SiS följer upp och utvecklar

1/98

40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare

# Rällsögården

*Kerstin Möller*
*Arne Gerdner*
*Anita Oscarsson*

Statens institutions styrelse SiS

Statens institutionsstyrelse (SiS)

# RÄLLSÖGÅRDEN

## 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare

Ideologi, metoder och organisation 1958–1997
Klientprofil och behandlingsdata 1983–1992
Behandlingsresultat och attityder 1991–1992
Överlevnad upp till 14 år efter vård

*Kerstin Möller*
*Arne Gerdner*
*Anita Oscarsson*

Beställes genom Statens institutionsstyrelse SiS
Rapport 1/98
ISSN 1403-1558

EKBLADS AB C O Ekblad & Co, Västervik 1998

# Förord

Statens institutionsstyrelse, SiS, inrättades den 1 juli 1993 och svarar för planering, ledning och drift av LVM-hemmen och de särskilda ungdomshemmen. En viktig uppgift är att bedriva metod- och utvecklingsarbete samt att stödja och stimulera forskning inom ungdoms- och missbrukarvård. Upp till 30 miljoner kronor får årligen avsättas för uppföljning, utvärdering, forskning, kompetens- och metodutveckling.

SiS FoU-enhet leder detta arbete. Enheten ska bl.a. ta initiativ till forskning och följa forskningen inom området samt verka för att forskningsresultaten sprids och överförs till praktiskt arbete. FoU-enheten ska även genom försöksverksamhet och på annat lämpligt sätt bidra till metodutveckling inom området vård och behandling. Till SiS finns knutet ett vetenskapligt råd som biträder FoU-enheten i principiella frågor rörande forsknings- och utvecklingsarbete.

FoU-enheten publicerar kunskapsöversikter samt rapporter från forsknings- och utvecklingsprojekt som bedöms vara av intresse för utvecklingen av ungdoms- och missbrukarvård.

Forskningsprojekt som stöds av SiS ges möjlighet att publicera sina resultat i FoU-enhetens rapportserie "Forskningsrapporter". Utvecklingsprojekt samt FoU-enhetens uppföljnings- och utvärderingssatsningar publiceras i FoU-enhetens rapportserie "SiS följer upp och utvecklar".

Detta är den första rapporten som publiceras i rapportserien "SiS följer upp och utvecklar". Det är en studie av LVM-hemmet Rällsögården som omfattar både uppföljning och utveckling. Rapporten har initierats av nuvarande institutionschefen Harriet Lundefors. Bidrag för att genomföra projektet har erhållits från Socialstyrelsen, Örebro läns landsting och Statens institutionsstyrelse.

Rapporten kommer ut lagom till Rällsögårdens 40-årsjubileum. Verksamheten startade 1958, men Rällsögården har en längre historia än så. Institutionen startade som fattiggård år 1878. Historiken skildras i rapportens inledande kapitel.

Rapporten innehåller en gedigen genomgång av ett behandlingshems utveckling, med höga ambitioner på att dokumentera klienter och vårdresultat. Den drivande kraften i detta omfattande arbete har varit institutionschef Harriet Lundefors. Hon har med energi och uthållighet drivit på och stöttat de tre författarna Kerstin Möller, Arne Gerdner och Anita Oscarsson.

Författarna har i sin tur lagt ned mycket tid och möda på rapporten. Klientprofilen beskrivs i ett 10-års perspektiv, vilket ger möjlighet att se förändringar över tid. Med multivarialt design studeras vårdens genomförande, utfall samt mortalitet i ett långtidsperspektiv. Härigenom tillförs ny kunskap till svensk behandlingsforskning. Från SiS FoU-enhet har vi följt de sista faserna i processen. Vi har också fått förtroendet och glädjen att ge ut rapporten. Vi hoppas att den ska ge läsaren en fyllig bild av ett stycke svensk institutionshistoria samt av klienter i tvångsvård och deras behandlingsresultat.

