

Öppet intag - En väg till drogfrihet?

Rapport 2

En jämförelse av klienter inom *Öppet intag*
och andra behandlingsformer

Tola Jonsson

Göran Sidebäck

Hans Ekholm

Centrum för Vårldsforskning

Centrum för Vårldsforskning utger rapporter i tre skriftserier:

Skriftserie A Forskningsrapporter

Skriftserie B Arbetsrapporter

Skriftserie C Övriga rapporter

Rapporterna kan beställas från:

Centrum för Vårldsforskning ©

Mälardalens Högskola

Box 325

631 05 ESKILSTUNA

Tel.: 016-15 37 37

Fax: 016-15 37 50

E-mail: cvf@mdh.se

ISSN 1104-6384

Öppet intag - En väg till drogfrihet?

Rapport 2

En jämförelse av klienter inom *Öppet intag*
och andra behandlingsformer

Tola Jonsson

Göran Sidebäck

Hans Ekholm

Förord

Centrum för Välfärdsforskning åtog sig våren 1999 att utvärdera behandlingsformen *Öppet intag* – på Vårnäs behandlingshem i Vingåker – åt Vårdförbundet Sörmland. Utvärderingen, som är tänkt att utgöra underlag för beslut om fortsatt verksamhet och för vidareutveckling av densamma, bygger på diskussioner med den politiska ledningsgruppen för Vårdförbundet Sörmland och samtal med personal på Vårnäs.

Detta är den andra av tre rapporter. I den *första* rapporten *Öppet intag – En väg till drogfrihet?* används lokalt insamlade klientdata för att *beskriva* och analysera verksamheten och klientgruppen ur olika synvinklar. I föreliggande rapport *jämförs* verksamheten *Öppet intag* vid Vårnäs med andra behandlingsenheter i landet. Som underlag för jämförelsen används data insamlade genom DOK-systemet. I den *tredje* rapporten kommer en analys av sjukskrivningsmönster *före* och *efter* behandlingen vid Vårnäs att göras.

Ett stort tack till alla som på olika sätt har underlättat arbetet med rapporten. Det gäller personal vid Vårdförbundet Sörmland och Vårnäs behandlingshem och då särskilt förbundschef Birgitta Hagdahl, ekonomichef Bo Andersson och ekonomiassistent Gunvor Hjälmoth, som kunnigt och engagerat har informerat om verksamheten och underlättat för gruppen att få tillgång till data. På Statens Institutionsstyrelse och Institutet för Kunskaps- och Metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården har Håkan Jenner, Bert Gren, Kristin Bjurner och Mia Berg på olika sätt gett upplysningar och underlag om det s.k. DOK-systemet.

Eskilstuna den 24 november 2000

Göran Sidebäck

Föreståndare för CVF, fil.dr.

Tola Jonsson

Fil.dr

Hans Ekholm

Universitetsadjunkt

Sammanfattning

I denna rapport jämförs klientdata från behandlingsformen *Öppet intag* (ca 300 personer) med klientdata för tvångsintagna vid 15 LVM-institutioner (ca 500 personer) och frivilligt inskrivna vid 34 IKM-enheter (ca 1 400 personer). Data bygger på intervjuer gjorda med hjälp av DOK-systemets inskrivningsformulär. Resultatet visar att:

- Andelen kvinnor är lågt (ca en fjärdedel) på alla de studerade behandlingsenheterna och institutionerna, men något högre (ca tre procent) inom *Öppet intag* och bland de frivilligt inskrivna än bland de tvångsintagna.
- Medelåldern är ungefär lika för *Öppet intag* och LVM (42 år respektive 41 år), medan medelåldern för IKM-gruppen är lägre (38 år). Inom *Öppet intag* och IKM-enheterna är åldersspridningen bland kvinnor och män relativt likartad, medan kvinnorna på LVM-institutionerna är yngre än männen.
- *Öppet intag* har fler ”nya” klienter (83 procent), dvs. klienter som inte tidigare har varit inskrivna vid enheten än LVM-institutionerna (77 procent) och IKM-enheterna (75 procent) har.
- De som söker sig till *Öppet intag* har liksom referensgrupperna haft många upplevelser i uppväxtmiljön som anses kunna öka risken att hamna i ett missbruk, exempelvis varit fosterhemsplacerade eller upplevt missbruk i närmiljön.
- Fler av de inskrivna vid *Öppet intag* har egen bostad (75 procent) än i referensgrupperna (52 procent för LVM respektive 60 procent för IKM). Drygt hälften (53 procent) av de inskrivna vid *Öppet intag* lever ensamma, medan andelen ensamlevande bland klienterna på IKM-enheterna och LVM-institutionerna ligger lägre (44 respektive 42 procent).
- Fler i *Öppet intag* (49 procent) än i de båda andra grupperna (41 procent i LVM och 40 procent i IKM) har barn under 18 år. Nästan en tredjedel (29 procent) av de inskrivna vid *Öppet intag* har förlorat vårdnaden om minst ett av sina barn, vilket är betydligt färre än av bland de tvångsintagna (45 procent), men betydligt fler än bland de frivilligt inskrivna (18 procent).
- Drygt en tredjedel (36 procent) i *Öppet intag* uppger att de umgås enbart med missbrukare, vilket är fler än bland de tvångsintagna (21 procent). Uppgifter för de frivilligt intagna saknas. Det är framför allt kvinnorna vid *Öppet intag* som enbart umgås med missbrukare.
- Utbildningsnivån är likartad i alla tre grupperna. Tendensen är dock att *Öppet intag* och IKM-gruppen har något högre utbildningsnivå än LVM-gruppen.
- Drygt en fjärdedel (27 procent) av *Öppet intags* klienter försörjer sig genom lönearbete och nio procent har AMS-bidrag eller arbetslöshetsersättning. Fördelningen liknar den inom frivilliggruppen. Bland de tvångsintagna är det endast fem procent

som har arbete och en lika stor andel, dvs. fem procent, som får arbetslöshetsersättning.

- Även när det gäller ersättning genom sjukförsäkringssystemet, dvs. sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension, ligger andelarna i *Öppet intag*-gruppen och frivilliggruppen nära varandra (27 respektive 21 procent). Försörjning genom sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension är betydligt vanligare bland de tvångsintagna (44 procent) än bland klienterna i de andra grupperna. En fjärdedel av de tvångsintagna har förtidspension.
- En fjärdedel i *Öppet intag* och IKM-gruppen lever på socialbidrag (26 respektive 24 procent), medan närmare en tredjedel (31 procent) av de tvångsintagna lever på socialbidrag.
- Lika hög andel klienter i *Öppet intag* och LVM har någon gång blivit dömda för brott (76 respektive 75 procent), medan en lägre andel IKM-klienter har blivit dömda (62 procent). Straffen tenderar att vara hårdare för LVM-klienterna och lindrigast för IKM-klienterna.
- I samtliga grupper anger omkring hälften av klienterna att enbart bruk av alkohol föranlett behandlingen. I *Öppet intag* anger färre bruk av enbart narkotika (6 procent) som grund för behandlingen än i referensgrupperna (13 respektive 18 procent), medan en lika stor andel (30 procent) som i IKM-gruppen anger enbart narkotika eller narkotika i kombination med alkohol och/eller läkemedel. Motsvarande andel för de tvångsintagna är 39 procent.
- Knappt hälften av de inskrivna vid *Öppet intag* har tidigare vårdats för sitt missbruk. Av de tvångsintagna har tre fjärdedelar (75 procent) tidigare missbruksbehandlingar bakom sig.
- När det gäller tidigare psykiatrisk vård utmärker sig de inskrivna vid *Öppet intag*. Betydligt fler i *Öppet intag* har vårdats inom psykiatri (55 procent) än i referensgrupperna (40 respektive 35 procent).

Jämförelsen visar alltså att de inskrivna vid *Öppet intag* i flera avseenden skiljer sig från de klientgrupper som vi jämför med. I vissa fall avviker *Öppet intag* markant från båda referensgrupperna. Bl.a. har fler egen bostad i *Öppet intag* än i de andra grupperna och fler har egna barn under 18 år. Vidare är det avsevärt fler som enbart umgås med missbrukare, vilket särskilt gäller för kvinnorna. Fler har också tidigare erhållit psykiatrisk vård.

Innehållsförteckning

Inledning	9
1. Bakgrund och syfte	11
Behandlingsformen <i>Öppet intag</i>	12
Karakteristiska drag i behandlingsformen <i>Öppet intag</i>	13
Syfte	16
Val av referensgrupper	17
2. Data	18
DOK-systemet	18
Data	18
Datas kvalitet – några reflektioner	20
Resultat	23
3. Några grundfakta om de olika grupperna	25
Kön och ålder	25
Tidigare kontakt	25
Initiativtagare till behandlingen	26
Sammanfattande reflektion	26
4. Social bakgrund – uppväxtmiljö	27
Familjesituation under uppväxten	27
Missbruk och psykiska problem i närmiljön	27
Sammanfattande reflektion	28
5. Social förankring – boende och sociala relationer	29
Boendeform	29
Levnadsform	29
Förekomst av barn	30
Umgänge	30
Sammanfattande reflektion	31
6. Social förankring – arbete	32
Utbildning	32
Försörjning	32
Sammanfattande reflektion	33

7. Kriminalitet	34
Dömda för brott.....	34
Sammanfattande reflektion	35
8. Missbruksproblematik	36
Droganvändning.....	36
Vård och behandling.....	37
Sammanfattande reflektioner	37
Avslutning	39
9. Slutsatser och diskussion	41
Referenser	45
Bilaga 1: Klientdokumentation Öppet intag, LVM och IKM	47
Bilaga 2: Inskrivningsformulär IKM (lång version)	53

Inledning

1. Bakgrund och syfte

Missbruk av alkohol, narkotika och andra droger kan ses som ett personligt problem, men när det får en viss omfattning och utbredning kan det också ses som ett samhälleligt problem. Som personligt problem kopplas missbruk ofta ihop med personligt lidande och relationsproblem. Som samhälleligt problem lyfts ofta de missbruksrelaterade kostnaderna fram. Då tänker man kanske främst på sjukvårdskostnader och kostnader som uppkommer på grund av frånvaro från arbetet. Men missbruket ger även associationer till andra samhälleliga problem som stöld, rån och misshandel. Med andra ord kan man säga att samtidigt som missbruk anses åsamka missbrukaren själv och dennes närstående lidande, anses det leda till belastning på välfärdssystemet, produktionsbortfall och kriminalitet. Behandling och vård av missbrukare röner därför stort intresse, inte minst idag när krav på kostnadseffektivitet ställs på den offentliga sektorn.

Under slutet av 1980-talet och början av 1990-talet gjordes offensiva satsningar på narkomanvård och antalet institutionsplatser byggdes ut. En differentiering uppstod med långa vårdprogram för narkomanvård och korta vårdprogram för framförallt alkoholister vid hem som bedrev vård enligt Anonyma Alkoholisters (AA:s) 12-stepsprogram, ibland även kallad Minnesotamodellen. Satsningarna ledde till att vården blev dyrbar för kommunerna och effekterna av behandling började också ifrågasättas under senare delen av 1990-talet. I en rapport från Socialstyrelsen från 1997 slås fast att vård på behandlingshem inte leder till bestående resultat och att de ibland årslånga behandlingstiderna tär på kommunens ekonomi. Följden blev att den offensiva satsningen på institutionsvården under 1980-talet avstannade (Socialstyrelsen 1998).

Följer man argumentationen när det gäller kostnaderna för vård och behandling av missbrukare så verkar två utvecklingslinjer stå öppna. Den ena är att inte satsa på institutionsvård utan istället finna alternativa behandlingsformer särskilt när det gäller narkomaner. Exempel på utveckling i den riktningen är framväxten av nätverksorienterade behandlingsmetoder som förutsätter att klienten vistas i sin närmiljö s.k. öppenvård. Den andra är att hålla fast vid modeller för institutionsvård som kräver korta behandlingstider. Också här kan man se nyorienteringar. Bland annat har AA:s tolvstegsprogram använts även för narkomaner. I föreliggande rapport riktas uppmärksamhet mot ett behandlingshem som idag erbjuder ett behandlingsalternativ som kan ses som relativt kortvarigt. Behandlingshemmet Vårnäs med anor från 40-talet driver sedan juli 1996 försöksverksamhet med s.k. *Öppet intag* i kombination med AA:s 12-stegsprogram – ett program som omfattar cirka en månads institutionsvistelse och fyra uppföljningsträffar.

Vad finns då att säga om kritiken som riktas mot behandling av missbrukare? En vanlig föreställning är att missbrukarvård inte ger bestående resultat. Detta kan ha sin grund i att kontrollerade effektstudier gjorda på 1970-talet ofta visade nedslående resultat och det ledde till att begreppet ”nothing works” myntades. Utvärderingsresultaten har dock senare omvärderats och flera forskare hävdar att vård och behandling visst lönar sig. De positiva effekterna gäller då inte bara droganvändningen utan även andra effekter som bättre fysisk och psykisk hälsa (se Lindström 1992). Dessutom hörs allt oftare röster som menar att

kriterierna för vad man menar med en ”lyckad” rehabilitering bör problematiseras (Segraeus 1998).

När man diskuterar resultat bör man alltså precisera vad man menar med resultat och vad man jämför resultaten med. Flera olika utvärderingsdesigner finns tillgängliga. Ett sätt att utvärdera resultat är att göra före-efter-mätningar på ett urval av behandlade missbrukare. Segraeus (1998) nämner flera sådana studier, exempelvis McLellans (1994) uppföljning av behandling av missbrukare, Moos och Finneys (1990) utvärdering av alkoholbehandling och Anglins och Bells (1998 och 1999) studier av metadonbehandling (för en gedigen genomgång av effektstudier inom området alkoholmissbruk se Lindström 1992).

För att på ett rättvisande sätt kunna bedöma skillnader i effekter av olika behandlingsmodeller när man använder ovan nämnda design behövs jämförbara data. Genom utvecklandet av system för dokumentation av klienter har möjligheterna att göra sådana studier ökat. Ett exempel på dokumentationssystem är ASI, Addiction Severity Index (Andréasson, m.fl. 2000), som har utarbetats i USA av McLellan och hans kollegor. ASI utgår från att missbruk och problem relaterade till missbruket måste beaktas tillsammans. ASI-formulärets validitet och reliabilitet är noga utprövad under amerikanska förhållanden. ASI-formuläret har fått visst genomslag också i Sverige. Det ingår delvis i det s.k. DOK-systemet – ett system för dokumentation och utvärdering som utvecklats i samarbete med McLellan-gruppen och anpassats till svenska förhållanden. DOK används av statliga tvångsinstitutioner (LVM-DOK) och ett 30-tal behandlingsenheter inom frivilligvården (IKM-DOK), varav Vårnäs behandlingshem är ett (Jenner och Segraeus 1996).

En annan utvärderingsdesign för att värdera effekterna av missbrukarvården fås genom att behandlingseffekter sätts i relation till andra samhällförhållanden exempelvis folkhälsa, allmän säkerhet eller belastning på välfärdssystemen. I nästa delrapport inom utvärderingsuppdraget kommer sjukskrivningsmönster före och efter behandling att analyseras.

