psykiatriska tillstånd faktiskt är förhållandevis mottagliga för behandlingsinsatser. Detta är speciellt intressant när det gäller affektiva syndrom och ångestsjukdomar där det finns en omfattande empirisk erfarenhet av framgångsrika insatser. Den dysfori och depressivitet som ses i abstinensfasen några veckor efter en episod av alkohol- eller narkotikamissbruk behöver sällan någon specifik behandling. Farmakologiskt behandlingsbara depressioner kan dock uppkomma i upp till 30 procent av alkoholister efter en längre tids missbruksfrihet. Narkomaner,

främst missbrukare av centralstimulantia, utvecklar en högre frekvens av äkta depressiva syndrom, skilda i tiden från perioderna av missbruk. Antidepressiva läkemedel har i flera studier visat sig motverka denna depressivitet och förhindrat återfall i missbruk. De nya generationerna antidepressiva SSRI-preparat fungerar ofta mycket bra vid förstämningssyndrom, framförallt i kombination med kognitiv eller psykodynamiskt orienterad samtalsterapi. Ångestsjukdomar brukar ha diagnosspecifika orsaker och behandlingsmetoder.

SRB I – III (DS-Batteriet):

SRB I – III (Psykologiförlaget AB, 1971) är ett traditionellt kognitivt abilitetsinstrument, som med fördel genomgås i samband med SCID-intervjun. DS-batteriet användes i forskningsprojektet dels för att få en bild av klienternas förmåga att tillgodogöra sig olika delar av vården samt som ett enkelt demenstest. Hans Bergman och medarbetare hade då nyligen visat att DS-batteriet, och i synnerhet proportionerna mellan SRB I och SRB III, var ett pålitligt diagnostiskt instrument för att påvisa ospecificerade alkoholdemenser (Bergman, 1984). DS-batteriet har genom faktoranalys av ett betydligt större testbatteri kondenserats ned till de delmoment som bäst mäter generell kognitiv förmåga. De tre delmomenten i batteriet utgörs av:

SRB I (Synonymtestet, se nedan) där testpersonen under 7 minuter fyller i ett av fem alternativ till den exakta synonymen till 30 ord. Testet avser mäta verbal rörlighet och validerades och standardiserades i stora studier redan under 1960-talet. Testet är sannolikt det mest utbildningssensitiva av de tre delskalorna i DS-batteriet, och resultatvärdet utvärderas i relation till både ålder och utbildningsnivå. Missbruksgrupper har i några studier visat sig ligga lägre på denna skala än normalgrupper.

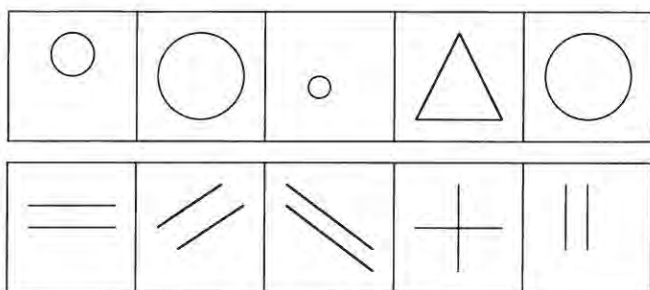
BRYDERI	<u>dilemma</u>	problem	fara	förlust	äventyr
---------	----------------	---------	------	---------	---------

SRB II (Figurklassifikation), vilket avser att ge en bild av testpersonens logiskt-induktiva förmåga. Under 8 minuter gäller det att identifiera 30 figurer som i något avseende avviker från ett antal alternativ till varje figur. I både studier av Karlsviksgrupperna och i en studie av Henriksson och medarbetare (1968) har manliga alkoholmissbrukare visat sig ligga högre på denna delskala än normalgrupper. Testet är sannolikt inte heller lika utbildningssensitivt som SRB I, vilket gör det till ett bra mått på klientens förmåga att lösa problem och förstå kopplingen mellan orsak och verkan.

SRB III (Kohs' Block, Kohs, 1971), utvecklades redan på 1920-talet som ett mått

på spatial förmåga. Testet består av att med olika antal flerfärgade träklossar så snabbt som möjligt korrekt försöka replikera diverse bilder som presenteras. Efter två testrundor börjar man med stigande svårighetsgrad att med klossarna avbilda fyra bilder, bestående av fyra klossar, två bilder med 9 klossar och en mycket komplex bild med 16 klossar. Missbrukare med organisk hjärnpåverkan har ofta svårt att sätta upp nödvändiga delmål och att flexibelt anpassa Lösningsstrategier till nya bilder. Enligt Bergman m fl tycks en subtraktion av resultatvärdet mellan SRB I och SRB III vara lika effektiv för identifikation av vissa alkoholskador som en kostsam cerebral-tomografi eller magnetröntgen.