Vera Segraeus
FoU-chef

# Innehållsförteckning

**Förord** **3**

**1. Inledning** **6**

1.1 Projektet 6

1.2 Rapportens syften 7

1.3 Avgränsning 8

1.4 Bakgrund om LVM 8

1.5 Nuvarande LVM 11

**2. Rällsögårdens teoretiska och praktiska utveckling** **13**

2.1 Utveckling på Rällsögården 1878–1958: Från fattiggård till nykterhetsvårdsanstalt 15

2.2 Den andra perioden 1958–1966: Nykterhetsvårdsanstalt, repression och auktoritärt ledarskap 16

2.3 Den tredje perioden 1966–1982: Ett demokratiskt klimatförändringen kan börja förändringen kan börja 18

2.4 Den fjärde perioden 1983–1989: Ett självständigt behandlingshem – Fostran till "svenssonliv" 22

2.5 Den femte perioden från 1990: Professionalisering och aktivt ledarskap 31

2.6 Sammanfattning och diskussion 37

**3. Metoder i studiens kvantitativa avsnitt** **43**

3.1 De studerade materialen 43

3.2 Registerstudierna 43

3.3 Uppföljningsstudierna 46

3.4 Statistiska analysmetoder 50

**4. Klientprofiler och gruppskillnader** **51**

4.1 Demografiska uppgifter om klienterna 51

4.2 Lagrum för aktuell behandling 52

4.3 Social bakgrund och aktuell situation 52

4.4 Klienternas beroendeproblem 57

4.5 Sammanfattning och diskussion 60

**5. Förändringar i klientprofilen åren 1983–1992** **63**

5.1 Lagrum för den aktuella behandlingen 65

5.2 Förändring i klienternas sociala profil 66

5.3 Klienternas beroendeproblem 69

5.4 Sammanfattning och diskussion 71

**6. Behandlingens genomförande åren 1983–1992** **74**

6.1 Behandlingsavdelningarna 74

6.2 Behandlingstider 75

6.3 Vårdhändelser för de tvångsomhändertagna 77

6.4 Fullgjort behandlingen? 81

6.5 Sammanfattning och diskussion 82

**7. Uppföljning två år efter utskrivning** **84**
7.1 Behandlingsutfall avseende alkohol och droger 84
7.2 Deltagande i självhjälpsgrupper och/eller frivilliga stödgrupper i svarsgruppen 92
7.3 Social situation 94
7.4 Familjesituationen efter behandlingen 95
7.5 Samhällssanktioner och ny vård efter behandlingen 96
7.6 Sammanfattning och diskussion 97
**8. Faktorer som påverkar behandling och utfall** **100**
8.1 Prediktion av fullföljande av behandlingen 101
8.2 Prediktion av avvikningar bland de tvångsomhändertagna 102
8.3 Prediktion av förbättring vad gäller alkohol- och drogbruk 103
8.4 Prediktion av deltagande i självhjälps- och stödgrupp 106
8.5 Sammanfattning och diskussion 107
**9. Tankar, attityder och känslomässig utveckling** **110**
9.1 Attityder i tillfrisknande 110
9.2 Personlig utveckling 114
9.3 Förändringar i känsloliv 115
9.4 Upplevelser av behandlingen 116
9.5 Upplevelser av påtryckning och tvång 117
9.6 Sammanfattning och diskussion 118
**10. Långtidsöverlevnad efter utskrivning** **122**
10.1 Överlevnadskurvor 122
10.2 Överdödlighet jämfört med normalbefolkning 123
10.3 Faktorer som är relaterade till död 125
10.4 Multivariat analys 125
10.5 Sammanfattning och diskussion 127
**11. Institutionernas roll, deras betydelse och begränsning** **128**
11.1 Institutionell behandling och utfall 130
11.2 Marginalkonflikten 132
**Referenser** **135**

Appendix 1: Klientenkät 139
Appendix 2: Enkät till socialsekreterare 151
Appendix 3: Validitet i enkätundersökningen 161

# 1. Inledning

Åren 1983 till 1992 var det första årtiondet med den nya sociallagstiftningen, både Socialtjänstlagen (SoL)[1] och Lag om Vård av Missbrukare i vissa fall (LVM)[2]. Under detta årtionde bedrevs tvångsvården inte som tidigare i statlig eller statskontrollerad regi utan av kommuner eller landsting. Samtidigt inleddes en övergång från institutionsvård till vård i öppna former.