Behandlingsformen *Öppet intag*¹

Redan 1996 initierade Vårdförbundet Sörmland, som driver Vårnäs behandlingshem, i samarbete med Katrineholms kommun, en försöksverksamhet med behandlingsformen *Öppet intag* i kombination med en tolvstegsträning. Samarbetet utökades 1 april 1998 till att omfatta samtliga kommuner i Sörmlands län utom Flen. Från 1 april 1999 ingick även Flen i samarbetet.²

Den bärande idén med *Öppet intag* är att underlätta för den enskilde att inleda behandling för att bli fri från sitt missbruk. I ett informationsmaterial sägs målet vara ”att alla beroendesjuka i Sörmland skall få behandling när de behöver och önskar det utan någon långdragen och för samhället dyrbar utredningsprocess”. Det innebär att en person med en problematisk drogkonsumtion kan komma till behandlingen utan utredning av sociala myndigheter. En platsgaranti på tre veckor utlovas. Verksamheten utmärks alltså av hög tillgänglighet. Genom att erbjuda hög tillgänglighet vill man uppnå att missbrukare skall söka behandling i ett tidigt skede av beroendeutvecklingen och att nå dem som inte tidigare sökt behandling för sitt missbruk. En förhoppning är också att den ”korta vägen” till

¹ Följande redovisning bygger på samtal personal vid Vårnäs behandlingshem och skriftlig information om behandlingsformen däribland en promemoria författad av Birgitta Hagdahl, förbundschef vid Vårdförbundet Sörmland.

² Uppgifterna gäller för den studerade tidsperioden, dvs. 1 april 1998 – 30 september 1999.

behandling skall avdramatisera ett missbruk. Inspiration till *Öppet intag* har hämtats från Island där behandling bedrivs enligt denna modell och där missbruk inte framstår lika skambelagt som i Sverige. Ett långsiktigt mål med *Öppet intag* är även att verka för en attitydförändring till ”missbrukaren”.

På Vårnäs behandlingshem erbjuds klienten minst 7-10 dagar avgiftning och därefter vidtar tre veckors behandling i grupp enligt AA:s tolvstegsprogram. Modellen, som vuxit fram i USA, utgår från idén att alkoholism (och annat missbruk) bör betraktas som en sjukdom.³ På så sätt avser man att motverka skam- och skuldkänslor förknippade med att vara alkoholist/missbrukare. Ett viktigt inslag i behandlingen är att patienterna får insikt om sin beroendesjukdom och behovet av en livslång behandling. Den institutionella behandlingen ska inte ses som en isolerad del, utan motiverings- och uppföljningsarbetet i AA- och NA (anonyma narkomaner)-grupper är en självklar förlängning av den institutionella behandlingen. I nästa avsnitt utvecklas behandlingsmodellens grunder utförligare.

Karaktäristiska drag i behandlingsformen *Öppet intag*

Man kan säga att behandlingsformen *Öppet intag* består av en oprövad del, *det öppna intaget* och en beprövad del, *tolvstegsträningen*. Dessutom bygger vården inom behandlingsformen på *frivillighet*. Dessa delar, som kan tänkas ha betydelse för hur behandlingsformen mottas och vilka effekter som uppnås, kommer att diskuteras i detta avsnitt.

Det öppna intaget

I vanliga fall förmedlas kontakten mellan missbrukare och behandlande instans genom socialtjänsten. Avgörande frågor blir då vilka tankar som ligger bakom förmedlingen och hur den går till i praktiken? När det gäller val av vård eller behandling har tanken att kunna välja rätt behandling till varje person med missbruksproblem, s.k. *matchning*, fått stor genomslagskraft. Jan Blomqvist (1991) skriver i boken *Rätt behandling för rätt klient - ingen enkel match*: ”På sina håll har idén om matchning utnämnts till hoppet för framtiden när det gäller missbrukarvårdens utveckling, ..”. Genom att matcha klient och behandling förväntas utfallet bli optimalt. Grundtanken är att det inte finns en bästa metod för missbruksbehandling, utan att en viss behandlingsmodell är mer lämpad för vissa klienter än för andra. En förutsättning för att driva matchningshypotesen är att missbrukare är olika i några väsentliga avseenden (Blomqvist 1991, Lindström 1992). Nu finns det, enligt Blomqvist, ofta praktiska problem med matchningen genom att flera faktorer kan inverka på behandlingsvalet. För det första kan socialsekreterarna styra valet genom sin övertygelse om att en vårdform är bättre än andra. För det andra kan de välja att satsa på klienter som de tror kommer att svara på behandlingen och för det tredje kan yttre ramar, exempelvis kostnader för behandlingen, påverka deras val. Det är snarare slumpen eller godtycket som styr vilken klient som hamnar inom en viss behandling och man kan, enligt Blomqvist, därför tala om *spontan matchning*.

Blomqvist (1991) hävdar att ett bättre sätt att sköta matchningen är att tillämpa s.k. *själv-matchning*. Det innebär att missbrukaren med stöd från socialsekreteraren ges möjlighet att göra ett *informerat val*. Det räcker då inte med att fråga klienten vad denne vill, utan kräver att socialsekreteraren kan informera klienten om behandlingsalternativen och vad de innebär. Dessutom måste samspelet mellan klient och socialsekreterare fungera så att socialsek-

³ ”Under 1980-talet knöts stora förhoppningar till Minnesotamodellen och dess tolvstegsprogram”. Lindström (1994, s 80-91).

reterarna ställer frågor som kan hjälpa klienten att formulera sina problem och sitt vårdbehov.

Som nämnts är den bärande idén i behandlingsformen *Öppet intag* att klienten inte förmedlas till behandling genom sociala myndigheter och därmed kan vi varken tala om spontan matchning eller självmatchning enligt Blomqvists definition av begreppen. Istället görs behandlingsvalet i huvudsak av personen själv utifrån egna premisser, s.k. *självselektion*. Vilka är då de personer som väljer *Öppet intag*? Då ingen registrering och utredning behövs för att komma under behandling verkar det rimlig att anta att klienter som väljer *Öppet intag*, alltså tillämpar självselektion, vill slippa inblandning av sociala myndigheter. Att värna sin anonymitet eller inte vilja bli synlig som missbrukare kan också vara kännetecknande för dessa personer.⁴ En intressant fråga är om och på vilket sätt klienter vid *Öppet intag* skiljer sig från klienter som matchas till behandling genom socialtjänstens försorg.

Frivilligheten

Tvångsvård och frivilligvård utgör två alternativ inom missbrukarvården. Tvångsvården som regleras genom lagstiftning ger myndigheterna möjlighet att ingripa mot missbrukarens egen vilja, medan frivilligvården bygger på personens samtycke. Blomqvist (1991) anför att missbrukarvård som formellt bedrivs i frivillig form på olika sätt kan uppfattas som en mer eller mindre tvingande form av klienten. Och omvänt så kan det diskuteras om det är rätt att betrakta de tvångsomhändertagna som passiva offer, utan egen vilja. Bättre är att betrakta tvånget som något initialt då det finns starka belägg för att möjligheten att behandla någon mot dennes vilja inte håller i längden (Blomqvist 1991, se även Billinger 2000). Denna tanke speglas i 3 § i LVM-lagen där målet för tvångsvården sägs vara att ”motivera missbrukaren .. att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk”.

Men låt oss inte avfärda frågan om frivillighet med detta, utan hålla oss kvar vid frivillighet som den *egna viljans betydelse som drivkraft till förändring*. En av grundtankarna i *Öppet intag* är att ”ingen söker hjälp utan att behöva det”. Man utgår alltså från att klienterna är motiverade både till att söka hjälp och underkasta sig behandling för sina problem. Den egna viljan betraktas alltså som en viktig drivkraft till förändring. Siv Nyström (1999) som genomfört en utvärderingsstudie av behandling av kriminella missbrukare diskuterar bland annat denna fråga. Bland dem som ingår i hennes studie och anger att de själva valt behandlingen finns både de som hävdar att de gjort ett aktivt val för att förändra sitt liv och de som menar att de ”låt en möjlighet stå öppen” eller ”tagit tillfället i akt”. Nyström tolkar de senare uttrycken som ett mindre medvetet val under påtryckningar av yttre faktorer. De yttre faktorer som intervjupersonerna anger är risken att förlora partnern, föräldrars påtryckningar eller risken att bli utan försörjning eller bostad. Hon sammanfattar: ”Den egna viljan tycks hos de intervjuade döljas eller beslöjas av andras vilja eller annorlunda uttryckt den egna viljan lånar sin röst från andra utan behov av att hålla dem isär” (Nyström 1999).

Den sociala omgivningens betydelse för att söka vård lyfts även fram av bl.a. Room (1989). Han finner att få människor söker vård utan att dessförinnan ha utsatts för påtryckningar

⁴ Naturligtvis kan det finnas yttre faktorer som exempelvis faktiska och uppfattade behandlingsalternativ, geografisk närhet m.m. som är viktiga vid valet av behandlingsform.

från familj och vänner angående sitt drogmissbruk. Informella påtryckningar kan till och med, enligt Room, vara en förutsättning för att en formell behandling skall komma till stånd (refererad i Lindström 1994, s 83).

Då den egna viljan påverkas av omständigheterna är det svårt att särskilja den egna viljan och därmed blir det också svårt att analysera den som en komponent för val av behandlingsform eller för lyckad rehabilitering. Även om denna svårighet finns pekar ändå Nyströms resonemang, liksom Rooms fynd, på något viktigt. Just det faktum att den egna viljan sammanflätas med uppfattade påtryckningar från närstående och andra yttre betingelser gör det, menar vi, rimligt att anta att exempelvis personens familjesituation, anknytning till arbetsmarknaden, liksom missbrukets omfattning och karaktär påverkar både motivet att sluta missbruka och valet av behandlingsform.

Tolvstegsträningen

Den tredje delen i projektet är tolvstegsprogrammet som bygger på ett speciellt perspektiv på missbruk. Det florerar en rad olika perspektiv eller modeller för att förstå och förklara olika aspekter av missbruk. Frågor som avhandlas är varför man börjar använda droger, varför det leder till missbruk, varför man fortsätter med missbruk trots medvetenhet om dess skadliga verkan, varför och hur man slutar dricka och varför man får återfall. När det gäller alkoholism har Lindström (1992) systematiserat förklaringsansatserna och funnit följande kategorisering; a) moralmodellen, b) sjukdomsmodellen, c) beroendemodellen, d) symtommodellen, e) inlärningsmodellen och e) sociala modellen.

Tolvstegsprogram utvecklade av AA kombinerar enligt Lindström inslag från moral- och sjukdomsmodellerna. För det första beskrivs missbruket som en sjukdom vilket implicerar att individen fräntas ansvar för sin handling och därmed tillskrivs maktlöshet inför alkoholen (eller i ett vidgat perspektiv drogen). Ett viktigt inslag är också föreställningen att alkoholister och före detta alkoholister skiljer sig från icke-alkoholister på väsentliga punkter och att alkoholism är ett permanent och irreversibelt tillstånd. Alkoholism kan alltså liknas vid ett kroniskt sjukdomstillstånd. I moraliskt hänseende innefattar dessa program idén om att det narcissistiska jaget måste kuvas, för att sedan förändras till ett bättre jag (ett gudfruktigt jag).⁵ Man kan alltså säga att man gör en moralisk omvärdering av sin livssituation

För det andra rekommenderas icke-medicinska behandlingsalternativ för att komma till rätta med sjukdomen alkoholberoende. Denna del av behandlingen innebär ofta av att man genomgår en institutionell del som består av ett strukturerat program i vilket man tvingas till insikt om sitt "sjukdomstillstånd" och att en enda drink är en för mycket. Och där man genom det strukturerade programmet hindras att fly från konfrontationen med sitt missbrukarjag. Uppföljningen består i att man i grupp verbaliserar problemet vilket stärker det personliga motståndet mot frestelsen att droga sig samtidigt som klienterna får möjlighet att inse att de är accepterade och älskade. Medan den institutionella delen av programmet är relativt kortvarig, är efterbehandlingen livslång och sker genom deltagande i AA- eller NA-grupper.

Lindström (1992) påpekar att det kan tyckas som en paradox att se alkoholism som en sjukdom utanför individens kontroll och samtidigt som bot rekommendera en psykosocial

⁵ Tankegången måste förstås utifrån den kristna referensram inom vilken AA växte fram.

behandlingsmodell. En förklaring till att denna motsägelse accepteras är, enligt Lindström, att idén om alkoholism som sjukdom inte lanserats av medicinskt vetenskapliga skäl, utan av politiska, religiösa och humanitära skäl.

Blomqvist (1991) granskar olika behandlingsalternativ utifrån aspekterna förklaring till missbruksproblem, behandlarstil och vårdens utformning och struktur. Han finner att AA-ideologin har en entydig förklaring till missbruksproblem, att behandlaren ses som en ”moralisk auktoritet” och att programmet är kortvarigt och hårt strukturerat, vilket ger litet utrymme för klientens personliga rörelsefrihet och möjlighet att påverka vården.

En synpunkt som ofta förekommer när det gäller tolvstegsmodellen är att den framför allt riktar sig till välutbildade och i samhället väletablerade personer.⁶ När Blomqvist (1991) granskar vilka klienter som anses passa olika behandlingsmodeller finner han att ”de renodlade Minnesota-programmen inom alkoholistvården främst vänder dig till socialt förankrade klienter med ordnade arbets- och bostadsförhållanden, men att man i några fall också försökt anpassa modellens program för att passa socialt mer utslagna alkoholister”.

Två intryck blir tydliga när man tar del av beskrivningar av tolvstegsmodellen. För det första beskrivs behandlingen som styrande eller auktoritär både av dem som kritiserar modellen och av dem som framhåller dess förtjänster. För det andra anses programmet passa missbrukare som är socialt förankrade och därmed är det inte en behandlingsmodell för alla.

När det gäller behandlingsformen *Öppet intag*, där personen själv väljer behandling, utan utredning från sociala myndigheter, handlar det inte om ett *informerat val*, dvs. klienten är inte nödvändigtvis informerad om vad behandlingen innebär och hur den passar hennes behov och problem. Däremot kan det mycket väl vara så att personen har en viss *uppfattning* om behandlingen (och i vissa fall har personen tidigare genomgått behandling för sitt missbruk).

Syfte

I föreliggande rapport är *syftet* att analysera hur de karaktäristiska dragen för behandlingsformen *Öppet intag* – det öppna intaget, frivilligheten och tolvstegsprogrammet – samspelar med klientegenskaper som social bakgrund, social förankring, kriminalitet och missbruksprofil.

Av diskussionen ovan har vi dragit slutsatsen att de för *Öppet intag* karaktäristiska dragen var för sig och/eller tillsammans kan påverka vilka klienter som söker sig till behandlingsformen. Vår huvudhypotes är att klienter som söker sig till *Öppet intag* på olika sätt skiljer sig från klienter som finns i andra behandlingsformer.

På vilket sätt skiljer sig då klientgrupperna vid *Öppet intag* från andra klientgrupper? Ett sätt att få grepp om faktorer av vikt att studera när man vill särskilja olika klientgrupper är att ta del av tidigare forskning och av beprövad erfarenhet. Vi har redan konstaterat att det finns belegg för den sociala omgivningens betydelse för viljan att söka hjälp för sitt missbruk (bl.a. Nyström 1999). Ted Goldberg framhåller i en debattartikel i Dagens Nyheter⁷ att hans egna och andras forskning visar att det finns ett samband mellan

⁶ För en beskrivning av Minnesotamodellens mottagande i Sverige se ex.vis. Löfgren och Nelson-Löfgren (1992).

⁷ Dagens Nyheter den 29 augusti 1999.

problematiserad konsumtion av narkotika och andra droger och bl.a. hemförhållanden, arbete, fritid och kriminalitet. Andra sammanställningar av undersökningsresultat visar även de på samband mellan såväl socio-ekonomiska som psyko-sociala faktorer och utvecklandet av en missbrukarkarriär (Lindström 1994, se även Lindberg 1998).

De olika dokumentationsinstrument som utvecklats bygger på antaganden om samband mellan levnadsförhållanden och missbruk. Detta framgår också tydligt i DOK-systemets intervjuformulär. De frågor som ställs till klienten är, som tidigare nämnts, förutom vissa grundfakta, exempelvis frågor om uppväxtmiljö, aktuell livssituation, kriminalitet, hälsa och missbruk.