Om ni ser på figurerna nedan ser ni att *fyra är lika på ett visst sätt*. Den som är *olik de andra* ombeds du kryssa för



Den traditionella intelligenskvoten som utvecklats av Alfred Binet under tidigt 1900-tal är i DS-batteriet ersatt av Stanine-skalan. Den normalfördelande Gauss-kurvan delas in i 9 sektorer, där de 4 procent sämst presterande på testet erhåller värdet 1 och de 4 procent mest framgångsrika värdet 9. Femtiofyra procent av befolkningen ligger mellan 4 och 6 på Stanine-skalan.

Ett problem med DS-batteriet är att man inte räknar med klientens eventuella stresskänslighet och ångestnivå. DS-batteriet skall inte genomföras förrän klienten är ordentligt avgiftad och alla neuropsykologiska effekter av drogerna har försvunnit. Vid alkoholism brukar 4 veckor betraktas som rekommendabelt. Vid ett flertal tillfällen har missbrukare felaktigt fått en hjärnskadediagnos nedtecknad i sin journal enbart beroende på att man dragit igång utredningen för tidigt. DS-batteriet utgör ytterligare ett av de test som på grund av sin kliniska användbarhet uppgått i ett standardbatteri efter det första forskningsprojektet. Förutom tidseffektiv informationsinhämtning kan testen ofta användas positivt i motivationsarbete, eftersom LVM-klienter inte sällan har förmågor och förståndsgåvor de själva knappast har trott på. En

annan fördel med batteriet är att man med större säkerhet kan tolka resultaten från SCID vad gäller psykotiska tillstånd och kluster A-personlighetsstörningar. Vanföreställningar och förvirring kan ibland förklaras psykiatriskt men har ofta ett organiskt ursprung.

Metakontrasttekniken (MCT)

MCT (Smith & Henriksson, 1955; Smith et al, 1989; Smith & Carlsson, 1987) är ett laborativt psykometriskt instrument som utifrån subliminala och tematiskt hotfulla bildexponeringar (över tröskelvärdet för ögats retning, men under medveten varseblivningsnivå) aktiverar olika psykologiska försvarsstrategier. Tekniken härstammar från 1940-talet, då man noterade att studenter ofta beskrev en bild på ett neutralt mansansikte som bistert eller argt, när texten "angry" exponerades under ett par mil-lisekunder, medan samma ansikte beskrevs som godmodigt och glatt när texten "happy" blixtrade förbi. Under tidigt 1960-tal upptäckte kognitionsforskaren Dixon (Dixon & Lear, 1963) människans så kallade perceptuella försvar. Han märkte att pupillen hos det mänskliga ögat drogs ihop mer när man under tröskeln för medveten varseblivning exponerade obehagliga teman än när man visade neutrala eller positiva budskap. Efter detta har ett flertal laborativa testmetoder utvecklats av fram-förallt psykoanalytiskt orienterade forskare. Omedveten retning och aktivering av perceptuella försvar är vanlig inom den kliniska psykologin för hjärnskadediagnos-tik och psykiatrisk bedömning. Vitsen är ofta att aktivera omedvetna och förmedvet-na försvarsmekanismer utifrån traditionellt psykodynamiska hotbilder. Mest känt är kanske Defense Mechanism Test (DMT; Kragh, 1985), som bland annat används av försvaret i rekrytering av lämpliga framtida attackflygare. MCT utnyttjar två bilder, där ett neutralt stimulus med gradvis ökad exponeringstid låses fast vid adekvat beskrivning från testpersonen. Därefter börjar man på korta exponeringstider projicera ett hotstimulus, vilket aktiverar försvar som påverkar tolkningen av den första bilden på ett systematiskt sätt.

Experimentet sköttes tidigare och i början av forskningsprojektet med två separata, specialbyggda diabilspjektorer, men genomförs idag med hjälp av datorer. Utöver behandlingsvärdet i kartläggning av den enskilde missbrukarens försvarsmässiga särart, utgör MCT ett kvalificerat trianguleringsinstrument till både SCID och DS-batteriet, där specifika diagnostyper ofta reagerar utifrån specifika mönster, som kodas manualbaserat. Eftersom all intervjubaserad psykologisk bedömning förutsätter ett visst mått av ärlighet och uppriktighet från den som intervjuas, har MCT bland annat permanentats i Karlsviks utredningsbatteri, eftersom lögnfaktorn sak-nas. Klienten har sällan eller aldrig en uppfattning om vilka svar som är mest pas-sande eller strategiska.