Att bli föremål för tvångsåtgärder och berövad friheten på grund av ett allvarligt alkohol- eller narkotikamissbruk är ett stort ingrepp i en persons integritet. Den lag som sedan 1982 reglerar tvångsåtgärderna, LVM, är därför försedd med ett flertal kontroller och restriktioner. Vård enligt denna lag ska ske på särskilda offentligt ägda behandlingsinstitutioner. Det kan vara av allmänt intresse att skärskåda ett behandlingshem som under sin 40-åriga verksamhet haft förtroendet att få bedriva tvångsvård av missbrukare. Rällsögården är ett sådant behandlingshem. Det ligger på halvön Rällsö, en och en halv mil utanför samhället Kopparberg i den västmanländska delen av Bergslagen.

Vi har valt att skildra Rällsögårdens utveckling, utifrån målsättning, ledningsfunktion, vårdideologi, behandlingsmetoder och annat av vikt som vi bedömt haft ett avgörande inflytande på verksamheten från starten 1958 till dags dato. Vi har också studerat klientgruppens[3] sammansättning och behandlingsdata under åren 1983–1992 samt behandlingsresultat i en enkätstudie av 1991 och 1992 års klienter. Slutligen har vi gjort en långtidsuppföljning av dödlighet.

## 1.1 Projektet

Denna rapport är resultatet av ett projekt som initierades av institutionschefen Harriet Lundefors. Bidrag för att genomföra projektet har erhållits från Socialstyrelsen och från Örebro läns landstings (ÖLL) forskningskommitté. En projektgrupp inrättades i september 1993 bestående av Harriet Lundefors och Elisabeth Svensson från Rällsögården, Lars-Eric Körner, avdelningschef vid sociala avdelningen på Örebro läns landstings socialförvaltning, Arne Gerdner som då var doktorand i alkoholpsykiatri vid avdelningen för alkoholforskning, Malmö (Lunds universitet) och behandlingsassistent på Runnagården, senare disputerad och forskningsassistent på FoU-enheten vid Statens institutionsstyrelse, samt Anita Oscarsson, projektanställd sekreterare. Arne Gerdner har varit projektledare. Lars-Eric Körner lämnade projektgrup-

[1] SFS (1980) samt SFS (1988).

[2] SFS (1981) och den omarbetade SFS (1988).

[3] I andra sammanhang brukar vi föredra begreppet "patient" när det gäller personer i behandling. I denna rapport har vi dock anpassat oss till Rällsögårdens nuvarande språkbruk "klient", utom för de perioder då även Rällsögården använde patientbegreppet.

pen i samband med att Rällsögården överfördes från Örebro läns landsting till Statens institutionsstyrelse i april 1994. Från oktober 1994 har Kerstin Möller ingått.

I egenskap av projektsekreterare utförde Anita Oscarsson huvuddelen av arbetet under datainsamlingsfasen under handledning av Arne Gerdner. Arbetet omfattade allt från datainsamling utifrån tillgängliga journaler, utarbetande och administration av enkäter, intervjuer med socialsekreterare, upprättande av databas, kodning och kontroller. Klientdata gällande åren 1983–1987 hade dock tidigare insamlats på Rällsögården av Harriet Lundefors, Elisabeth Svensson och Johnny Hansson. Avsikten var att slutrapporten skulle skrivas av en socionom anställd på Rällsögården under handledning av Arne Gerdner. P.g.a. barnledighet och omorganisation blev detta inte möjligt. Så småningom (1993) tillfrågades Kerstin Möller, som accepterade uppdraget. Kerstin var tidigare tf. institutionschef på behandlingshemmet Brotorp och under åren 1992–1994 sekreterare i den regionala vårdresursplaneringen. Även Kerstin fick dock förändrade arbetsförhållanden som ansvarig för Runnagårdens familjeprogram 1995–1996. Det blev därför i praktiken möjligt att fullborda arbetet först sedan detta uppdrag avslutats.