I ett försök att precisera vår huvudhypotes, vars huvudsakliga syfte är att ge underlag för en strukturerad beskrivning och jämförelse av klienter inom olika behandlingsformer, antar vi preliminärt i detta arbete att klienter vid *Öppet intag* skiljer sig från klienter i andra behandlingsformer genom att de

- a) uppvisar ”bättre” social bakgrund,
- b) har en starkare social förankring, dvs. har bättre boendesituation, starkare sociala relationer och bättre anknytning till arbetsmarknad,
- c) är mindre kriminellt belastade och
- d) har lättare missbruksproblematik.

Val av referensgrupper

Vi vill belysa skillnaden mellan klienter vid *Öppet intag* och andra klientgrupper utifrån aspekterna *det öppna intaget*, *frivilligheten* och *tolvstegsprogrammet*. Till att börja med utgår vi från den klientbeskrivning av klienterna vid *Öppet intag* för tiden 1 april 1998 till och med 30 september 1999 som tidigare gjorts inom uppdraget.⁸ Beskrivningen bygger på DOK-data som samlas in genom den inskrivningsintervju som görs med varje klient vid Vårnäs behandlingshem.

För att studera vad *det öppna intaget* betyder sökte vi en referensgrupp som liknade *Öppet intag* med avseende på att behandlingen var frivillig och att tolvstegsprogrammet tillämpades. Våra kontakter med ett behandlingshem som uppfyllde dessa krav och som dessutom ingick i DOK verkade till att börja med lovande, men det strandade senare på att vi inte fick data inom utsatt tid. Istället valde vi att använda DOK-data insamlade under 1998 för klienter inskrivna vid frivilliga missbrukarvårdsenheter, s.k. IKM-DOK-data (se IKM 1999). En nackdel med att använda IKM-DOK-data är att de innefattar enheter med olika behandlingsformer, vilket medför att vi inte kan konstanthålla behandlingen på det sätt som vi tänkt oss.. En annan nackdel är att uppgifterna i formuläret ibland inte är bearbetade på samma sätt som de övriga materialen.

För att studera frivillighetens betydelse valde vi att jämföra data för *Öppet intag* och IKM-enheterna med data för tvångsintagna vid LVM-institutioner under 1998, s.k. LVM-DOK-data. Dessa data fick vi genom Statens institutionsstyrelse (SiS). De bearbetades sedan på samma sätt som data för *Öppet intag*, Vårnäs (se vidare diskussion om datas kvalitet i kapitel 2).

⁸ För en utförlig beskrivning av klientkaraktäristika för Vårnäs behandlingshem se Ekholm, Jonsson och Sidebäck (1999).

2. Data

DOK-systemets inskrivningsdata, som denna rapport grundar sig på, rymmer uppgifter om social bakgrund och nuvarande livssituation för klienter vid de behandlingshem som är anslutna till systemet. De karaktäristika vi valt att analysera kan samlas under följande rubriker, några grundfakta om de olika grupperna (kap 3), social bakgrund (kap 4), social förankring i aktuell livssituation (kap 5 och 6), kriminalitet (kap 7) och missbruksprofil (kap 8). Valet av klientkaraktäristika baseras, som ovan nämnts, på tidigare forskning och klinisk erfarenhet och stämmer väl med de möjligheter DOK-materialet ger. I följande kapitel beskrivs inledningsvis DOK-systemet och därefter följer några ord om data och datas kvalitet.

DOK-systemet

DOK-systemet har utvecklats i samarbete med FoU-enheten vid Statens institutionsstyrelse (SiS) och Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården (IKM). Syftet med DOK är att samla och utveckla en grund för självutvärdering vid de anslutna institutionerna och samtidigt bidra till kunskapsutveckling inom missbrukarvården i stort. Data samlas in i tre steg. I det första steget samlas data om alla klienterna vid inskrivningstillfället genom att personal vid institutionen fyller i ett intervjuformulär (lång version) eller att personalen använder aktmaterial eller en kortare intervju för att registrera uppgifter i formuläret (kort version). Dessa data kan sedan användas lokalt för att göra beskrivningar och analyser av den egna klientgruppen, dvs. som ett led i en lokal utvärdering. Den information som finns tillgänglig är klienternas sociala bakgrund, aktuella livssituation, t.ex. familjesituation, umgänge, försörjning, boende, hälsa och missbruksprofil. Genom att flera institutioner är anslutna till DOK finns möjligheten att göra både jämförelser mellan olika institutioner och nationella analyser (Statens institutionsstyrelse 1999).

Det andra steget är en urvalsundersökning i vilken ett urval av klienterna vid samtliga institutioner kartläggs mera noggrant, bl.a. med hjälp av ASI-formuläret (se ovan). I det tredje steget görs en uppföljning av urvalsgruppen sex månader efter utskrivningen varvid vissa frågor utgår från frågorna i steg två. Syftet med dessa två steg är att bidra till ”kunskapsutveckling om missbrukarvård i stort”. För den lokala självutvärderingen är dessa steg inte direkt användbara (Statens institutionsstyrelse 1999).

Data

DOK ökar alltså möjligheterna att göra relevanta jämförelser mellan olika enheter. Grunden för jämförelsen i vår studie finns i den s.k. inskrivningsintervjun. Frivilligt inskrivna vid IKM-enheter anslutna till DOK har besvarat i stort sett samma frågor som tvångsintagna klienter vid SiS samtliga LVM-institutioner.

Öppet intag-materialet består av 317 personer inskrivna vid Vårnäs behandlingshem under tiden 1 april 1998 – 30 september 1999, dvs. under 18 månader. Data bygger på två olika inskrivningsformulär – *långformuläret* och *kortformuläret*. Långformuläret, som används för att samla in en mer uttömmande information om de inskrivnas situation, besvaras alltid genom en personlig intervju. Långformuläret består förutom av samtliga frågeområden i

kortformuläret också av frågeområdena uppväxtmiljö, psykisk hälsa och behov av hjälp och stöd. I långformuläret finns ibland fler frågor under varje frågeområde än i kortformuläret. Frågorna i kortformuläret besvaras antingen genom personlig intervju eller genom att motsvarande data hämtas från klientakten.

Under den aktuella tidsperioden har vissa personer skrivits in flera gånger vid *Öppet intag*. Det betyder att det ibland finns flera intervjuer med en och samma person. I vår redovisning har vi inte arbetat med falldata, utan med persondata. Det innebär att varje person vid bearbetningen endast har tagits med en gång. När det finns flera inskrivningsintervjuer med samma person har vi gjort urvalet av behandlingsfall enligt följande principer: Uppgifter från ett långformulär används när en sådan finns i det aktuella tidsintervallet. Om det finns flera långformulär, så används det formulär som tidsmässigt ligger först i tidsintervallet. Om ett långformulär saknas, så används uppgifter från kortformuläret. Om det finns flera kortformulär, så används det formulär som ligger tidsmässigt först.

Tabell 1.1 Typ av formulär *Öppet intag*

Formuläret besvaras genom	Typ av formulär		
	Kort	Lång	Antal
Personlig intervju	56	251	307
Aktdata	10	0	10
Antal	66	251	317

För 317 personer vid *Öppet* finns uppgifter motsvarande frågorna i kortformuläret och för 251 av dem finns dessutom uppgifter motsvarande frågorna i långformuläret.⁹ Det innebär att 79 procent av formulären är långformulär.

LVM-materialet består av 528 tvångsinskrivna personer vid någon av SiS 15 LVM-institutioner under 1998. För 412 personer finns uppgifter enligt långformuläret. Det innebär att 78 procent av formulären är långformulär. Samtliga uppgifter i de båda formulären har samlats in genom personlig intervju.¹⁰

Tabell 1.2 Typ av formulär LVM-institutioner

Formuläret besvaras genom	Typ av formulär		
	Kort	Lång	Antal
Personlig intervju	116	412	528
Aktdata	0	0	0
Antal	116	412	528

LVM-institutionerna vänder sig till olika klientgrupper. Det finns institutioner som bara vänder sig till kvinnor eller bara till män och det finns institutioner som vänder sig till båda könen. Det finns LVM-institutionerna som inriktat sig på olika grupper av missbrukare t.ex. våldsbenägna, psykiskt störda och särskilt omvårdnadskrävande. Vissa institutioner

⁹ Bastalen för tabellerna i text och bilaga 1 är 317 i de fall frågorna också finns i kortversionen och 251 i de fall frågorna endast finns i den långa enkätversionen (med viss variation p.g.a. bortfall).

¹⁰ Bastalen för tabellerna i text och bilaga 1 är 528 i de fall frågorna också finns i kortversionen och 412 i de fall frågorna endast finns i den långa enkätversionen (med viss variation p.g.a. bortfall). Två av intervjuerna är telefonintervjuer – en för varje formulärtyper.

tar huvudsakligen emot klienter med alkohol som huvuddrog, andra tar emot klienter med narkotika som huvuddrog och ytterligare andra tar emot klienter oberoende av drogtyp (Statens institutionsstyrelse 1999).

Uppgifterna för IKM-enheterna har vi hämtat från IKM:s sammanställning av klientdata för 1998.¹¹ Under året rapporterades klientdata för totalt 1 471 personer in till DOK-systemet. För dessa finns uppgifter motsvarande kortformuläret. För 807 personer finns uppgifter motsvarande långformuläret, vilket motsvarar 55 procent av alla formulär. Om vi sammanställer fördelningarna mellan formulärtyp och hur data insamlats får vi för IKM-materialet följande tabell.¹²

Tabell 1.3 Typ av formulär IKM-enheter

Formuläret besvaras genom	Typ av formulär		
	Kort	Lång	Antal
Personlig intervju	291	807	1098
Aktdata	373	0	373
Antal	664	807	1471

Uppgifterna i IKM-materialet kommer från 34 behandlingsenheter av mycket heterogen karaktär. Femton är öppna mottagningar för främst alkoholmissbrukare (691 individer), nio är öppna mottagningar för främst narkotikamissbrukare (496 individer), fyra enheter är inriktade på omvårdnad och boendestöd (68 individer) och sex är behandlingshem (216 individer). Uppgifter från Vårnäs behandlingshem ingår inte i detta material.

Datas kvalitet – några reflektioner

I den bearbetning som tidigare gjorts av data för *Öppet intag* har en rad fel i materialet korrigerats. Det interna bortfallet, dvs. att vi saknar uppgifter om svar på någon enskild fråga, är lågt. För en utförligare redovisning av datas kvalitet för *Öppet intag* hänvisas till vår första rapport (se Ekholm, Jonsson och Sidebäck 1999). De kvalitetshöjande justeringar som har gjorts av IKM- och LVM-materialen redovisas i viss mån i deras rapporter. Det är ofta svårt att jämföra olika datamaterial med varandra, samtidigt som det i många fall är både önskvärt och angeläget. Om den jämförelse som vi gör i denna rapport ska bli korrekt förutsätter det bl.a. att data är likvärdiga, att vi använder oss av samma variabeldefinitioner och att bortfallet hanteras på samma sätt. Det är naturligtvis en stor fördel att själv ha tillgång till data (i form av datafiler) för att kunna garantera att analyser och variabelbildningar görs på samma sätt. Vi är mycket tacksamma för att SiS gett oss en avidentifierad datafil med DOC-uppgifter för 1998. Detta har dock inte varit möjligt att få från IKM. I detta fall har vi fått nöja oss med tabellerna i en skriftlig rapport.

När det gäller datainsamling, kodning av data och bearbetning av data försöker man från IKMs sida garantera kvalitén både genom utbildning av intervjuarna och genom kodanvisningar av olika slag (se IKM, 1999). Hur detta i praktiken fungerar har vi inga uppgifter om. Men vi har en kritisk synpunkt när det gäller redovisningen av bortfallet. Ingenstans i

¹¹ IKM 1999.

¹² Bastalen för tabellerna i text och bilaga 1 är 1 471 i de fall frågorna också finns i kortversionen och 807 i de fall frågorna endast finns i den långa enkätversionen (med viss variation p.g.a. bortfall).

rapporten anges att uppgifter från en hel enhet (Vårnäs behandlingshem) *inte* finns med i sammanställningen för 1998. Vi upptäckte detta av en slump när vi försökte beräkna Vårnäs materialets effekter på vissa variabler i den nationella sammanställningen från IKM. Vid telefonkontakt fick vi veta att Vårnäs inte ingick, vilket dock var bra för vår analys.

Data för de tvångsintagna (LVM-DOK-data) har vi fått av SiS, som också gjort i justeringar i materialet.¹³ Därefter har de bearbetats av oss på samma sätt som data för *Öppet intag*. Det interna bortfallet är något högre än för *Öppet intag*. Frågan om tidigare vård inom psykiatri (tabell 8.4) i LVM-materialet kan vara problematisk.

Vi har en generell kommentar om bortfallsredovisningen, som i några få fall kan ha betydelse för tolkningen av procentskillnader. Vi har olika typer av bortfall, dels när ingen svarat eller fyllt i en uppgift och dels när ”svaret” har kodats som ”ej relevant”, ”klienten kan/vill ej svara” och ”frågan ej ställd”. Den första bortfallstypen ska alltid förekomma på frågor (variabler) som hör till långformuläret för personer som besvarat kortformuläret – de har ju inte fått en möjlighet att besvara dessa frågor. Till detta kommer ett antal personer som inte besvarat (eller fått möjlighet att besvara) en eller flera frågor, som de egentligen borde ha besvarat. Detta bortfall är i regel relativt litet och går lätt att beräkna från de bastal som redovisas i tabellerna (se tabell nedan). Den andra bortfallstypen (ej relevant, klienten kan/vill ej svara, frågan ej ställd) har också kodats som bortfall i data för *Öppet intag* och i LVM-materialet och ingår därmed inte i den s.k. procentbasen. I IKM-materialet ingår den dock i procentbasen, vilket i praktiken endast har betydelse när denna bortfallstyp utgör en hög andel av bastalet. I våra data är denna bortfallstyp högst ca fem procent (tabellerna 5.3 och 8.1). Effekten av IKMs beräkningsätt är att övriga procentandelar blir proportionellt lägre än de annars skulle bli. Exempelvis blir effekten i tabell 5.3 att sex procent ska fördelas på de två aktuella alternativen i proportion till svarsfördelningen (heltalsavrundat).

Bastal (utan bortfall) för *Öppet intag*, LVM-institutioner och IKM-enheter

	Öppet intag	LVM	IKM
Svar baserat på frågor enbart i <i>långformuläret</i>	251	412	807
Svar baserat på frågor både i lång- och kortformuläret	317	528	1471

För IKM har, som nämnts, uppgifterna hämtats från deras egen sammanställning (IKM 1999). Vi använder den och förutsätter att databearbetningarna gjorts på samma sätt som för de båda andra materialen om det inte finns skäl att anta något annat. Ett allmänt problem med jämförelsen är att det saknas vissa uppgifter i IKM-rapporten. Exempel på uppgifter som saknas är: Uppgift om utländskt medborgarskap för år 1998, medelålder differentierat på kön (tabell 3.2) och huvudsaklig uppväxt (tabell 4.1) och om man tidigare genomgått avgiftning (tabell 8.3).