Livskvalitetsbedömning enligt Kajandis metod

Livskvalitetsbedömningsmetoder har på senare år utarbetats utifrån olika teoretiska modeller. En akademisk skola försöker mäta livskvalitet utifrån dimensioner som definierats av "experter", medan en empirisk tradition försöker definiera innebörden av livskvalitet utifrån människors uppfattning i frågan. En stark amerikansk tradition definierar ofta livskvalitet i termer av materiell situation och ekonomisk förmåga, d v s med möjligtvis nödvändiga, men absolut inte tillräckliga aspekter av livskvalitet. Madis Kajandi vid Ulleråkers Sjukhus är upphovsman till en metod som försöker förena olika områdestraditioner, dels i en mycket strukturerad intervju teknik (Kajandi et al, 1983) och i en omfattande självskattningsskala, där olika definierade aspekter av begreppet livskvalitet erhåller ett numeriskt värde på en femgradig Likertskala. I projektet 1990–93 utarbetades en separat skala (Sallmén & Berglund, 1990) för att studera hur missbruk av alkohol och droger påverkade de olika dimensionerna. Intervjun är modulbaserad med huvuddimensioner och undervariabler, där begreppet delas in i:

- | | |
|--|--|
| 1. Externa livskvalitetsaspekter | <ul style="list-style-type: none">• Ekonomi• Arbete• Boende |
| 2. Interpersonella livskvalitetsaspekter | <ul style="list-style-type: none">• Vänskapsrelationer• Relationer till föräldrar• Relationer till barn• Partnerförhållande |
| 3. Intrapsykiska livskvalitetsaspekter | <ul style="list-style-type: none">• Emotionell tillgänglighet• Humör• Självkänsla• Självacceptans• Trygghet |

Här fann vi en starkt negativ påverkan på externa faktorer, en måttligt negativ påverkan på relationsaspekter och varierande resultat ifråga om intrapsykiska faktorer, där missbruk delvis kunde förklaras av viss livskvalitetsförhöjning i bland annat humör, självkänsla och upplevd trygghet. Mer övergripande rapporterade institutionsvårdade missbrukare förvånansvärt höga nivåer av livskvalitet, förvisso lägre än normalgrupper, men fullt jämförbara med standardiseringsgrupper, som till exempel arbetslösa svenskar. Tillsammans med SCID-intervjun var livskvalitetsskattningen den mest krävande för både klient och intervjuare och metoden har av detta skäl under årens lopp fallit bort från standardutredningen.

Subjektiv upplevt kränkande tvång

Instrument som berör den enskilde individens reaktioner på integritetskränkning och felaktigt utövat tvång har tidigare förekommit inom den psykiatriska tvångsvården och infördes som ett centralt moment i forskningsprojektets klientbeskrivning. Metoden är en semistrukturerad intervju utarbetad av Eriksson och Westrin (1995) för studier av LPT-patienter. Frågorna berör både enskilda insatser och hur dessa upplevdes i den aktuella situationen, samt kognitiva legitimeringsvariabler, d v s huruvida klienten – med tidsperspektiv – kan förstå eller rättfärdiga syftet med enskilda tvångsutövningsincidenter. Bland de kategorier som tas upp berörs bland annat restriktioner i geografisk rörlighet, inlåsning, obligatoriskt deltagande i aktiviteter, tvångsmedicinering, genomgång av kläder och väskor och kontrollerade urinprov. Intervjun tar även upp aspekter kring tvångsimplementation, d v s med vilka metoder en tvångsutövningsincident ägde rum. Exempel på kategorier är övertalning, fysiskt våld, hot och ”*fait accompli*” (det bara skedde).

Intervjun kan med fördel användas för att öka behandlarens sensitivitet för vikten av ett individuellt bemötande i en ofta traumatisk situation av total kontrollförlust. Intervjun skattas systematiserat utifrån fördefinierade kodningsregler vilket avdramatiserar ofta känsliga frågor som klient och intervjuare annars kanske försöker undvika att ta upp till diskussion. Behovet av integritet och värdighet varierar systematiskt mellan olika individer och felaktigt bemötande av en klient kan resultera i irreparabla skador vad gäller förtroendeskapande, motivationsarbete och terapeutisk allians. Ett betydelsefullt fynd i dessa frågor var hur tvångsupplevelser gick att relatera till kognitiv stil.

Självskattningsskalor

Alkoholvaneinventoriet (AVI; AVI-R)

AVI (Berglund m fl, 1988) är en självskattningsskala som i flera undersökningar visat sig vara ett lämpligt screeninginstrumentet av alkoholmissbrukets olika dimensioner. Alkoholvaneinventoriet är avsett att underlätta bedömning och diagnostik vid alkoholberoende eller alkoholmissbruk. Användandet av självskattningsformulär är inte vanligt i svensk missbrukarvård men intresset har ökat under de senaste åren. Metodiken är fortfarande betydligt vanligare i internationella sammanhang. Det handlar om egenrapportering varför klienten bör ha varit missbruksfri någon vecka före ifyllandet eftersom kvarvarande abstinenssymtom kan göra svaren otillförlitliga. Klienten måste givetvis vara orienterad till tid och rum och kunna förstå svenska för att administrationen skall bli meningsfull.