Projektet har prövats och godkänts av Örebro läns landstings forskningsetiska kommitté. Tillstånd att ADB-behandla uppgifterna har erhållits från Datainspektionen.

Kerstin Möller och Arne Gerdner har skrivit rapporten tillsammans. Kerstin har haft huvudansvaret för kapitel 1–2 och 4–6, Arne för kapitel 3, och 8–10 medan kapitel 7 och 11 skrevs tillsammans. Arne har också haft huvudansvar för den statistiska analysen, medan Kerstin har genomfört forskningsarbetet angående Rällsögårdens historiska utveckling. Slutresultatet – samtliga delar – har dock arbetats fram gemensamt. Varken Kerstin Möller eller Arne Gerdner har arbetat på Rällsögården. Eftersom båda har arbetat inom andra verksamheter inom landstingets socialförvaltning och sedermera Statens institutionsstyrelse har vi ändå på relativt nära håll kunnat följa Rällsögårdens utveckling.

## 1.2 Rapportens syften

I bidragsansökan till Socialstyrelsen 1992-06-04 söktes medel för två delprojekt: dels en registerstudie över klientprofilens utveckling vid Rällsögården under 10 år, dels en enkätstudie angående behandlingsresultat för en trängre grupp. Ytterligare två delprojekt har tillkommit, dels en genomgång av Rällsögårdens historia, dels en långtidsuppföljning av dödlighet. Alla fyra delprojekten rapporteras här. Flera centrala frågor studeras.

1. Hur har Rällsögårdens uppdrag, ramar, vårdideologiska utgångspunkter och behandlingsprogram sett ut under åren? Detta besvaras i Kapitel 2.
2. Hur har institutionens klientgrupp förändrats under åren vad gäller bakgrund och problembild? Besvaras i Kapitel 4.
3. Skiljer sig kvinnor och män, olika åldersgrupper samt frivilliga och tvångsomhändertagna klienter ifråga om bakgrund och problembild? Kapitel 5.

4. Hur har behandlingstider och vårdhändelser förändrats? Kapitel 6.
5. Hur har behandlingsresultaten sett ut åren närmast efter utskrivning? Kapitel 7.
6. Vilka klient- och behandlingsfaktorer har haft betydelse för behandlingens genomförande och resultat? Kapitel 8.
7. Hur skiljer sig attityder mellan olika grupper av klienter? Kapitel 9.
8. Hur påverkas överlevnaden på lite längre sikt? Kapitel 10.

Inför de kapitel som är av mer kvantitativ karaktär redovisas studiens population och metod kortfattat i kapitel 3. Betydelsen av resultaten diskuteras i anslutning till respektive kapitel, samt i ett avslutande kapitel 11.

## 1.3 Avgränsning

Studien är dels beskrivande, dels en utfallsstudie. Den leder analysen av utfall något längre än vad som är vanligt i de flesta befintliga utfallsstudier. Däremot är den inte någon "effektstudie", dvs den uttalar sig inte om behandlingsprogrammets *specifika* effekter. Utfallet är möjligen endast delvis ett resultat av behandlingen, men också av patientprofil, av eventuellt spontantillfrisknande och av externa faktorer som inte har kontrollerats här. Studien är inte heller någon "utvärdering". Därför har vi, i studiet av Rällsögårdens historia, helt utelämnat eller mycket summariskt berört frågor som ekonomi (t.ex. budget, statsbidrag och vårdavgifter) samt personalfrågor (t.ex. bemanning, utbildning). Vi gör inte någon genomgång av vad som är bra och vad som är dåligt i Rällsögårdens verksamhet. Inte heller ger vi förslag på förändringar. Ändå tror vi att studien innehåller en del som kan leda till eftertanke och diskussion både på Rällsögården och inom andra delar av missbrukarvården.

## 1.4 Bakgrund om LVM

Som en bakgrundsinformation till rapporten i övrigt beskrivs här nedan utvecklingen inom den lagstiftning som reglerar vård- och behandling av alkoholmissbrukare, den nuvarande lagstiftningens mål och intagningsprocedur.