I vissa fall har vi fått anpassa kategorierna i *Öppet intag* och LVM till IKM (tabell 5.2). För att skapa kategorierna i tabell 5.2 har vi använt data från de två frågor som i ursprungsformuläret benämns huvudsaklig boendeform och huvudsaklig levnadsform (de senaste 30 dagarna). Kategorin ”Bor på institution/fängelse eller är bostadslös” i tabell 5.2 har skapats genom att ta bort samtliga personer som tillhör någon av de nämnda grupperna från den levnadsform som de ursprungligen har varit placerade i och placera dem i den nybildade

¹³ Data för LVM har erhållits från SiS i form av en SPSS-datafil.

kategorin. Vi har gjort detta för att uppnå jämförbarhet, även om vi känner en viss tvekan inför denna kategorisering. Personer som placerats i denna kategori är oftast ensamlevande, men nästan samtliga andra samlevnadsformer förekommer i LVM-materialet. Våra beräkningar och jämförelser antyder att de bostadslösa kanske inte har kommit med i den av IKM införda kategorin.¹⁴ Om detta är korrekt, så bör andelen ensamlevande i tabell 5.2 för IKM:s del istället hamna på ca 40 procent och andelen som ”bor på institution/fängelse eller är bostadslös” bör vara 18 procent istället för 13 procent.

Med följande exempel vill vi visa vad olika variabeldefinitioner kan få för effekt. Vi utgår från tabell 8.2 om tidigare vård för missbruk, eftersom det finns flera olika möjligheter att skapa variabler som på olika sätt speglar detta (se bilaga 2, Intervjuformulär IKM, lång version, avsnittet behandlingshistoria). Att genomgå avgiftning kanske kan betraktas som en form av vård, att genomgå dygnsvård i syfte att behandla missbruket är sannolikt en bättre variabel och variablerna kan också kombineras på traditionellt sätt för att skapa en ny vårdvariabel. Dessa variabler kan bara skapas för personer som besvarat långformuläret.¹⁵ Om vi vill ha en variabel, som beskriver missbruksvården för samtliga inskrivna, så måste den utgå från variabler som finns med i kortformuläret. Det finns två variabler som kan användas för att skapa en eller flera vårdvariabler. Frågan lyder om det ”senaste vårdtillfället före det nu aktuella i syfte att behandla missbruk (gäller även avgiftning)” har skett ”inom öppenvård” eller ”inom slutenvård (dygnsvård)”. Även här kan vi skapa tre vårdvariabler. Tabellerna nedan ska dels illustrera att det ofta finns många valmöjligheter och dels att det är viktigt att göra jämförelserna med variabler som är definierade på samma sätt. Vi kan konstatera att LVM-enkäten för samtliga frågor tycks baseras på långformuläret. Vi ser även att samtliga variabler uppvisar samma mönster även om nivåerna varierar.

Missbruksvårdsfrågor baserade på långformuläret (se bilaga 2 för exakta frågeformuleringar).

Svarsalternativ	Öppet intag			LVM		
	Avgiftning	Dygnsvård	Avgiftning och dygnsvård	Avgiftning	Dygnsvård	Avgiftning och dygnsvård
Nej /Ej vårdad	40%	54%	32%	11%	25%	7%
Ja/Vårdad	60%	46%	68%	89%	75%	93%
Bastal	251	251	251	398	347	345

Missbruksvårdsfrågor baserade på kortformuläret (se bilaga 2 för exakta frågeformuleringar).

Svarsalternativ	Öppet intag			LVM		
	Inom öppenvård	Inom slutenvård	Inom öppen el. slutenvård	Inom öppenvård	Inom slutenvård	Inom öppen el. slutenvård
Nej /Ej vårdad	74%	39%	32%	44%	21%	11%
Ja/Vårdad	26%	61%	68%	56%	79%	89%
Bastal	313	316	313	366	386	351

¹⁴ Av tabell 5.1 framgår att 6 procent bor på institution, 7 procent är i fängelse och 5 procent är bostadslösa, dvs. vi bör få sammanlagt 18 procent i den nybildade kategori som IKM har infört i tabell 5.2.

¹⁵ Inringade frågenummer i intervjuformuläret ställs till alla, dvs. de ingår i kortformuläret, som är en del av långformuläret. Se bilaga 2. Det är möjligt att LVM:s formulär på några punkter avviker från IKM:s.

Resultat

3. Några grundfakta om de olika grupperna

I detta kapitel redovisas bakgrundsfaktorer som kön, ålder, tidigare kontakt med enheten och initiativtagare till kontakten för de inskrivna vid *Öppet intag* och de två referensgrupperna – de tvångsintagna (LVM) och de frivilligt inskrivna (IKM).

Kön och ålder

Det är ett etablerat empiriskt faktum att de flesta missbrukare är män och det är därför ”naturligt” att denna mansdominans också återfinns bland dem som genomgår behandling (se t.ex. Socialstyrelsen 1991). De grupper som vi studerar uppvisar samma mönster. Vid en jämförelse mellan grupperna finner vi små i könsfördelningen. Av tabell 3.1 (se bilaga 1) framgår att männens andel är något lägre bland de inskrivna vid *Öppet intag* och bland de frivilligt inskrivna (72 procent för båda grupperna) än bland de tvångsintagna (75 procent). Könsfördelningen blir särskilt intressant i relation till åldersfördelningen. Vi ser att andelen tvångsintagna kvinnor under trettio år är nästan dubbelt så hög som andelen män i samma ålderskategori (32 respektive 17 procent). Detta återspeglas också i nedanstående tabell över medelåldern vid inskrivning. Medelåldern för kvinnor i *Öppet intag* (42 år) är fem år högre än bland de tvångsintagna (37 år).

Jämför vi medelåldern i de olika grupperna finner vi den största likheten mellan *Öppet intag* och de tvångsintagna – medelvärdet är 42 år respektive 41 år. I frivilliggruppen är medelåldern 38 år, dvs. betydligt lägre.

Tabell 3.2 Medelåldern vid inskrivning

	Öppet intag	LVM	IKM
Män	41	42	–
Kvinnor	42	37	–
Alla	42	41	38

Tidigare kontakt

Knappt en femtedel (17 procent) i gruppen *Öppet intag* har tidigare haft kontakt med Vårnäs behandlingshem (uppgifterna avser även tiden före behandlingsformen *Öppet intag* startade). Bland de frivilligt inskrivna och bland de tvångsintagna är andelen som tidigare haft kontakt med samma enhet betydligt högre (25 respektive 23 procent). *Öppet intag* har alltså en större andel nya klienter än LVM-institutionerna och IKM-enheterna.

Tabell 3.3 Tidigare kontakt med enheten

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Ny klient	83	77	75
Tidigare kontakt med enheten	17	23	25
Total, antal	317	525	1468

Initiativtagare till behandlingen

Den grundläggande idén med behandlingsformen *Öppet intag* är att man själv vill behandlas. Det förvånar därför knappast att en hög andel (83 procent) uppger att de själva initierat kontakten med *Öppet intag*. För IKM är motsvarande andel betydligt lägre, 36 procent. För LVM-gruppen uppger ingen alternativet ”eget initiativ”, vilket är naturligt eftersom det handlar om tvångsvård.

Påverkan från andra förekommer. För tio procent i *Öppet intag* och åtta procent i IKM-gruppen har någon i det egna nätverket (anhörig eller arbetsplats) tagit initiativet till behandlingskontakten. För endast tre procent av de tvångsintagna har någon anhörig eller arbetskamrat initierat behandlingen, vilket antyder att deras sociala nätverk ser annorlunda ut.

Tabell 3.4 Främsta initiativtagare till behandlingen

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Socialtjänst	6	83	23
Somatisk vård	0	3	4
Psykiatrisk vård	1	1	7
Kriminalvård	1	0	8
Arbetsplats	5	0	3
Polismyndighet	0	6	0
Eget initiativ	83	0	36
Anhörig	5	3	5
Annan	0	4	14
Total, antal	317	526	1468

Socialtjänsten har ett stort ansvar när det gäller missbruksbehandling. Det visar sig också när det gäller initiativtagare till behandlingen. Åttiotre procent av de tvångsintagna uppger att socialtjänsten tagit initiativ till behandlingen och 23 procent av IKM-gruppen. För de inskrivna vid *Öppet intag* på Vårnäs är motsvarande siffra endast sex procent.

Sammanfattande reflektion

När vi jämför andelarna män och kvinnor i de olika grupperna är skillnaderna små. Kvinnornas andel är något lägre bland de tvångsintagna. Avseende åldern är skillnaden större. *Öppet intag* och de tvångsintagna har högre ålder i genomsnitt än de frivilligt intagna. Dessutom är den genomsnittliga åldern för kvinnorna i gruppen *Öppet intag* betydligt högre (fem år) än i gruppen tvångsintagna. Åldersskillnaderna kan vara bra att beakta fortsättningsvis då det kan förklara en del av de skillnader som kan finnas mellan grupperna, exempelvis när det gäller familjesituation, boende och försörjning.

I materialet framkommer tydligt det egna initiativets centrala plats i *Öppet intag*. Även i frivilliggruppen finns många (36 procent) som uppger att de själva tagit initiativ till behandlingen. I båda dessa grupper ser vi också att det sociala nätverket har betydelse (jfr Nyström 1999), medan nätverket betydelse är mycket svagt bland de tvångsintagna. Vi vet att få av dem har ett lönearbete, vilket innebär att bara några få har arbetskamrater (tabell 6.2), och många är bostadslösa, på fängelse eller institution, vilket sannolikt skapar ett speciellt nätverk (tabell 5.2).

Endast 17 procent av dem som på eget initiativ söker sig till *Öppet intag* har tidigare erfarenhet av den behandling som bedrivs vid Vårnäs behandlingshem. De som kommer till andra frivilliga behandlingsformer (IKM) uppger något oftare (25 procent) att de tidigare har haft kontakt med enheten. Samma gäller för de tvångsintagna där en fjärdedel (23 procent) har tidigare haft kontakt med enheten.

4. Social bakgrund – uppväxtmiljö

I intervjuformuläret (långversion) ställs frågor kring uppväxtförhållanden. Frågorna rör familjesituationen under uppväxten, fosterhemsplacering, samt förekomsten av missbruk och psykiska problem i närmiljön under uppväxten.

Familjesituation under uppväxten

Av de inskrivna vid *Öppet intag* har 46 procent under hela uppväxttiden (0-18 år) levt tillsammans med båda sina biologiska föräldrar. Detta skall jämföras med att 34 procent av de tvångsintagna vuxit upp med båda sina biologiska föräldrar. För frivilliggruppen saknas dessa uppgifter i den rapport vi utgår från.

Tabell 4.1 Huvudsaklig uppväxt

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Biologisk mor och far	46	34	-
Annan uppväxtform	54	66	-
Total, antal	251	397	

Öppet intag och de tvångsintagna ligger ungefär lika när det gäller fosterhemsplaceringar. Arton procent av de inskrivna vid *Öppet intag* och 20 procent bland de tvångsintagna uppger att de någon gång har varit fosterhemsplacerade. Bland de frivilligt inskrivna är motsvarande andel avsevärt lägre – tio procent (se tabell 4.2), men jämfört med den svenska befolkningen är det fortfarande en mycket hög siffra.

Missbruk och psykiska problem i närmiljön

Av de inskrivna vid *Öppet intag* har 27 procent svarat ja på frågan om det förekommit missbruk i uppväxtmiljön och åtta procent att det förekommit psykiska problem. Nitton procent uppger att det förekommit både missbruk och psykiska problem. Sammantaget utgör de som upplevt missbruk och/eller psykiska besvär 54 procent. Motsvarande andel för de tvångsintagna och för de frivilligt inskrivna är lägre – 43 procent respektive 46 procent.

Tabell 4.3 Förekomsten av missbruks- och psykiska problem i uppväxtmiljön

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Förekom ej	46	57	52
Missbruk	27	22	22
Psykiska problem	8	8	10
Missbruk och psykiska problem	19	13	14
Kan eller vill ej svara	0	0	2
Total, antal	251	403	800

Referensmaterialen uppvisar alltså stora likheter med varandra, medan *Öppet intag* ligger högre om man lägger samman de som svarat att det förekommit missbruk och/ eller psykiska problem.

Sammanfattande reflektion

Att växa upp utan båda sina biologiska föräldrar, att bli fosterhemsplacerad och att uppleva missbruk och psykisk sjukdom i närmiljön under uppväxten kan betraktas som "riskfaktorer" när det gäller förutsättningar att utveckla missbruk (se t ex Bergmark m.fl. 1989). Som framgår av vårt material finns i samtliga klientgrupperna många personer med komplicerade uppväxtförhållanden och de kan därmed sägas ligga högt när det gäller riskfaktorer i uppväxtmiljön. Vilka skillnader finns då mellan grupperna? De inskrivna vid *Öppet intag* har oftare än LVM-gruppen vuxit upp med båda sina biologiska föräldrar (uppgift för IKM saknas). Avseende fosterhemsplaceringar uppvisar klienterna i *Öppet intag* samma bild som tvångsintagna och avseende förekomst av missbruk och psykiska problem under uppväxten har de inskrivna vid *Öppet intag* snarare en svårare problembild än klienterna i båda referensgrupperna. Det verkar alltså som om de inskrivna vid *Öppet intag* inte generellt sett har haft bättre uppväxtmiljö än de grupper vi jämför med, vilket var ett av våra antaganden. Familjesituationen tycks ha varit bättre, medan förekomsten av missbruk och psykiska problem är vanligare i *Öppet intag* jämfört med referensgrupperna.

5. Social förankring – boende och sociala relationer

Med social förankring avser vi boendesituation, sociala relationer och anknytning på arbetsmarknaden. I detta kapitel jämför vi boendesituation och sociala relationer för de inskrivna vid *Öppet intag* med referensmaterialen. Som indikatorer på boendesituation använder vi boendeform och levnadsform och som indikatorer på sociala relationer använder vi förekomst av barn och umgänge. I nästa avsnitt avhandlas anknytning arbetsmarknaden.

Boendeform

Beaktar vi boendeformen, dvs. hur man bor, finner vi att de inskrivna vid *Öppet intag* har en bra bostadssituation. Hela 75 procent har egen bostad, dvs. en bostad med förstahandskontrakt. Men sex procent är också bostadslösa. Övriga har andrahandskontrakt eller är inneboende – sex procent. Lika många bor hos föräldrar och en mindre andel på institution. Bland kvinnorna har 83 procent egen bostad, medan motsvarande andel för männen är 68 procent (Ekholm, Jonsson och Sidebäck 1999).

I IKM-gruppen har färre (60 procent) egen bostad, medan fem procent är bostadslösa. De tvångsintagna har en betydligt sämre situation. Endast hälften (52 procent) har egen bostad och hela 15 procent är bostadslösa.

Tabell 5.1 Huvudsaklig boendeform (senaste 30 dagarna)

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Egen bostad	75	52	60
Andra hand/inneboende	6	8	7
Boendekollektiv	1	1	1
Institution/kategorihus	2	12	6
Fängelse/häkte	0	1	7
Förälder	6	7	9
Släkting	1	1	1
Bostadslös	6	15	5
Annat ¹⁶	3	4	3
Total, antal	316	521	1467

Levnadsform

Beaktar vi levnadsformen, dvs. vilka man lever tillsammans med, finner vi att drygt hälften (53 procent) av de inskrivna vid *Öppet intag* lever ensamma, dvs. varken med vuxna eller barn. Bland de frivilligt inskrivna är motsvarande andel 44 procent och för de tvångsintagna 42 procent. Vidare lever nio procent i gruppen *Öppet intag* ensamma med barn, en andel som ligger relativt nära frivilliggruppens sju procent. Bland de tvångsintagna är andelen som lever ensamma med barn endast fyra procent.

¹⁶ I kategorin Annat finns även de tre svarsalternativen försökslägenhet, familjevård och hotell med för både LVM och IKM.

Tabell 5.2 Huvudsaklig levnadsform (senaste 30 dagarna)

	Öppet intag %	LVM %	IKM ¹⁷ %
Ensamlevande	54	42	44
Ensamlevande med barn	9	4	7
Samlevande med partner utan barn	13	13	13
Samlevande med partner och barn	9	3	10
Samlevande med förälder/släkting	4	7	10
Samlevande med annan/andra	3	5	3
Bor på institution, fängelse eller är bostadslös ¹⁸	8	27	13
Total, antal	316	513	1459

En faktor som också kan ha betydelse för det egna missbruket är om man lever tillsammans med en missbrukare eller en icke missbrukare. Bland de samlevande i *Öppet intag* är andelen som lever med en missbrukare 34 procent och bland de tvångsintagna 39 procent. I IKM-gruppen är andelen mycket lägre – 20 procent (se tabell 5.3).