AVI-skalan är fokuserad på i alkoholsammanhang särskilt relevanta mentala processer och beteenden och kan även användas utanför hälso- och sjukvården, till exempel inom socialtjänsten när behov av en fyllig och standardiserad bild av en klient med alkoholproblem finns. En förutsättning är dock att man har kunskap och kompetens inom missbruksområdet för att förstå och bedöma resultaten, samt för att

kunna ge återföring av resultaten till klienten. AVI bör inte användas som screening-instrument vid hälsokontroller eller liknande, eftersom det inte mäter inom identifieringsfasen. I dessa situationer rekommenderar upphovsmännen istället AUDIT-formuläret, som innehåller 10 frågor om riskfylld konsumtion, beroendetecken och skadlig konsumtion (Bergman & Källmén, 2000). Genom AVI-skalan erbjuds möjligheter till en standardiserad bedömning av institutionens alkoholistpopulation och en jämförelse med motsvarande klienter på andra institutioner. Huvudsyftet är dock möjligheten att initiera individuella behandlingsprogram där man tar hänsyn till klienternas skiftande egenskaper, förutsättningar och behov med utgångspunkt i deras alkoholvaneprofil.

Skalan är standardiserad i decentiler (10-procentiga intervaller) utifrån en grupp av 638 alkoholmissbrukare i både öppen och slutenvård vid enheter i Lund, Stockholm och Uppsala. Den första faktorn kallades tidigare alkoholmissbruk (ALK). I skalans senare versioner (t ex AVI-R) kallas denna alkoholberoende (ADS – Alcohol Dependence Syndrome). Faktorn täcker både alkoholberoende genom de primära faktorerna abstinenssymtom (ABS) och hallucinos (HAL), intensiteten och den förlorade kontrollen över drickandet i skalorna konsumtionsmängd (KON) och kontrollförlust (KFÖ), samt de sociala konsekvenserna i tidigare behandling (BEH) och sociala komplikationer (KOM).

Den andra sammanfattande faktorn benämns psykologiska vinster (PSY). Den består av tre primärskalor, minskad depression och spänning (DEP), förbättrad kontaktförmåga (KOF) och förbättrad tankeförmåga (TAN). Individer som dricker för mycket alkohol på grund av dess ångestdämpande effekt skiljer sig här från missbrukare som framförallt utnyttjar ruseffekterna. Denna typ av differentiering underlättar val av behandlingsmetoder.

Den tredje sammanfattande faktorn kallas relationskomplikationer (REL). Den består av tre primärskalor, döljer missbruket (DÖL), aggressivitet (AGG) och partnern reagerar (PAR). Denna skala rör effekten av alkoholen och hur den påverkar interaktion med andra, smygdrickande, skamkänslor, förnekande, aggressivitet under alkoholpåverkan och negativa reaktioner från partnern.

Den sista sammanfattande skalan kallas dagligt drickande (DAG) och utgör en bedömning om det handlar om periodisk konsumtion, medelhavsvanor, "binge drinking", etc.

Utifrån klientens svar upprättas ett grafiskt profilschema som dels kan användas för statistisk prognosskattning, dels är en värdefull utgångspunkt i diskussioner med klienten angående missbrukets orsaker, positiva/negativa aspekter och konkreta somatiska, interpersonella och sociala konsekvenser. Det upprättade profilschemat baserar sig på klientens egenrapportering av sin situation, varför konsensus i missbruksmönster oftast råder. Att ge klienten en kopia av hans profilschema brukar vara en bra metod för att initiera feedbacksessioner på klientens eget önskemål.

Instrumentet är lättdistribuerat och användarvänligt och kan med fördel adminis-

treras inom vården av behandlingsassistenter. Av dessa skäl har behandlingspersonal utbildats i distribution i – och feedback på – AVI i utvecklingsprojektet *Forskning och behandling i samverkan*. Instrumentet tillhör institutionens standardbatteri. Cirka 400 profiler har färdigställts, sannolikt landets största material om man bortser från den ursprungliga standardiseringsstudien.

Klinik/avdelning/mottagning

Karlsvik LVM-hem; Forskning

Efter- och förnamn

N. N.

Ålder

42

Kön (m/k)

M

Längd

179

79

Undersökare

BSN 323

Befattning

T.P.

Sammanfattande skolor

Decentiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Alkoholmissbruk										
Psykologiska vinster										
Relationskomplikationer										
Socialt drickande										
Dagligt drickande										

Primära skolor

Kvartiler

	1	2	3	4
Missbruksduration				
Konsumtionsmängd per dag				
Abstinenssymtom				
Hallucinos				
Tidigare behandling				
Sociala komplikationer				
Minskad depression och spänning				
Förbättrad kontaktförmåga				
Förbättrad tankeförmåga				
Döljer missbruket				
Aggressivitet				
Partnern reagerar				
Dricker utanför hemmet				
Sällskapsdrickande				
Dagligt drickande				
Bruk av sedativa				
Tidigare samlevnadsproblem				
EP ☒ Ja ☐ Nej				

Övrigt

Den första delskalan har även visat sig vara starkt förknippad med social funktionsnedsättning både före och efter vårdtillfället. Olika profilkonstellationer har under årens lopp utkristalliserat sig i det totala Karlsviksmaterialet, där framförallt proportionerna mellan de tre första delskalorna finns systematiskt överrepresenterade i speciella klientgrupper.