De första vetenskapliga artiklarna om alkoholism kom i slutet av 1700-talet.[4] Den förste svensk som skrev i ämnet var Magnus Huss. Hans avhandling "Alcoholismus Cronicus" kom ut 1849. Magnus Huss och den tyske läkaren Emil Kraepelin pläderade för längre och planmässig behandling av alkoholism på s.k. alkoholistasyler. De första alkoholistasylerna som öppnade i Sverige på 1890-talet var Sans Souci i Uppsala och Eolshäll i Stockholm. Dessa vände sig i framförallt till personer med en egen betalningsförmåga. På den tiden tvångsintogs alkoholister med sämre ställning på tvångsarbetsansalter med stöd av lösdrivarlagen eller ansågs utgöra en börda för den kommunala fattigvården. Diskussioner om att införa statliga vårdanstalter för alkoholister togs upp i riksdagen, men det dröjde till 1913 innan den första svenska alkoholistlagen infördes. Den trädde i praktiken i kraft när Venngarn öppnades 1916

[4] Kinney & Leaton (1997), sid 41-45.

som den första alkoholistanstalten. Det blev nu möjligt att inta alkoholister med tvång på anstalt. Lagen präglades av tankarna på att skydda samhället från alkoholisterna och var en parallell till lösdrivarlagen. Innehållet i "vården" var att den intagne skulle vara *"skyldig att fullgöra det arbete som ur synpunkten av en ändamålsenlig vård ålägges honom"*. Alkoholisten ansågs inte sjuk och alkoholism omfattades inte av sjukvårdslagen eller av lagstiftning om psykisk sjuka. I den stadgades:

*"Är någon hemfallen åt dryckenskap, och finnes han till följd därav vara farlig för annans personliga säkerhet eller eget liv, eller utsätta hustru och barn, som han är skyldig att försörja, för nöd eller uppenbar vanvård, eller ligga fattigvården eller sin familj till last, då må i den ordning, som stadgas i denna lag, förordnas om hans intagande å allmän anstalt för vård av alkoholister."* [5]

En av dem som hade stort inflytande på lagstiftningen var Dr. Ivan Bratt, som också utformade förslagen till ransoneringssystem och statlig kontroll över sprithandeln. Han höll inte med Magnus Huss om att alkoholism var en sjukdom och följaktligen motsatte han sig ordet "vård" i lagen. I stället ville han stävja missbruket som han höll för att vara ett omoraliskt beteende.[6] Lagen reviderades 1931, då preventiva åtgärder och samhällskontroll i öppenvård infördes i lagen. Fortfarande fokuserades mer på kontroll än vård.

Nästa revidering av lagstiftningen skedde 1954 då Nykterhetsvårdslagen (NvL) ersatte Alkoholistlagen. Den nya lagen införde en hierarki av interventioner, såsom rådgivning och övervakning, vilka måste prövas innan tvångsintagning på anstalt kunde komma ifråga. Intagning gällde normalt för ett år, men om alkoholisten blev aktuell för nyintagning inom fem år, så skulle den nya intagningen gälla för två år. Den tvångsintagne kunde dock få lämna anstalten tidigare genom försöksutskrivning med övervakning.[7] Narkotika- och tablettmissbrukare omfattades inte av NvL utan dessa fick vårdas inom hälso- och sjukvårdens försorg på psykiatrikliniker.

I NvL betonades de förebyggande insatserna mer än i Alkoholistlagen. Dock fanns den auktoritära och repressiva synen på alkoholister kvar i allt väsentligt. Förebilderna hämtades fortfarande från fångvården och tvångsarbetsanstalterna. De som var intagna på alkoholistanstalter var ålagda tvångsarbete. För sitt arbete fick de en daglig arbetsersättning. Trots att de var "intagna för vård" hade de inte rätt att bli sjukskrivna och erhöll således inte någon sjukpenning. Lagen stadgade också om viss kvarhållningsrätt i samband med frivillig intagning.