Förekomst av barn

Att ha barn kan vara en motiverande faktor för att söka hjälp för sitt missbruk. Hälften av de inskrivna vid *Öppet intag* (49 procent) har egna barn under arton år. För de tvångsintagna och de frivilligt inskrivna är andelarna som har barn lägre, 41 respektive 40 procent.

Tabell 5.4 Egna barn under 18 år

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Inga egna barn under 18 år	51	59	59
Egna barn under 18 år	49	41	40
Total, antal	316	483	1435

Tjugonio procent av *Öppet intags* klienter som har barn uppger att de har mist vårdnaden om minst ett barn. Motsvarande andel för den tvångsintagna gruppen är betydligt högre – 45 procent och för frivilliggruppen betydligt lägre – 18 procent (se tabell 5.5).

Umgänge

Även umgänget kan ha betydelse för missbruket och viljan att söka hjälp ut ur en problematisk drogkonsumtion. Vi finner skillnader mellan *Öppet intag* och de tvångsintagna. Sju procent av de inskrivna vid *Öppet intag* saknar umgänge, medan drygt en tredjedel (36 procent) umgås enbart med missbrukare och ungefär lika många (34 procent) med både missbrukare och icke-missbrukare. Bland de tvångsintagna är det tio procent som saknar regelbundet umgänge, 21 procent som umgås endast med missbrukare och 40 procent med både missbrukare och icke-missbrukare. För de frivilligt inskrivna saknas uppgifter. Det är alltså betydligt fler bland *Öppet intags* inskrivna som uppger att de umgås enbart med andra missbrukare än bland de tvångsintagna (se tabell 5.6).

¹⁷ Sannolikt är vissa uppgifter felaktiga här. De ensamlevande bör vara ca 40 procent och de som bor på institution, fängelse eller är bostadslösa bör vara 18 procent. Se diskussionen i kapitel 2.

¹⁸ Detta är en något ”egen” kategorisering, som IKM använder och som finns här enbart för att data ska vara jämförbara. Alla som bor på institution, är bostadslösa eller i fängelse har exkluderats från övriga kategorier.

Mönstret ser olika ut för män och kvinnor. Medan 28 procent av männen i *Öppet intag* endast umgås med andra missbrukare är motsvarande andel för kvinnorna dubbelt så hög – 55 procent. I LVM-gruppen är resultatet de omvända. Andel kvinnor (som endast umgås med missbrukare är 19 procent) och andelen män är 23 procent (se tabell 5.6; se även Ekholm, Jonsson och Sidebäck 1999). Det kan noteras att skillnaden mellan könen inom respektive behandlingsform nästan helt försvinner om vi ser till umgänget för de båda kategorierna sammantaget. Variationen mellan könen vid *Öppet intag* ligger mellan 70 – 72 procent och vid LVM-institutionerna mellan 58 – 64 procent.

Sammanfattande reflektion

Som indikatorer för boendet och de sociala relationerna har vi använt frågor om hur man bor, vem man bor med, förekomst av barn och vem man umgås med. Jämförelsen mellan de olika grupperna visar att de inskrivna vid *Öppet intag* har den bästa bostadssituation. Betydligt fler har egen bostad (75 procent) än i LVM-gruppen och IKM-gruppen (52 respektive 60 procent). En hög andel (60 procent) av de inskrivna vid *Öppet intag* lever dock ensamma. Av de samlevande lever en betydande andel tillsammans med en missbrukare. Hela 40 procent av de tvångsintagna och 34 procent av *Öppet intags* klienter lever tillsammans med en missbrukare. Detta kan naturligtvis ha betydelse för möjligheten att förbli drogfri efter behandlingen.

Vi finner också att många har egna barn under 18 år (varierar mellan 49 procent för *Öppet intag* och 40 procent för IKM) och det är särskilt alarmerande med tanke på att missbruk i närmiljön under uppväxten anses vara en riks faktor för att utveckla eget missbruk senare i livet.

Är boendesituationen bättre i gruppen *Öppet intag*? Vi kan svara både ja och nej på den frågan. Ja, för att vi finner att boendeformen framstår som bättre i *Öppet intag* än i referensgrupperna. Nej, för att vi finner att levnadsformen, dvs. samlevnad med en missbrukare och umgänge med missbrukare, är ”sämre” jämförd med både de tvångsintagna och de frivilligt inskrivna.

En liknande tudelning får vi när det gäller klienternas sociala relationer. Å ena sidan kan det faktum att fler i *Öppet intag* har barn jämfört både med LVM-gruppen och IKM-gruppen tolkas som att situationen är mer gynnsam. Dessutom är det färre som har förlorat vårdnaden om något av sina barn jämfört med de tvångsintagna (dock fler jämfört med de frivilligt intagna). Å andra sidan är det fler bland *Öppet intags* inskrivna som umgås enbart med missbrukare än i LVM-gruppen, vilket vi ser som mindre gynnsamt. I *Öppet intag* framstår kvinnornas situation som särskilt svår då avsevärt fler av kvinnorna i *Öppet intag* än i LVM-gruppen uppger att de enbart umgås med missbrukare.

6. Social förankring – arbete

I detta avsnitt beskrivs social förankring genom anknytning till arbetsmarknaden. Utbildning speglar förutsättningar för försörjning genom arbete, medan den aktuella försörjningen ger en bild av den aktuella positionen på arbetsmarknaden.

Utbildning

Om vi till *låg utbildning* för kategorierna ”ej fullföljt folkskola eller grundskola” och ”fullföljd folkskola eller grundskola” och till *hög utbildning* för kategorierna ”fullföljt gymnasium” och ”fullföljt eftergymnasial utbildning”, så finner vi att drygt hälften av de inskrivna vid *Öppet intag* och IKM hamnar i gruppen låg utbildning och att något fler – 61 procent – av de tvångsintagna hamnar i den gruppen.

Tabell 6.1 Skolutbildning

	<i>Öppet intag</i>	LVM	IKM
	%	%	%
Ej fullföljd folkskola eller grundskola	7	12	11
Fullföljd folkskola eller grundskola	47	49	45
Fullföljt gymnasium	38	31	33
Fullföljt eftergymnasial utbildning	8	8	10
Kan eller vill ej svara			2
Total, antal	316	524	1426

Försörjning

Den huvudsakliga försörjningen kan exempelvis ske genom lönearbete, arbetslöshets- och sjukförsäkringssystemet (sjukpenning, sjukbidrag och förtidspension) eller socialbidrag. Betraktar vi försörjningssituationen under de senaste 30 dagarna före inskrivning vid *Öppet intag* finner vi att drygt en fjärdedel (27 procent) huvudsakligen försörjer sig genom arbete. Motsvarande andel för frivilliggruppen är lika hög (24 procent), medan bara fem procent av de tvångsintagna försörjer sig av lönearbete.

En lika hög andel (27 procent) av *Öppet intags* klienter, som försörjer sig genom arbete, får sin försörjning genom sjukförsäkringen. Därmed hamnar *Öppet intag* högre än frivilliggruppen (21 procent), men betydligt lägre än gruppen tvångsintagna (44 procent), för vilka förtidspensionen utgör merparten (24 procent).

Socialbidrag är också en viktig försörjningskälla för alla tre grupperna. En fjärdedel av de inskrivna vid *Öppet intag* och bland de frivilligt intagna lever på socialbidrag. I LVM-gruppen lever nästan en tredjedel (31 procent) på socialbidrag.

Tabell 6.2 Huvudsaklig försörjning (senaste 30 dagarna)

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Lön	27	5	24
AMS-bidrag	1	0	1
Arbetslöshetsersättning	8	5	9
Sjukpenning	13	13	11
Sjukbidrag	5	7	2
Ålderspension	2	3	1
Förtidspension	9	24	8
Socialbidrag	26	31	24
Studiebidrag/studiemedel	3	1	5
Försörjd av föräldrar/anhörig	2	2	5
Annat försörjningssätt	4	9	11
Procentbas, antal	316	525	1457

Sammanfattande reflektion

Öppet intag och de frivilligt inskrivna ligger nära varandra när det gäller utbildningsnivå. Också när det gäller försörjning finns likheter mellan dessa grupper. En fjärdedel av de inskrivna missbrukarna i de båda grupperna försörjer sig genom lönearbete. De tvångsintagna har en sämre anknytning till arbetsmarknaden – endast fem procent försörjer sig på lönearbete. Deras förutsättningar på arbetsmarknaden kan också antas vara sämre eftersom de har en något lägre utbildningsnivå. De tvångsintagna försörjer sig i högre utsträckning genom sjukförsäkringssystemet än klienterna i de andra grupperna. Exempelvis finns betydligt fler förtidspensionärer bland dem. Sammantaget kan sägas att de inskrivna vid *Öppet intag* har en lika bra anknytning till arbetsmarknaden som de frivilligt inskrivna och en betydligt bättre anknytning än de tvångsintagna.

7. Kriminalitet

Det är vanligt att koppla ihop kriminalitet med olika former av missbruk. För att se hur kriminaliteten varierar bland klienterna i de tre behandlingsformerna studerar vi hur vanligt det är att bli dömd för brott och vilka typer av brott de har begått.

Dömda för brott

Alla har fått frågan: Har du blivit dömd för något/några brott? De inskrivna vid *Öppet intag* har blivit dömda för brott i lika hög utsträckning som de tvångsintagna (76 respektive 75 procent), vilket är anmärkningsvärt. Av de frivilligt inskrivna har 62 procent blivit dömda för brott.

Tabell 7.1 Någonsin dömd till fängelse (totalt i livet)

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Ej dömd för brott	24	25	38
Dömd för brott, men ej till fängelse	38	31	32
Dömd till fängelse mindre än ett år	26	24	17
Dömd till fängelse minst ett år	12	20	13
Total, antal	251	397	781

Av de inskrivna vid *Öppet intag* som dömts för något brott är det ungefär en lika hög andel som dömts för brott men sluppit fängelse som fått fängelsestraff (38 respektive 38 procent). Proportionerna bland de frivilligt intagna är likartad (32 respektive 30 procent), medan det är mindre vanligt att de tvångsintagna slipper fängelsestraff än att de döms till fängelsestraff (31 respektive 44 procent). Beaktar vi andelen som döms till fängelsestraff så är den högre bland de tvångsintagna (44 procent) än bland klienterna vid *Öppet intag* (38 procent) och något högre än för klienterna IKM-gruppen (30 procent). Sammantaget verkar de frivilligt intagna vara den grupp som begått minst brott och har de lindrigaste straffen.

Vilka är då de vanligaste brottstyperna i de olika grupperna? På frågan om man blivit dömd för något eller några brott har även brottstyp noterats. De siffror som redovisas nedan ger en bild av vilka typer av brott som är vanligast i respektive grupp. En och samma person kan ha dömts för flera olika typer av brott. Bland de inskrivna vid *Öppet intag* är de vanligaste brottsrubriceringarna trafikbrott (59 procent) och tillgreppsbrott (29 procent). På tredje plats kommer våldsbrott (25 procent). I frivilliggruppen är trafikbrott också vanligast (43 procent), därefter kommer tillgreppsbrott (26 procent) och på tredje plats våldsbrott (18 procent). Även bland de tvångsintagna är de vanligaste brotten trafikbrott (49 procent), tillgreppsbrott (41 procent), narkotikabrott (33 procent) och, på fjärde plats, våldsbrott (30 procent).

Tabell 7.3 Brottstyp och dömd för brott (totalt i livet)

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Våldsbrott	25	30	18
Tillgreppsbrott	29	41	26
Bedrägeribrott	14	21	11
Trafikbrott ¹⁹	59	49	43
Narkotikabrott	23	33	16
Övriga brott	21	22	15
Total, antal	251	398	735-782 ²⁰

Sammanfattande reflektion

Vi utgick från att personer som kommer till *Öppet intag* är mindre kriminellt belastade än klienter i de andra behandlingsformerna. Vår jämförelse visar dock att det inte stämmer. Istället framkommer att en lika hög andel (ca 75 procent) av de inskrivna vid *Öppet intag* och vid LVM har dömts för brott. Fler inskrivna vid *Öppet intag* har fått lindrigare domar än de inskrivna vid LVM (38 respektive 31 procent), medan andelen som fått fängelse är något högre bland de tvångsintagna än bland de inskrivna vid *Öppet intag* (38 respektive 44 procent). IKM-gruppen har alltså en lägre andel brott och lindrigare straff jämfört med de två andra grupperna. Bilden av att de tvångsintagna är mest, och de inskrivna vid IKM minst, kriminellt belastade förstärks om vi tar hänsyn till vilka typer av brott som klienterna i de olika grupperna har begått.

¹⁹ Trafikbrotten omfattar både rattonykterhet/-fylleri och övriga trafikbrott.

²⁰ Bastalet för de olika brottstyperna varierar mellan 735-782. Se även bilaga 1, tabell 7.2.

8. Missbruksproblematik

För att få en bild av klienternas missbruksproblematik beskriver vi i detta kapitel deras aktuella droganvändning och tidigare erfarenheter av vård och behandling.

Droganvändning

I inskrivningsformuläret frågas efter ”bruk som föranlett inskrivning”. Av tabell 8.1 framgår att omkring hälften av klienterna i samtliga grupper anger bruk av alkohol som huvudsaklig inskrivningsorsak. Narkotikabruket är betydligt lägre. Endast sex procent av de inskrivna vid *Öppet intag* anger narkotika som huvudorsak till inskrivningen, medan motsvarande andel för de tvångsintagna är 13 procent och för frivilliggruppen hela 18 procent.

Tabell 8.1 Bruk som föranlett inskrivning

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Enbart alkohol	50	47	51
Enbart narkotika	6	13	18
Enbart läkemedel	1	1	3
Alkohol + Narkotika	6	6	6
Alkohol + Läkemedel	10	6	3
Narkotika + Läkemedel	3	12	3
Alkohol + Narkotika + Läkemedel	15	8	3
Lösningsmedel + Kombinationer	8	2	0
Dopingpreparat + Kombinationer	1	5	2
Kan/vill ej svara, ej relevant, inget drogmissbruk	0	1	10 ²¹
Totalt, antal	317	528	1 461

Kombinationer av olika medel är vanliga. Vid *Öppet intag* kombinerar 43 procent av klienterna olika medel. Motsvarande andel för LVM är 39 procent och för IKM 18 procent, men här finns dessutom tio procent som inte kunnat eller velat besvara frågan eller för vilka frågan inte är relevant. Ser vi till i vilken utsträckning klienterna uppger att inskrivningen för behandling föranletts av att de använder enbart narkotika och narkotika i kombination med andra medel, dvs. narkotika och alkohol eller narkotika och läkemedel eller narkotika, alkohol och läkemedel, finner vi att 30 procent i *Öppet intag* och i IKM-gruppen anger ett sådant missbruk, medan andelen i LVM-gruppen är 39 procent. Omvänt uppger 81 procent av klienterna att inskrivningen i *Öppet intag* föranletts av att de konsumerar alkohol i olika kombinationer. För de tvångsintagna är motsvarande siffra 67 procent och för de frivilligt inskrivna 63 procent.²²

²¹ Varav inget drogmissbruk 2 procent, kan eller vill ej svara 1 procent och ej relevant 7 procent.

²² Observera att vi i denna redovisning räknar flera av missbrukskategorierna dubbelt. T.ex. räknas kombinationen av alkohol och narkotika både till alkohol- och narkotikakategorin.