ALK är inventoriets första delskala som mäter allvarlighetsgraden av missbruket, d v s beroendekriterier, medicinska komplikationer, avgiftningar, EP, Delirium Tremens, hallucinos, etc.

PSY refererar till psykologiska vinster, såsom minskad oro, minskad nedstämdhet, förbättrad social förmåga, förbättrad tankeförmåga, etc.

REL åsyftar komplikationer i olika former av kontakter och relationer, d v s aggressivitet, partners reaktioner, hur mycket man arbetar med att dölja sitt missbruk för andra, etc.

De olika typprofilerna är:

"Kluster B-profilen"

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALK									✗	
PSY			✗							
REL								✗		

Första delskalan (missbrukets allvarlighetsgrad) ligger högt. Här föreligger således ett mycket destruktivt missbruk med både avsevärda medicinska och sociala komplikationer. Trots fortsatt missbruk rapporteras få psykologiska vinster (delskala 2) och avsevärda komplikationer i umgänget med andra (delskala 3). Framförallt klienter med antisocial personlighetsstörning inom B-klustret tycks skatta enligt denna typprofil.

"Kluster A-profilen"

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALK				✗						
PSY			✗							
REL								✗		

Klienter med dessa diagnostyper (d v s de psykosnära och ofta mycket funktionsnedsättande personlighetsstörningarna) tenderar att ha ett ganska måttligt missbruk (delskala 1) med få rapporterade psykologiska vinster (delskala 2), men avsevärda relationskomplikationer och sociala konsekvenser (delskala 3). Detta kan tas som en indikation på att det inte är dessa klienters missbruk som resulterar i LVM-vård, utan det utanförskap och den misär som ofta råder.

"Ångest/depression 1-profilen"

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALK									X	
PSY									X	
REL			X							

Detta utgör ett typexempel på diagnostyper, där ett allvarligt missbruk (delskala 1) ger avsevärda psykologiska vinster (delskala 2), oftast med tyngdpunkt på minskad depression och spänning, samt förbättrad kontaktförmåga. Missbruksanamnesen är emellertid ganska kort eller har hanterats med ett framgångsrikt dubbelliv, med låga värden på "DUR" (missbruksduration) varför allvarligare sociala komplikationer ännu inte har debuterat. Motivationsarbete är ganska besvärligt eftersom fördelarna med fortsatt konsumtion upplevs som mycket stora. Alternativa metoder (samtalsterapi, psykofarmaka) för symtomreduktion är sannolikt den mest adekvata angreppsmodellen.

"Ångest/depression 2-profilen"

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ALK									X	
PSY									X	
REL									X	

Detta utgör ett typexempel på en klient med ångest- och depressionsproblem och en längre missbrukskarriär. Obehandlad psykiatrisk sjuklighet kan ha resulterat i en längre tids missbruk, som utöver upplevd psykologisk symtomlindring även resulterat i negativa komplikationer i relationer och social funktionsförmåga. Adekvata behandlingsinsatser mot psykiatrisk samsjuklighet torde, åtminstone rent teoretiskt, innebära ett alternativ till fortsatt missbruk.

Locus of control (I-E-skalan)

Locus of control är en personlighetsegenskap som handlar om individens förhållningssätt till omgivningen och syn på orsakssammanhang, d v s hur man *attribuerar* händelser. Attributionsforskningen är gammal, men locus of control-begreppet lanserades på 1960-talet av Julian Rotter (1966), som byggde på Heiders (1958) arbeten om kausalt locus. Enligt Heider delar människor in frukten av en handling i fyra orsakskategorier, förmåga, ansträngning (interna faktorer), uppgiftens svårighetsgrad och tur (externa faktorer). En projektiv omvärldsadaptation, där händelser konsekvent upplevs vara resultatet av slumpfaktorer, ödet, yttre krafter, etc representerar

en extern locus of control, medan intern kontrollorientering tillskriver olika händelser den egna förmågan/oförmågan och personlig kapacitet och personlighet. Attributionsforskningen har senare fokuserat på individers skillnader i hanteringstekniker i olika stressituationer, effekterna av förväntningar, förmågan att uppfatta hot, samt olika patologiska tillstånd. Flera studier har exempelvis funnit att extern kontrolluppfattning är relaterad till generell pessimism, suicidbenägenhet, social kompetens, jagsvaghet, samhällsklass och beroendeproblematik. Individer med beroendesjukdomar har i de flesta studier uppvisat en extern kontrollorientering, där missbrukare med intern kontrolluppfattning teoretiskt borde ha bättre prognoser. Rotters attributionsskala för intern respektive extern kontroll är ett självskattningsinstrument som kategoriserar den enskilde individens attributionella kognitiva stil.