Vård och behandling

Av de inskrivna vid *Öppet intag* har nästan hälften (46 procent) tidigare behandlats för sitt missbruk, medan en kraftig majoritet av de tvångsintagna tidigare har vårdats för sitt missbruk (75 procent).

Tabell 8.2 Tidigare vård för missbruk

	Öppet intag %	LVM %
Ej tidigare vård för missbruk	54	25
Tidigare vård för missbruk	46	75
Total, antal	251	347

Sextio procent av *Öppet intags* klienter har någon gång avgiftats, vilket kan jämföras med 89 procent av de tvångsintagna. För de frivilligt inskrivna saknas uppgifter (se tabell 8.3).

Andelen klienter som har fått psykiatrisk vård är betydligt högre i *Öppet intag* än vid de andra behandlingsformerna. Hela 55 procent av *Öppet intags* inskrivna har svarat att de behandlats inom psykiatrin, vilket skall jämföras med 40 procent av de tvångsintagna och 35 procent av de frivilligt inskrivna.

Tabell 8.4 Tidigare vård inom psykiatrin

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Ej tidigare vård inom psykiatrin	45	60	61
Tidigare vård inom psykiatrin	55	40	35
Kan eller vill ej svara	0	0	4
Total, antal	316	396	1340

Sammanfattande reflektioner

Är missbruksproblematiken lättare bland de inskrivna vid *Öppet intag* än i referensgrupperna? Hur kan bruket värderas? De som anger att de enbart brukar alkohol dominerar i samtliga grupper. Medan det är betydligt färre bland de inskrivna vid *Öppet intag* som uppger bruk av enbart narkotika som orsak till att de söker behandling än bland de tvångsintagna och särskilt bland de frivilligt inskrivna.

Generellt skulle man kunna säga att klienter inom frivilligvården har en lättare problematik än klienter inom tvångsvården. Detta gäller åtminstone om vi utgår från att narkotikamissbruk är svårare att behandla än alkoholism. Detta verkar även gälla när vi jämför våra grupper. Om vi beaktar bruk av narkotika och narkotika i kombination med andra medel finner vi att andelarna i både *Öppet intag* och IKM ligger på 30 procent, medan LVM ligger på 39 procent.

Dock bör beaktas att tidigare vård inom psykiatrin nämnts av betydligt fler i *Öppet intag* än i de övriga grupperna. I vår första delstudie uppmärksammade vi också att många vid *Öppet intag* verkade ha en dålig psykisk hälsa. Nästan nio av tio uppgav att de någon gång upplevt psykiska besvär och så många som en tredjedel uppgav att de hade försökt begå självmord (se Ekholm, Jonsson och Sidebäck 1999).

Avslutning

9. Slutsatser och diskussion

I denna rapport har vi jämfört inskrivna vid *Öppet intag* med frivilliga inskrivna vid IKM-enheter och tvångsintagna vid LVM-institutioner. Syftet med arbetet är att urskilja på vilket sätt de inskrivna vid *Öppet intag* skiljer sig från andra klientgrupper och sätta det i relation till de för behandlingsformen karaktäristiska dragen, nämligen det öppna intaget, frivilligheten och tolvstegsträningen. Våra preliminära antaganden var att klienterna skiljer sig när det gäller social bakgrund, social förankring, kriminalitet och missbruksproblematik. Jämförelsen bygger på data som insamlats genom DOK-systemets inskrivningsformulär.

Jämförelsen visar att klientgrupperna skiljer sig i vissa väsentliga avseenden, men skillnaderna visade sig inte alltid följa våra antaganden. För det första antog vi att de inskrivna vid *Öppet intag* har en social bakgrund som karaktäriseras av färre missbruksrelaterade riskfaktorer i uppväxtmiljön. Det visade sig inte stämma helt, utan många av dem – i likhet med många av klienterna i de jämförda grupperna – har varit fosterhemsplacerade och har haft missbruk i närmiljön under uppväxten.

För det andra antog vi att de inskrivna vid *Öppet intag* har en starkare social förankring, dvs. har en bättre boendesituation, ett starkare socialt nätverk och en bättre anknytning till arbetsmarknaden. När det gäller boendesituationen är situationen relativt entydig. De inskrivna på *Öppet intag* har i betydligt högre utsträckning än klienter i de andra behandlingsformerna en egen bostad.

Men när det gäller det sociala nätverket så framträder en dubbel bild. Å ena sidan lever många fler i *Öppet intag* tillsammans med sina barn och färre har mist vårdnaden om något barn än i referensgrupperna, vilket kan tolkas som att de har ett starkare socialt nätverk. Å andra sidan är det betydligt fler som enbart umgås med missbrukare, vilket kan tolkas som att de har ett svagare socialt nätverk.

Anknytningen till arbetsmarknaden, såsom den avspeglas genom klienternas utbildningsnivå och försörjningssätt, är likartad för inskrivna vid *Öppet intag* och vid IKM-enheterna, som båda i sin tur har en bättre anknytning till arbetsmarknaden än de tvångsintagna.

För det tredje antog vi att de inskrivna vid *Öppet intag* är mindre kriminellt belastade, dvs. begår färre brott och får mildare domar för sina brott, än referensgrupperna. De inskrivna vid *Öppet intag* visar sig vara dömda för brott i samma utsträckning som de tvångsintagna. Men domarna för *Öppet intas* är något lindrigare än för de tvångsintagna (38 respektive 44 procent är dömda till fängelsestraff). Motsvarande siffra för de frivilligt intagna är 30 procent.

För det fjärde antog vi att de inskrivna vid *Öppet intag* har lättare missbruksproblematik. Jämförelsen visar att ungefär hälften av klienterna i alla grupper har blivit inskrivna enbart på grund av alkoholmissbruk. Den största skillnaden mellan grupperna är att inskrivna vid *Öppet intag* i lägre grad än referensgrupperna anger enbart bruk av narkotika som enda orsak till inskrivningen. Skillnader i missbruksmönster mellan gruppen *Öppet intag* och IKM kan förmodligen delvis förklaras av att de inskrivna vid *Öppet intag* är äldre. Skillnader i missbruksmönster mellan gruppen *Öppet intag* och de tvångsintagna kan eventuellt förklaras

av att *Öppet intags* klienter har ett mindre långt gånget missbruk. Sammantaget tycks det som om klienterna vid *Öppet intag* har en något lättare missbruksproblematik än referensgrupperna. Mot detta ska ställas att de inskrivna vid *Öppet intag* även kan anses ha en relativt svår missbruksproblematik genom att andelen med kombinationsbruk där narkotika ingår är lika hög som för klienterna vid IKM-enheterna, men lägre än för de tvångsintagna. Dessutom har relativt många tidigare vårdats för psykiska besvär.

Vad kan ligga bakom skillnaderna? Hur kommer det sig att det t.ex. finns fler kvinnor som umgås med missbrukare, fler som har egen bostad och fler som tidigare har vårdats för psykiska besvär i *Öppet intag*? I den diskussion som följer görs ett försök att utifrån en sociologisk förståelsegrund relatera resultaten till de för *Öppet intag* karakteristiska dragen – det öppna intaget, frivilligheten och tolvstegsbehandlingen.

I samspelet med andra människor formas och omformas vår förståelse av livet och hur livet bör levas. Med andra ord skulle man kunna säga att vi under livets gång utvecklar en socialt och kulturellt förankrad kunskapsbas (Berger och Luckmann 1998). Denna kunskapsbas utgör den fond mot vilken vi lever våra liv, tänker, känner och handlar. I det komplexa och dynamiska samspel som finns mellan olika faktorer som vi grovt kan klassificera som socio-kulturell miljö, socialt arv och den egna viljan finns även ett utrymme för slump och tillfälligheter som kan påverka den enskildes vägval.

Den egna viljan finns med som en underliggande komponent för all frivillig behandling (Blomqvist 1991). När den egna viljan blandas med andras viljor kan det leda till att missbrukaren söker hjälp. För den som lever ett socialt traditionellt etablerat liv blir vedertagna normer och värderingar starkare än för den som lever i samhällets periferi. Om vi jämför de frivilligt inskrivna, dvs. *Öppet intag* och IKM, med de tvångsintagna ser vi att de frivilligt inskrivna i vissa avseenden lever mer traditionellt. Fler har egen bostad, färre är bostadslösa, utbildningsnivån är något högre och anknytningen till arbetsmarknaden är bättre. Jämför vi *Öppet intag* med IKM-gruppen blir skillnaderna oftast mindre.

De socio-kulturella föreställningarna om hur livet bör levas blandas med omgivningens faktiska påtryckningar. För den som har barn borde barnen kunna bli ett motiv att söka hjälp då föreställningen om att barn som lever med missbrukande föräldrar far illa ingår i vår delade kunskapsbas. Också den som på grund av sina psykiska besvär blivit beroende av droger kan dels ha en egen vilja att bli kvitt sitt missbruk och dels från omgivningen få stöd och utsättas påtryckningar för att initiera en behandling. Detsamma gäller för den som på grund av sitt missbruk gjort sig skyldig till brott.

Även föreställningar om vad som är måttligt bruk respektive missbruk av alkohol och andra droger är socio-kulturellt betingat. I vårt samhälle ses måttligt bruk av berusningsmedel som normalt och omåttligt bruk, dvs. missbruk som avvikande. Missbrukaren – den avvikande – bör för sitt eget och samhällets bästa försöka bli kvitt sitt missbruk. Missbruket är med andra ord socialt reglerat med starka moraliskt normativa inslag.

Precis som när det gäller missbruk finns socio-kulturella föreställningar om andra sociala fenomen, exempelvis *föräldraskap* och *kvinnlighet*. Vad det är att vara en god respektive dålig förälder och vad som är kvinnligt respektive okvinnligt är också socialt reglerat och förknippat med normativt inslag. I den delade kunskapsbasen sammankopplas missbruk med dåligt föräldraskap och okvinnligt uppträdande. Föreställningar om missbrukaren som den dålige föräldern och den okvinnliga kvinnan förekommer såväl vid implementering av sociala program som hos gemene man. Genom behandlingsformen *Öppet intag* försöker man

bryta sammankopplingen mellan missbruket och andra sociala fenomen. Både den ”korta vägen” till behandling och tolvstegsprogrammet, som endast fokuserar missbruket, minimerar inblandningen i klientens sociala liv för övrigt och försöker därmed ta udden av de moraliskt normativa undertonerna.

Många undersökningar visar att den som föds och växer upp i en miljö med olika former av missbruk också ofta för vidare missbruket – man kan här tala om det sociala arvets negativa och destruktiva effekter. Allt är inte determinerat, även om t.ex. det sociala arvet är en kraft som samhällsvetare ofta ser spåren av i sina studier. I de grupper vi undersöker finns många personer som själva upplevt missbruk i närmiljön under uppväxten. Vi ser vidare att många har egna barn, vilket naturligtvis väcker frågan om hur det sociala arvets negativa påverkan skulle kunna brytas.

Referenser

- Andréasson, Sven, m.fl. (2000). *ASI - en strukturerad intervjumetod för bedömning alkohol- och narkotikarelaterade problem. CUS skrift 1999:2*. Stockholm: Centrum för utvärdering av socialt arbete.
- Bergmark, Anders m.fl. (1989). *Klienter i institutionell narkomanvård*. Pedagogisk forskning 89. Uppsala: Pedagogiska institutionen Uppsala Universitet.
- Billinger, Kajsa (2000). *Få dem att vilja. Motivationsarbete inom tvångsvården av vuxna missbrukare*. Akdemisk avhandling. Stockholm: Stockholms universitet. Institutionen för socialt arbete.
- Ekholm, Hans, Jonsson, Tola och Sidebäck, Göran (1999). *Öppet intag – En väg till drogfrihet? Rapport 1. Arbetsrapport*. Eskilstuna: Centrum för Välfärdsforskning. Mälardalens Högskola.
- IKM (1999). *Årsrapport IKM-DOK 1997–1998. Statistik från DOK-systemet inom den frivilliga missbrukarvården*. Växjö: Växjö universitet.
- Jenner, Håkan och Segraeus, Vera (1996). *Att utveckla missbrukarvården genom dokumentation. Beskrivning av DOK-projektet*. Rapport 1996:1. Stockholm: SiS.
- Lindberg, Odd (1998). *Emotioner, sociala band och ritualer. En kvalitativ analys av narkotikakarriärer*. Akdemisk avhandling. Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete
- Lindström, Lars (1992). *Managing alcoholism. Matching clients to treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Lindström, Lars (1994). Är behandling nödvändig? i Berglund m.fl., *Behandling av alkoholproblem*. Stockholm: Liber.
- Löfgren, Bo och Nelson-Löfgren, Inger (1992). *Alkohol, rus, missbruk och behandling*. 3:e rev. upplagan. Stockholm: Prisma.
- Nyström, Siv (1999). *Socialt förändringsarbete – en fråga om att omförhandla mening*. Akademisk avhandling. Stockholm: Lärarhögskolan, HLS Förlag.
- Segraeus, Vera (1998). Behandling av missbrukare – ger det resultat? *Socialt Perspektiv* 1998:4.
- Socialstyrelsen (1991). *Folkhälsorapport 1991*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1999). *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1998*. Statistik – socialtjänst, 1998:6. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (1998). *Balans i missbrukarvården? Resurser och insatser i öppenvård och institutionsvård*. Socialstyrelsen 1998.

Centrum för Välfärdsforskning

Statens institutionsstyrelse (1999). *Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar, 1/99. Stockholm: SiS.

Statistisk årsbok 1998. Statistiska Centralbyrån.

Bilaga 1

Klientdokumentation Öppet intag LVM och IKM

Innehållsförteckning

Jämförande klientdokumentation – Öppet intag, LVM-institutioner och IKM-enheter	51
Några grundfakta om klienterna	51
Tabell 3.1 Kön och åldersfördelning.....	51
Tabell 3.2 Medelålder vid inskrivning.....	51
Tabell 3.3 Tidigare kontakt med enheten.....	51
Tabell 3.4 Främsta initiativtagare till behandlingen.....	51
Uppväxtmiljö	52
Tabell 4.1 Huvudsaklig uppväxt*	52
Tabell 4.2 Fosterhemsplacerad.....	52
Tabell 4.3 Förekomsten av missbruks- och psykiska problem i uppväxtmiljön.....	52
Boendeform och levnadsform	53
Tabell 5.1 Huvudsaklig boendeform (senaste 30 dagarna)	53
Tabell 5.2 Huvudsaklig levnadsform (senaste 30 dagarna).....	53
Tabell 5.3 Samlevande med missbruksproblem.....	53
Tabell 5.4 Egna barn under 18 år	54
Tabell 5.5 Vårdnad om egna barn under 18 år	54
Tabell 5.6 Regelbundet umgänge med missbrukare/icke-missbrukare *	54
Utbildning, försörjning och sysselsättning	55
Tabell 6.1 Skolutbildning.....	55
Tabell 6.2 Huvudsaklig försörjning (senaste 30 dagarna).....	55
Kriminalitet	56
Tabell 7.1 Någonsin dömd till fängelse (totalt i livet).....	56
Tabell 7.2 Brottstyp och dömd för brott (totalt i livet).....	56
Missbruksproblematik	57
Tabell 8.1 Bruk som har föranlett inskrivning	57
Tabell 8.2 Tidigare vård för missbruk.....	57
Tabell 8.3 Avgiftning*	57
Tabell 8.4 Tidigare vård inom psykiatri.....	57

Jämförande klientdokumentation – Öppet intag, LVM-institutioner och IKM-enheter

Några grundfakta om klienterna

Tabell 3.1 Kön och åldersfördelning

	Öppet intag		LVM		IKM	
	Man 72%	Kvinna 28%	Man 75%	Kvinna 25%	Man 72%	Kvinna 28%
Total						
Under 20 år	2	2		1	7	7
20 till 24 år	7	9	7	18	10	12
25 till 29 år	7	2	10	13	9	5
30 till 44 år	45	42	44	43	44	37
45 år och äldre	39	44	39	25	29	38
Procentbas, antal	227	90	398	130	1064	407

Tabell 3.2 Medelålder vid inskrivning

Medelvärde: år	Öppet intag	LVM	IKM
Kvinnor	42	37	Saknas
Män	41	42	Saknas
Alla	42	41	38

Tabell 3.3 Tidigare kontakt med enheten

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Ny klient	83	77	75
Tidigare kontakt med enheten	17	23	25
Procentbas, antal	317	525	1468

Tabell 3.4 Främsta initiativtagare till behandlingen

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Socialtjänst	6	83	23
Somatisk vård	0	3	4
Psykiatrisk vård	1	1	7
Kriminalvård	1	0	8
Arbetsplats	5	0	3
Polismyndighet	0	6	0
Eget initiativ	83	0	36
Anhörig	5	3	5
Annan	0	4	14
Procentbas, antal	317	526	1468

Uppväxtmiljö

Tabell 4.1 Huvudsaklig uppväxt*

	Öppet intag	LVM
	%	%
Biologisk mor och far	46	34
Annan uppväxtform	54	66
Procentbas, antal	251	397

* Uppgifter från IKM saknas.