Intern locus of control har på Karlsvik visat sig vara knutet till bättre utfall efter 18 månader, psykisk hälsa och till ett starkare integritetsbehov (och därmed flera upplevelser av kränkande tvångsutövning). Skalan består i sin svenska version av 19 påståenden, vilka klienten under några minuter ombeds ta ställning till. Skalan är lätt att administrera och att rätta och tar ca 5 minuter i anspråk. Skalans resultat har visat sig intressanta för LVM-vården och ingår i det reguljära testbatteriet på Karlsvik även efter 1993.

Socialt nätverk

En självskattningskala med 34 frågor (Orth-Gomér m fl, 1988) och möjligheter att konstruera en nätverksmatris som inkluderar familj, nära och ytliga vänner, samt tillfredsställelse i relationerna och nivån av psykologiskt stöd som de erbjuder. Nätverksmatris och sociogram över signifikanta andra. Utöver dessa instrument upprättades ett socialt stabilitetsindex med boendesituation, strukturerad sysselsättning och stabil partnerrelation i bearbetningen och tolkningen av resultaten. Traditionella och internationella definitioner (t ex ASI) av företeelser som bostad, sysselsättning och fast partner visade sig vara alltför begränsade för att vara meningsfulla.

Operationaliseringen av begreppen i projektets stabilitetsindex var istället:

Bostad, möjligheten att frivilligt och under en sammanhängande månad sova och vistas, utan att behöva be om lov eller tillåtelse från en tredje part.

Partner, en person med vilken klienten levit ihop under äktenskapslika former under mer än 6 månader.

Strukturerad sysselsättning (arbete), traditionell anställning eller utbildning under mer än tre timmar per dag eller annan schemalagd och planerad dagtidsaktivitet utanför hemmet under mer än tre timmar per dag.

Ward Atmosphere Scale (WAS)

Ward Atmosphere Scale (WAS) är – liksom de flesta frågeformulär – utformat med

utgångspunkt av en generell vårdgivarmiljö, vilket gör att frågorna inte är specifikt LVM-hemsanpassade. Som ett led i forskningsprojektet 1990–93 distribuerades Ward Atmosphere Scale vid tre tillfällen i personalstyrkan och till varje projektdeltagande klient. Skalan består av ett formulär som berör hur man upplever aktuell situation på avdelningen/enheten, vilket jämförs med hur en idealsituation skulle se ut. Diskrepansen mellan aktuell och ideal situation tillhandahåller numeriska värden på ett flertal dimensioner (autonomi, oberoende, programtydlighet, spontanitet, stöd, och struktur/kontroll). Mätningarna under 1990–93 fångade upp organisatoriska förändringar och problem med personalomsättning, och personalen skattade konsekvent avståndet mellan aktuell och ideal situation som större än klienterna.

Fördelarna med upprepade mätningar är att organisationsledningen kan reflektera över de mekanismer som styr förändringar till det bättre eller till det sämre. Ett exempel på organisatoriska konsekvenser utifrån upprepade mätningar genom detta instrument är rapporteringen av autonomi i mätningen 1999, då det konstaterades att personalens upplevda autonomi låg högre än den upplevda idealsituationen. Detta väckte funderingar i ledningsgruppen kring hur man under senare år prioriterat utbildningsinsatser inom organisationen, vad gäller grupp känsla, samhörighet, etc. Organisationen hade hittills premierat "spjutspets"-funktioner inom olika områden, där enstaka anställda kompetensutvecklats i ett flertal metoder, terapeutiska ansatser och utredningstekniker. Detta har lett till hög beredskap att möta ett brett spektrum av problem i det dagliga klientarbetet till en kostnad av alltför stor självständighet och isolering inom organisationen.

Tabell II. Utvecklingen under elva år inom de olika områdena

WAS-underskala	Aktuell avd. 90–93 (m)	Ideal avd. 90–93 (m)	Aktuell avd. 1999	Ideal avd. 1999	Aktuell avd. 2001	Ideal avd. 2001
Autonomi	5.0	7.0	7.2	7.0	5.9	6.2
Oberoende/Engagemang	4.5	7.0	6.8	7.0	6.2	7.0
Programtydlighet/klarhet	3.5	6.5	4.0	7.0	5.5	7.0
Spontanitet	3.7	7.0	2.9	6.5	5.8	6.5
Struktur/kontroll	2.4	4.0	2.5	6.5	6.3	6.8
Stöd	4.5	6.5	3.8	6.5	5.7	7.0

På den 34-gradiga idealskala som bedömer de sammanslagna underskalorna definieras dålig arbetsmiljö i manualen av ett avstånd på 10 eller högre mellan aktuell och ideal avdelning. Värdena för aktuell/ideal avdelning under åren 1990–1993 låg på mellan 21 och 2. Mätningen 1999 landade på 28/34. Sålunda skattade personalen sin trivsel något högre då än 8–10 år tidigare. Mätningen 2001 ingick som en del i en arbetsmiljöundersökning, vilken även inkluderade anonyma mått på utbrändhet i arbetslivet, utbrändhet i samlivet, samt upplevelser av situationell kontroll.

Datum för upprättande av bp _____ Klient _____	Bilaga 2	Ärendehandläggare _____
--	-----------------	-------------------------

Skattningsskala Intervjuare 0-1 inga speciella problem, 2-3 vissa problem, 4-5 moderata problem, 6-7 avsevärda problem 8-9 extrema problem	Skattningsskala Klient 4 Mkt stort problem/behov 3 Påtagligt problem/behov 2 Måttligt problem/behov 1 Litet problem/behov 0 Inget problem/behov	Skattningsskala Motivation 9 = Ej relevant 5 = Hantera /upprätthålla 4 = Handling/ förändring 3 = Beslut /förberedelse 2 = Fundera/ överväga 1 = Omedveten /uppgiven	Skattningsskala Prioritering 3 = Ej relevant 2 = Sekundär 1 = Primär 0 = Akut
--	---	---	--

AREA/FAS	FYSISK HÄLSA	ARBETE/FÖRSÖRJN.	ALKOHOL	DROGER	KRIMINAL	FAMILJ/ UMGÄNGE	PSYKISK HÄLSA
ASI: Intervjuar-skattning (skala 0-9)	0	6	5	7	4	4	2
ASI: Klient-skattning (skala 1-4)	0	4	1	4	1	3	3
MAPS: Nivå in (skala 0-5 + 9)	9	1	1	2	4	2	2
MAPS: Planerad nivå ut (skala 0-5)	9	2	2	3	4	3	3
Prioritering (skala 0-3)	3	2	1	1	2	1	2

Fysisk hälsa: Då klienten väsentligen somatiskt frisk upprättas inga behandlingsmål vad gäller fysisk hälsa. För att kunna vidmakthålla sin kondition avser klienten träna i styrketräningsrummet, samt fortsätta att odla sina pingstalanger. Klientens missbruksrelaterade avmagring är i dagsläget i det närmaste kompenserad.

Arbete/försörjning: Klienten oroar sig mycket över sysselloshet och dess koppling till ökad återfallsrisk i amfetamin. Klienten befinner sig sedan inskrivningen aktivt funderande över vilka sysselsättningsalternativ som kan vara lämpliga efter utskrivning. Kontaktperson och klient enas om att fördjupa sig i olika alternativ (introduktion till datakurs; rekvirera kataloger från komvux och olika studiecirklar i hemkommunen; göra högskoleprov). En gemensam målsättning är att klienten vid utskrivning skall ha bestämt sig för vilket alternativ som känns bäst och att förberedelser för påbörjande av sysselsättning skall ha tagits.

Alkohol: Klienten uppfattar inte alkohol som ett större problem och menar att konsumtionsförändring är mer realistisk än abstinens. Klienten är dock ambivalent och medger att både kriminalitet, oförmåga att behålla arbeten, samt återfall i amfetaminbruk oftast föregås av en längre tids alkoholkonsumtion. Klient och kontaktperson enas om att man under vårdtiden regelbundet skall diskutera frågan och ev. antabusmedicinering under tillfälliga ledigheter. Klienten är positivt inställd till att besöka både AA och LP-stiftelsen regelbundet under vårdtiden och en förhoppning från vårdgivaren är att ett nykterhetsbeslut skall vara fattat innan utskrivningen.