Tabell 4.2 Fosterhemsplacerad

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Ej uppväxt i fosterhem	82	80	89
Uppväxt i fosterhem	18	20	10
Kan/vill ej svara	0	0	2
Procentbas, antal	251	406	798

Tabell 4.3 Förekomsten av missbruks- och psykiska problem i uppväxtmiljön

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Förekom ej	46	57	52
Missbruk	27	22	22
Psykiska problem	8	8	10
Missbruk och psykiska problem	19	13	14
Kan/vill ej svara	0	0	2
Procentbas, antal	251	403	800

Boendeform och levnadsform

Tabell 5.1 Huvudsaklig boendeform (senaste 30 dagarna)

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Egen bostad	75	52	60
Andra hand/inneboende	6	8	7
Boendekollektiv	1	1	1
Institution/kategorihus	2	12	6
Fängelse/häkte	0	1	7
Förälder	6	7	9
Släkting	1	1	1
Bostadslös	6	15	5
Annat	3	4	3
Procentbas, antal	316	521	1467

Tabell 5.2 Huvudsaklig levnadsform (senaste 30 dagarna)

	Öppet intag	LVM	IKM ²³
	%	%	%
Ensamlevande	54	42	44
Ensamlevande med barn	9	4	7
Samlevande med partner utan barn	13	13	13
Samlevande med partner och barn	9	3	10
Samlevande med förälder/släkting	4	7	10
Samlevande med annan/andra	3	5	3
Bor på inst/fängelse eller är bostadslös	8	27	13
Procentbas, antal	316	513	1459

Tabell 5.3 Samlevande med missbruksproblem

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Har ej missbruksproblem	66	61	75
Har missbruksproblem	34	39	20
Kan/vill ej svara	0	0	6
Procentbas, antal	119	156	469

²³ Sannolikt är vissa uppgifter felaktiga här. De ensamlevande bör vara ca 40 procent och de som bor på institution, fängelse eller är bostadslösa bör vara 18 procent. Se diskussion under ”Datas kvalitet – några reflektioner” i kapitel 2.

Tabell 5.4 Egna barn under 18 år

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Inga egna barn under 18 år	51	59	59
Egna barn under 18 år	49	41	40
Kan/vill ej svara	0	0	1
Procentbas, antal	316	483	1435

Tabell 5.5 Vårdnad om egna barn under 18 år

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Förlorat vårdnad om minst ett barn	29	45	18
Har vårdnad om alla egna barn	71	55	80
Kan/vill ej svara	0	0	2
Procentbas, antal	126	121	496

Tabell 5.6 Regelbundet umgänge med missbrukare/icke-missbrukare *

	Öppet intag			LVM		
	Man	Kvinna	Total	Man	Kvinna	Total
	%	%	%	%	%	%
Inget regelbundet umgänge	6	9	7	11	10	10
Umgås endast med ej missbrukare	24	18	22	26	32	28
Umgås endast med missbrukare	28	55	36	23	19	21
Umgås med både missbrukare och ej missbrukare	42	17	34	41	39	40
Procentbas, antal	175	76	251	284	121	405

* Uppgifter från IKM saknas.

Utbildning, försörjning och sysselsättning

Tabell 6.1 Skolutbildning

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Ej fullföljd folkskola, grundskola	7	12	11
Fullföljd folkskola, grundskola	47	49	45
Fullföljt gymnasium	38	31	33
Fullföljt eftergymnasial utbildning	8	8	10
Kan/vill ej svara	0	0	2
Procentbas, antal	316	524	1426

Tabell 6.2 Huvudsaklig försörjning (senaste 30 dagarna)

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Lön	27	5	24
AMS-bidrag	1	0	1
Arbetslöshetsersättning	8	5	9
Sjukpenning	13	13	11
Sjukbidrag	5	7	2
Ålderspension	2	3	1
Förtidspension	9	24	8
Socialbidrag	26	31	24
Studiebidrag/studiemedel	3	1	5
Försörd av föräldrar/anhörig	2	2	5
Annat försörjningssätt	4	9	11
Procentbas, antal	316	525	1457

Kriminalitet

Tabell 7.1 Någonsin dömd till fängelse (totalt i livet)

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Ej dömd för brott	24	25	38
Dömd för brott, ej till fängelse	38	31	32
Dömd till fängelse mindre än ett år	26	24	17
Dömd till fängelse minst ett år	12	20	13
Procentbas, antal	251	397	781

Tabell 7.2 Brottsstyp och dömd för brott (totalt i livet)

	Öppet intag	LVM	IKM
	%	%	%
Våldsbrott	25	30	18
Tillgreppsbrott	29	41	26
Bedrägeribrott	14	21	11
Trafikbrott	59	49	43
Narkotikabrott	23	33	16
Övriga brott	21	22	15
Procentbas, antal	251	398	735-782*

* Procentbas: Våldsbrott (781), tillgreppsbrott (782), bedrägeribrott (777), trafikbrott (735),

* narkotikabrott (778) och övriga brott (775).

Missbruksproblematik

Tabell 8.1 Bruk som har föranlett inskrivning

	Öppet intag %	LVM %	IKM %
Enbart alkohol	50	47	51
Enbart narkotika	6	13	18
Enbart läkemedel	1	1	3
Alkohol + Narkotika	6	6	6
Alkohol + Läkemedel	10	6	3
Narkotika + Läkemedel	3	12	3
Alkohol + Narkotika + Läkemedel	15	8	3
Lösningsmedel + Kombinationer	8	2	0
Dopingpreparat + Kombinationer	1	5	2
Inget drogmissbruk	0	0	2
Kan/vill ej svara	0	0	1
Ej relevant	0	0	7
Procentbas, antal	317	522	1461

Tabell 8.2 Tidigare vård för missbruk²⁴

	Öppet intag %	LVM %
Ej tidigare vård för missbruk	54	25
Tidigare vård för missbruk	46	75
Kan/vill ej svara	0	0
Procentbas, antal	251	347

Tabell 8.3 Avgiftning*

	Öppet intag %	LVM %
Aldrig avgiftats	40	11
Har avgiftats	60	89
Procentbas, antal	251	398

* Uppgifter från IKM saknas.

Tabell 8.4 Tidigare vård inom psykiatrin

	Öppet intag %	LVM ²⁵ %	IKM %
Ej tidigare vårdad inom psykiatrin	45	60	61
Tidigare vård inom psykiatrin	55	40	35
Kan/vill ej svara	0	0	4
Procentbas, antal	316	396	1340

²⁴ Både för Öppet intag och LVM baseras data i tabellen på en fråga (dygnsvård i syfta att behandla missbruket), som endast finns i Lång-formuläret.

²⁵ Fråga finns i kortformuläret, vilket innebär att alla klienter i princip ska besvara den. För Öppet intag och IKM är angivna bastal, med undantag för ett mindre bortfall, lika med alla inskrivna. Men för IKM är inte de som besvarat kortformuläret med, så när som på en person. Alla andra som besvarat kortformuläret saknar värde på denna variabel.

Bilaga 2

Inskrivningsformulär IKM (Lång version)

Intervjupersonens (ip) kodnummer: år |__|__| dag |__|__| initialer |__|__| ev kontrollnr. |__|__|

Kön: |__| 1 = Man 2 = Kvinna

Hemkommun: *Födelseland:*

Medborgarskap: Intervjuperson:

1 = Svensk Moder:

2 = Statslös Fader:

Annat land, vilket?

Datum för ifyllande av Formuläret besvarats genom:

lång version: år |__|__| månad |__|__| dag |__|__| 1 = Personlig intervju

Datum för inskrivning: år |__|__| månad |__|__| dag |__|__| 2 = Telefonintervju

Ev löpnummer: |__|__|__|__|__|__| 3 = Aktmaterial

Intervjuare:

Behandlingskontakt

① *Typ av kontakt med enheten:*

1 = Ny klient
2 = Tidigare kontakt med enheten

② *Främsta initiativtagare till kontakten:*

1 = Socialtjänst	5 = Polismyndighet	9 = Arbetsplats	13 = Eget initiativ
2 = Somatisk vård	6 = Kriminalvård	10 = Utbildningsinstitution	14 = Kamrat
3 = MVC/BVC	7 = Länsstyrelsen	11 = Frivillig organisation	15 = Anhörig
4 = Psykiatrisk vård	8 = Domstol	12 = Egna enheten	16 = Annan

③ *Kontakt enligt lagrum:*

1 = SoL §6	4 = LVM §27	7 = KvL §34	10 = Annat lagrum
2 = SoL §50	5 = LPT	8 = Skyddstillsyn med föreskrift	11 = Utan myndighetsprövning
3 = LVU	6 = Kontraktsvård	9 = Enligt brottsbalken	

④ *Led i vårdkedjan:* 0 = Nej 1 = Ja

Instruktion

N = Ej relevant
X = Klienten kan/vill ej svara
* = Frågor som ingår i ASI

Klientens skattningsskala

0 = Inte alls
1 = Lite
2 = Ganska
3 = Mycket
4 = Våldigt mycket

Inringad siffra anger att

frågan ingår i kortversionen

Levnadsform

- ① **Huvudsaklig boendeform:** Senaste 30 dagarna
Senaste 6 månaderna

1 = Egen bostad 5 = Institution/kategorihus 9 = Föräldrar
2 = Andra hand/inneboende 6 = Familjevård 10 = Släktingar
3 = Boendekollektiv 7 = Fängelse/häkte 11 = Bostadslös
4 = Försöks-/träningsslägenhet 8 = Hotell 12 = Annat

- ② **Huvudsaklig levnadsform:** Senaste 30 dagarna
Senaste 6 månaderna

1 = Ensamlevande
2 = Samlevande med barn
3 = Samlevande med partner utan barn
4 = Samlevande med partner och barn
5 = Samlevande med föräldrar/släkting
6 = Samlevande med annan/andra

- ③ **Förekomst av missbruksproblem hos samlevande:**

0 = Nej 1 = Ja

Familj och umgänge

- ① **Antal egna barn:** |__|__| ② **Antal egna barn under 18 år:** |__|__|;
därav omhändertagna och placerade utanför hemmet: |__|__| (0 = Inga barn)

3. **Antal egna barn med egen/gemensam vårdnad:** |__|__| (0 = Inga barn)

4. **Har Du upplevt perioder med stora svårigheter att komma överens med:**

	Senaste 30 dagarna	Totalt i livet	
Mor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nej
Far?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Ja
Syskon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Make/maka/partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Egna barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan nära släkting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. **Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp för dessa familjeproblem?** (Se skattningsskalan)

6. **Har Du regelbundet umgänge med:**

0 = Nej 1 = Ja
Icke missbrukande vänner/bekanta
Missbrukande vänner/bekanta

Uppväxtmiljö

1. Huvudsaklig uppväxt (upp till 18 års ålder) hos:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| 0–2 år <input type="checkbox"/> | 1 = Biologisk mor och far | 4 = Biologisk förälder och partner (styvfamilj) | 7 = Annan vårdnadshavare |
| 3–6 år <input type="checkbox"/> | 2 = Biologisk mor | 5 = Adoptivfamilj | 8 = Eget boende |
| 7–12 år <input type="checkbox"/> | 3 = Biologisk far | 6 = Fosterfamilj | 9 = Institution |
| 13–15 år <input type="checkbox"/> | | | |
| 16–18 år <input type="checkbox"/> | | | |

2. Antal tillfällen placerad i fosterfamilj: |__|__| (0 = Aldrig placerad)

3. Förekomst av missbruk i uppväxtmiljön: 0 = Nej 1 = Ja

4. Förekomst av psykiska problem i uppväxtmiljön: 0 = Nej 1 = Ja

Utbildning och försörjning

① Skolutbildning:

- 1 = Ej fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande
- 2 = Fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande
- 3 = Fullföljt gymnasium, fackskola eller motsvarande
- 4 = Fullföljt eftergymnasial utbildning

2. Talförståelse:

- 1 = Svenska som hemspråk
- Om ej svenska som hemspråk*
- 2 = God talförståelse
- 3 = Viss talförståelse
- 4 = Ingen talförståelse

3. Yrke:

- | | |
|--------------------------|---|
| 1 = Har inget yrke | 5 = Tjänsteman på mellannivå |
| 2 = Ej facklärd arbetare | 6 = Högre tjänsteman |
| 3 = Facklärd arbetare | 7 = Egen företagare/fri yrkesverksamhet |
| 4 = Lägre tjänsteman | |

④ Huvudsaklig försörjning: Senaste 30 dagarna Senaste 6 månaderna

- | | | |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------------|
| 1 = Lön | 5 = Sjukbidrag | 9 = Studiebidrag/studiemedel |
| 2 = AMS-bidrag | 6 = Ålderspension | 10 = Föräldrapenning |
| 3 = Arbetslöshetsersättning | 7 = Förtidspension | 11 = Försörjd av föräldrar/anhörig |
| 4 = Sjukpenning | 8 = Socialbidrag | 12 = Annat försörjningssätt |

5. Hur länge varade din längsta period av regelbundet arbete? Antal mån: |__|__|__|

⑥ Anställningsform (om huvudsaklig försörjning av lön): Senaste 30 dagarna Senaste 6 månaderna

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1 = Egen företagare/fria yrken | 3 = Tillfälligt arbete på öppna marknaden |
| 2 = Fast arbete på öppna marknaden | 4 = Annat |

7. Prostitution under de senaste 6 månaderna: 0 = Nej 1 = Ja

Alkohol- och narkotika

①. Bruk som föranlett inskrivning:

Alkohol Lösningssmedel 0 = Nej
Narkotika Narkotikaklassade läkemedel 1 = Ja
Dopingpreparat

②. Aktuellt bruk: Ange drog enligt numrering i fråga 3 och rangordna.

1. 2. 3.

*3. Bruk av alkohol och narkotika:

	Debut- ålder	Debut- ålder (regelb anv)	Totalt i livet (år) (regelb anv)	Senaste 30 dagarna (antal dag)	Intagnings- sätt (se nedan)
(10) Alkohol					
11 – regelbunden användning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
12 – till berusning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
20 Opiater					
21 Heroin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
22 Metadon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
23 Andra opiater/ smärtstillande preparat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
30 Dämpande mediciner					
31 BZD, Sed, Hypn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
40 Centralstimulantia					
41 Kokain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
42 Amfetamin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
43 Ecstasy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
50 Cannabis					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
60 Hallucinogener					
61 LSD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
70 Lösningssmedel					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
80 Dopingpreparat					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
90 Fler än ett medel per dag					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
100 Annat, vad?					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....					