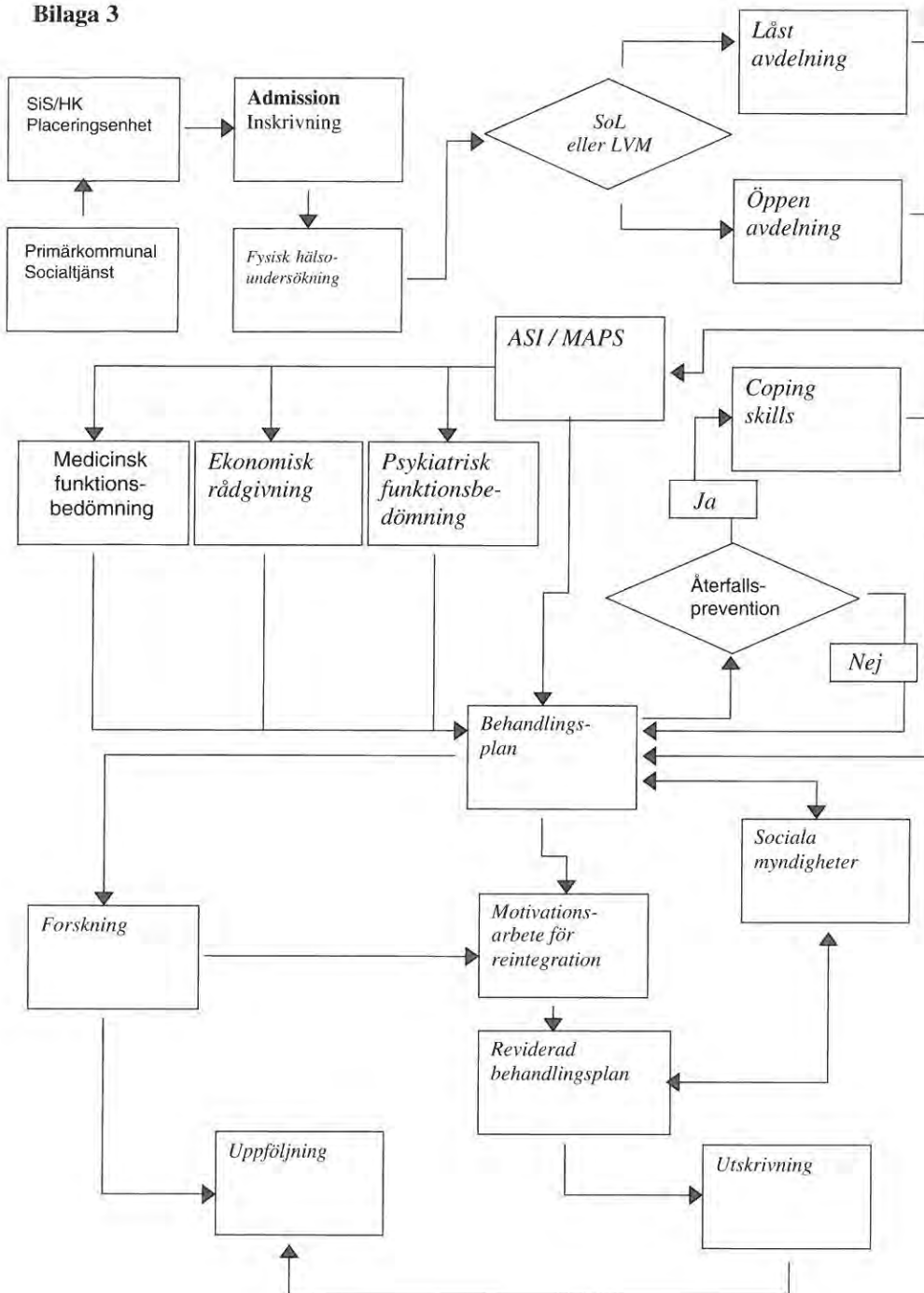
Narkotika: Klienten uppger att drogerna inte ger samma positiva effekter längre och att de negativa komplikationerna blivit för stora. Klienten har fattat ett definitivt beslut om att kämpa för framtida drogfrihet och under vårdtiden skall olika metoder för att underlätta framgångsrik problemhantering prövas. Klienten har påbörjat och avser fortsätta med avslappning och frigörande andning för att bättre kunna hantera stress. Nya fritidsaktiviteter (datorer, fiske) testas för att bättre klara av tristess och NA-möten planeras ingå i vårdplanen vid minst ett tillfälle i veckan. Då det sociala nätverket på hemmaplan i huvudsak består av narkomaner förbereds en sannolikt nödvändig geografisk förflyttning. Här arbetar både klienten själv genom att bl.a. svara på annonser och socialtjänsten via lika kanaler och kontakter. Vid utskrivning planeras ett nytt boende i en annan stadsdel vara färdigt för inflyttning.

Kriminalitet: För närvarande väntar klienten inga rättsliga påföljder. Då kriminalitet hittills alltid varit sekundärt till narkotikamissbruk (misshandel under drogpåverkan, stölder för att få pengar till amfetamin) råder det enighet om att man sannolikt närmar sig dessa problem genom att aktivt arbeta för drogfrihet. Trots ASI-värdet upprättas därför inga specifika behandlingsmål härvid.

Familj/umgänge: Klienten mår moraliskt mycket dåligt över att partner och den 5-åriga sonen farit illa under den senaste tidens aktiva missbruk. Partnerrelationen är inte akut hotad men behöver förbättras och stabiliseras. Sambon och sonen kommer därför att erbjudas övernattningsmöjligheter så ofta de praktiska förutsättningarna tillåter. Klient och sambo har uttryckt önskemål om att Dessa möten kommer att påbörjas under v. 3 och planeras äga rum på kontinuerlig basis fram till utskrivning.

Psykisk hälsa: Trots förhållandevis lindriga psykiska besvär har klienten tidigare med viss framgång haft psykologkontakt i hemkommunen. En psykologisk utredning planeras, sannolikt inkluderande en remiss till tidigare aktuell terapeut. Om väntetiderna är långa kommer psykiatrien att kontaktas så att åtminstone kuratorskontakt föreligger innan utskrivning.

Bilaga 3



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

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

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