Intagningsätt 1 = Oralt 2 = Nasalt 3 = Rökning
4 = Icke iv injicering 5 = Iv injicering

4. Hur många sammanhängande veckor har Du varit drogfri under de senaste 6 månaderna (max 26 v):

Alkohol veckor

Narkotika veckor

*5. Hur mycket pengar har Du betalt under de senaste 30 dagarna för:

Alkohol kronor

Narkotika kronor

*6. Hur många dagar av de senaste 30 har Du upplevt :

Alkoholproblem dagar

Narkotikaproblem dagar

*7. Hur oroad eller besvärad har Du varit under de senaste 30 dagarna av:

Alkoholproblem

Narkotikaproblem

(Se skattningsskalan)

*8. Hur viktigt är det för Dig nu att få behandling för dina:

Alkoholproblem

Narkotikaproblem

(Se skattningsskalan)

Behandlingshistoria

① Första myndighetskontakt på grund av egna missbruksrelaterade problem (polis, socialtjänst etc):

Ålder: _____

(0 = Har ej haft någon myndighetskontakt)

2. Avgiftning: 0 = Nej 1 = Ja

Om ja, skatta antal tillfällen

Inom öppen-/dagvård och dygnsvård _____

3. Dygnsvård i syfte

att behandla missbruket: (0 = Ej vårdad)

Antal månader: _____

④ Vård inom psykiatri: 0 = Nej 1 = Ja

Om ja, skatta antal vårdtillfällen

Frivilligt i psykiatrisk öppen-/dagvård _____

Frivilligt i psykiatrisk dygnsvård _____

Tvångsvård enligt LSPV/LPT _____

5. Vårdad enligt LVU: (0 = Ej vårdad)

Antal vårdtillfällen: _____ ggr.

Sammanlagd tid _____ år. Senast år: _____

6. Vårdad enligt LVM: (0 = Ej vårdad)

Antal vårdtillfällen: _____ ggr. Senast år: _____

⑦ Senaste vårdtillfället före det nu aktuella i syfte att behandla missbruk (gäller även avgiftning):

Inom öppen-/dagvård

Inom slutenvård (dygnsvård)

0 = Ej tidigare vårdad

1 = Mindre än 1 månad sedan

2 = 1–2 månader sedan

3 = 2–6 månader sedan

4 = 6–12 månader sedan

5 = 12–24 månader sedan

6 = Mer än 24 månader sedan

8. Med stöd av vilken lag har vården vid det senaste vårdtillfället före det nu aktuella skett:

0 = Ej tidigare vårdad

1 = SoL

2 = LVM

3 = LVU

4 = LPT

5 = KvL

6 = HSL

7 = Annat

9. Kontakt med självhjälps-/frivilligorganisation under de senaste 6 månaderna:

0 = Ingen kontakt

1 = 1 gång/månad

2 = 1 gång/varannan vecka

3 = 1 gång/vecka

4 = Flera ggr/vecka

10. Kontakt under de senaste 6 månaderna med vilken självhjälps-/frivilligorganisation: (Flera svarsalternativ möjliga)

AA

NA 0 = Nej

Länkarna 1 = Ja

Annan, vilken?

11. Metadonbehandling:

0 = Nej

1 = Ja, pågående behandling

2 = Ja, tidigare behandling, men avslutat

3 = Ja, men avstängd

4 = Erhållit remiss till behandling

5 = Erhållit remiss till utredning

Fysisk hälsa

① Har Du några långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar som påverkar Din livsföring? 0 = Nej 1 = Ja

*2. Under hur många av de senaste 30 dagarna har Du upplevt några kroppsliga problem? |__|__|

*3. Hur oroad eller besvärad har Du varit av dessa fysiska hälsoproblem under de senaste 30 dagarna? (Se skattningsskalan)

*4. Hur viktigt är det för Dig nu att få behandling för dessa fysiska hälsoproblem? (Se skattningsskalan)

5. Om kvinna: gravid? 0 = Nej 1 = Ja 6. Om ja: antal graviditetsmånader: |__| mån

⑦ HIV-testad? 1 = Testad-positiv 4 = Aldrig testad
2 = Testad-negativ 5 = Okänt om testad
3 = Testad-resultat okänt

⑧ Om HIV-testad: senaste testdatum: år |__|__| mån |__|__|

⑨ Förekomst av Hepatit B: 0 = Nej 1 = Ja

⑩ Förekomst av Hepatit C: 0 = Nej 1 = Ja

11. Har Du varit utsatt för allvarligt våld/misshandel/övergrepp av fysisk/psykisk/sexuell karaktär efter missbruksdebuten?

Av fysisk karaktär 0 = Nej

Av psykisk karaktär 1 = Ja

Av sexuell karaktär

Psykisk hälsa

*1. Har Du haft någon längre period då Du: 0 = Nej 1 = Ja

<i>Ej missbruksrelaterat:</i>	De senaste 30 dagarna	Totalt i livet
Upplevt allvarlig depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplevt hallucinationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordinerats läkemedel för något känslomässigt eller psykologiskt problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kan vara missbruksrelaterat:

Upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplevt att Du haft allvarligt menade självmordstankar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort självmordsförsök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*2. Hur många dagar av de senaste 30, har Du upplevt dessa känslomässiga eller psykologiska problem? |__|__|

*3. Hur oroad eller besvärad har Du varit under de senaste 30 dagarna av dessa känslomässiga eller psykologiska problem? (Se skattningsskalan)

*4. Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp för dessa psykiska problem? (Se skattningsskalan)

Kriminalitet

1. Har Du blivit dömd för något/några brott?

0 = Nej 1 = Ja

	Totalt i livet blivit dömd	Dömd under de senaste 6 månaderna
Våldsbrott/rån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillgreppsbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrägeribrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rattonykterhet/-fylleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga trafikbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkotikabrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga brott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

② Dömd för något/några brott: sammanlagd tid (räknat i månader) i fängelse: |__|__|__| mån (0 = Ej dömd)

③ Dömd till rättspsykiatrisk vård, ange vårdtid i månader: |__|__|__| mån (0 = Ej dömd)

*4. Väntar Du på åtal, rättegång, dom eller straffverkställighet för brott? 0 = Nej 1 = Ja

*5. Hur många dagar av de senaste 30 har Du
ägnat åt olaglig verksamhet med syfte att tjäna pengar? |__|__|

*6. Hur allvarliga upplever Du att Dina nuvarande juridiska problem är? (Se skattningsskalan)

*7. Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp med dessa juridiska problem? (Se skattningsskalan)

Myndighets- och vårdkontakter

① Har Du under de senaste 6 månaderna före inskrivning haft kontakt med någon av följande myndigheter:

- Försäkringskassa
- Frivårdsmyndighet/kriminalvård
- Arbetsförmedling
- Socialtjänst (ekonomiskt bistånd) 0 = Nej
- Kronofogde 1 = Ja
- Sjukvård
- Annan myndighet

② Har Du under de senaste 6 månaderna före inskrivning haft kontakt med/besökt någon av följande:

- Behandlingsansvarig soc.sekr
- Öppenvårdsmottagning (alk/nark)
- Öppenvårdsprojekt
- Strukturerad dagvård 0 = Nej
- Psykoterapeut/psykiatrisk mottagning 1 = Ja
- Nuvarande institution/behandlingsenhet
- Företagshälsovård
- Hälsovård inom utbildningsinstitution

Behov av hjälp/stöd

1. Önskemål om stöd/hjälp vid denna verksamhet ...

...med relationen till:

- Mor
- Far
- Syskon
- Make/maka/partner
- Fd make/maka/partner
- Egna barn
- Vänner/bekanta

...vad gäller:

- Utbildning
 - Arbete
 - Ekonomi
 - Boende
 - Fritid
 - Fysisk hälsa
 - Psykisk hälsa
 - Kriminalitet
 - Missbruk
 - Annat
- 0 = Nej
1 = Ja

Kommentar till intervjusituationen

1. Upplever Du som intervjuare att svaren inom respektive frågeområde är tillförlitliga?

0 = Nej 1 = Ja Om nej, vilken/vilka frågor?

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| Behandlingskontakt | <input type="checkbox"/> | |
| Levnadsform | <input type="checkbox"/> | |
| Familj och umgänge | <input type="checkbox"/> | |
| Uppväxtmiljö | <input type="checkbox"/> | |
| Utbildning, försörjning och sysselsättning | <input type="checkbox"/> | |
| Alkohol- och narkotikaanvändning | <input type="checkbox"/> | |
| Behandlingshistoria | <input type="checkbox"/> | |
| Fysisk hälsa | <input type="checkbox"/> | |
| Psykisk hälsa | <input type="checkbox"/> | |
| Kriminalitet | <input type="checkbox"/> | |
| Myndighets- och vårdkontakter | <input type="checkbox"/> | |
| Behov av hjälp/stöd | <input type="checkbox"/> | |

2. Upplever Du som intervjuare att Du haft god kontakt med ip under intervjusituationen? 0 = Nej 1 = Ja

3. Viktig information, som inte framkommer i formuläret i övrigt (t ex etnisk bakgrund, spec förhållanden, osv):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Utgivna rapporter i skriftserie B

- Nr 1, 1994 Ekmán, Birgitta. *Barns villkor. En sektorsövergripande fördjupningsstudie på kommunnivå*. Mars 1994.
- Nr 2, 1998 Axelsson, Christina. *Personal- och metodutveckling i Gaia-projektet*. April 1998.
- Nr 3, 1998 Jonsson, Bosse. *Folkbibliotekets tidlöshet. Lokala beslutsfattarens synsätt på folkbibliotekets uppgifter i nio kommuner, i relation till centrala synsätt*. Projektet "Folkbibliotek i förändring" vid Statens Kulturråd. April 1998.
- Nr 4, 1998 Vestman, Cecilia. *Politikerstyre eller tjänstemannavälde? En fallstudie av beställar-utförandemodellen och sjukhusfusionen i Södermanlands läns landsting*. April 1998.
- Nr 5, 1998 Ekermo, Mats. *Kunskapsutveckling i socialt arbete. Ett samarbetsprojekt forskare – socialarbetare*. September 1998.
- Nr 6, 1998 Holtter, Irja. *Modersmålsundervisningen. Livsvärld och system – avlastning eller kolonialisering?*. C-uppsats i sociologi våren 1998. September 1998.
- Nr 7, 1998 Aparicio, Ciro. "Blå huset". *En utvärdering av ett rehabiliterings- och sysselsättningsprojekt i Arboga*. September 1998.
- Nr 8, 1999 Axelsson, Christina, Hoffstedt, Anna och Ungmark, Inger. *Resurscentra för kvinnor – en väg till tillväxt och välfärd?* Januari 1999.
- Nr 9, 1999 Söderberg, Inger. *Har kärnan upplevts som en resurs? – om ett projekt för kvinnor*. C-uppsats i sociologi hösten 1998. Januari 1999.
- Nr 10, 1999 Hort, Sven. E., Karlsson, Ove och Ozolins, Andrejs. *Latvian Welfare Reform Project. Subcomponent 3 c. Kandava Pilot Project. Pre project Evaluation Report. Part I: Staff and Management*. Januari 1999.
- Nr 11, 1999 Unell, Elisabeth. Datorprat. *Utbildning i talstyrd dator – en utvärdering*. Mars 1999.
- Nr 12, 1999 Wreder, Malin. *Politiken och personalen. En historiesociologiska studie av statligt och landstingskommunalt arbetsgivarskap*. D-uppsats i sociologi hösten 1999. November 1999.
- Nr 13, 1999 Unell, Elisabeth. *Arbetslös – möjligheter på arbetsförmedlingen i Norberg*. December 1999.
- Nr 14, 1999 Axelsson, Christina och Ungmark, Inger. *Särskilda insatser för kvinnor. En studie av lokala resurscentramodeller i Södermanland och Västmanland*. December 1999.
- Nr 15, 1999 Blomberg, Helena. *Nyckeln till biblioteket. En utvärdering av projektet IT & Handikapp vid Eskilstuna stads- och länsbibliotek*. December 1999. (Även som pdf-fil.)
- Nr 16, 1999 Blomberg, Helena och Jonsson, Bosse. *Öppen skola – ett kunskapslyft på biblioteket. En studie av en verksamhet vid Örebro Stadsbibliotek*. December 1999.
- Nr 17, 1999 Hoffstedt, Anna. *Jämställdhet i ett regionalt perspektiv. En studie om kvinnors villkor i glesbygd/landsbygd och storstad/tätort*. D-uppsats i sociologi hösten 1999. December 1999.
- Nr 18, 1999 Ekholm, Hans, Jonsson, Tola och Sidebäck, Göran. *Öppet intag – En väg till drogfrihet? Rapport 1. Beskrivning av klienter vid Vårnäs behandlingshem*. December 1999. (Även som pdf-fil.)
- Nr 19, 2000 Lieberg, Mats, Forsberg, Mats och McDonald, Sine. *Youth Housing and Exclusion in Sweden. All reports*. Maj 2000. (Även som pdf-fil.)
- Nr 20, 2000 Axelsson, Christina och Ungmark, Inger. *Särskilda insatser för kvinnor. En studie av lokala resurscentramodeller och metodutveckling. Rapport 1 och 2*. Augusti 2000. (Även som pdf-fil.)
- Nr 21, 2000 Ekholm, Hans, Jonsson, Tola och Sidebäck, Göran. *Öppet intag - En väg till drogfrihet? Rapport 2 En jämförelse av klienter inom Öppet intag och andra behandlingsformer*. November 2000. (Även som pdf-fil.)

Utgivna rapporter i skriftserie A

- Nr 1, 1997 Axelsson, Christina. *Hela kedjan. Ett samverkansprojekt för ensamstående mödrar med långvarigt bidragsberoende i Eskilstuna kommun.* November 1997.
- Nr 2, 1998 Karlsson, Ove. "Två tu sen ett" – *Utvärdering av förarbete och start av sammanslagningen mellan Mälarsjukhuset och Kullbergssjukhuset.* September 1998.
- Nr 3, 1998 Nylund, Katarina. *Framväxten av det multikulturella Västerås. Invandrapolitikens utveckling under efterkrigstiden.* November 1998.

Utgivna rapporter i skriftserie C

- Nr 1, 1994 Karp, Håkan. *Det svenska välfärdssamhället under förändring. Några röster för och emot.* Oktober 1994.
- Nr 2, 1995 Karp, Håkan. *Some contributions to the debate of the welfare state.* Paper presented at the 4th international Conference for comparative studies on social welfare at The Welfare Research Centre, Eskilstuna. Sweden. September 1994.
- Nr 3, 1996 Apelmo, Per. *Uttryckande Konstterapi – en presentation inklusive exempel på olika former av tillämpning.* Maj 1996.
- Nr 4, 1996 Andersson, Eva och Svensson, Thomas. *Risikfaktorer för långtidssjukskrivning – handläggningsrutiner och ärendehantering.* Februari. 1996.
- Nr 5, 1996 Eikeland, Olav och Lundahl, Ingrid. *Utvärdering av Centrum för Välfärdsforskning.* December 1996.
- Nr 6, 1996 Swedner, Harald, Forsberg, Mats och Ventura, Fosco. *Some Reflections on our Core Ideas for the Activities at the International Welfare Research Centre in the Valley of Mälaren.* December 1996.
- Nr 7, 2000 Sidebäck, Göran och Vuorinen, Mats (red.). *CVF vid millennieskiftet. Historik, Verksamhet 1997 – 1999, Framtidsplaner.* April 2000. (Även som pdf-fil.)

Rapporter och annan information i pdf-format kan hämtas från CVF:s hemsida:

<http://www.mdh.se/isb/cvf/>



Pris: 85 kr