De institutioner som hade tillåtelse att vårda alkoholister mot deras eget samtycke kallades för *"allmänna vårdanstalter för alkoholmissbrukare"*.[8] Det fanns två typer av allmänna anstalter, dels *statliga* och dels av staten *erkända* anstalter. Att en anstalt

[5] SFS (1913) och SFS (1931).
[6] Elmér (1993).
[7] SOU 1974:39 sid 74.
[8] Beteckningen vårdanstalt för alkoholmissbrukare tillkom 1956, dessförinnan hette det alkoholistanstalt.

var erkänd innebar att huvudmannen var en stiftelse som var erkänd av staten. Erkännandet innebar att de hade tillåtelse att vårda alkoholister som var tvångsintagna enligt NvL (NvL 18 eller 55 §§ eller frivilligt intagna enligt NvL 58 § med kvarhållningsrätt för anstalten).

Under 1970-talet fördes en livlig socialvårdsdebatt i Sverige. Institutionsvården ifrågasattes. Diskussionerna handlade även om tvång respektive frivillighet och om olika orsaksförklaringar till missbruk. Resultatet av 1970-talets socialvårdsdebatt blev att alla de äldre sociallagarna, inklusive Nykterhetsvårdslagen, ersattes av Socialtjänstlagen (SoL, SFS 1980:620) vars tema är frivillighet, samförstånd och respekt för den enskilde. Andra grundläggande principer för socialtjänstens insatser för enskilda och familjer är kontinuitet, flexibilitet och närhet. I SoL 11§ stadgas att socialnämnden i en kommun skall arbeta för att förebygga och motverka missbruk av alkohol och andra beroendeframkallande medel. Den skall genom information och uppsökande verksamhet sprida kunskaper om skadeverkningar av missbruk och de hjälpmöjligheter som finns. När det gäller de enskilda missbrukarna skall socialnämnden sörja för att de får den hjälp och vård de behöver för att komma ifrån missbruket. Det var först i och med de nya sociallagarna på 1980-talet som narkotikamissbrukare kom att hänföras till social- och nykterhetsvårdslagstiftningen.[9]

SoL kompletterades med två sociala tvångslagar, nämligen Lag med särskilda bestämmelser om Vård av Unga (LVU)[10] som gäller barn och ungdomar och Lag om Vård av Missbrukare i vissa fall (LVM)[11] som gäller vuxna. LVM trädde i kraft 1 januari 1983. LVM reviderades efter bara ett par år och den utvidgade LVM trädde i kraft 1 januari 1989.

En grundtanke i LVM är att klienten skall motiveras till behandling i frivilliga former. Den 3:e paragrafen i LVM lyder:

*"Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk."*[12]

Förutsättningarna för LVM-vård enligt 1981 års lag var att missbrukaren var i trängande behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och att denna inte kunde tillgodoses på frivillig grund. Det fordrades också att den enskilde till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara eller att han till följd av missbruket kunde befaras att komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Det gamla kriteriet från NvL om fara för *annans* personliga säkerhet begränsades alltså i LVM till fara för *närstående*. Dessutom tog man i LVM bort de kriterier av klasskaraktär t.ex. de som handlade om att ligga samhället eller annan till

[9] Mattson (1971).
[10] SFS (1980b).
[11] SFS (1981).
[12] LVM tillämpning av lagen, Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:3 sid 85, samt SFS 1988: 870, 3 §.

last. Länsrätten dömer till vård enligt LVM och vården verkställs på särskilda LVM-hem. Vårdtiden i den första LVM-lagen var två månader med möjlighet till förlängning i högst två månader.

## 1.5 Nuvarande LVM

En reviderad LVM-lag trädde i kraft 1 januari 1989.[13] Med den infördes tvingande bestämmelser att tillämpa tvångsomhändertagande i de fall kriterierna uppfylldes. Den gamla formuleringen "kan" byttes mot "skall". Kravet på att behoven skulle vara trängande togs bort, och en tredje specialindikator infördes "uppenbar risk att förstöra sitt liv". Lagen skulle också kunna tillämpas vid sniffning. Alla dessa förändringar infördes i akt och mening att kunna ingripa tidigare vid unga människors destruktiva missbruk, innan den fysiska hälsan tagit allvarlig skada. Behandlingsambitionerna ökade bl.a. genom att vårdtiden maximerades till 6 månader och att endast tid i behandling räknas.

Socialnämnden utreder behovet av vård enligt LVM och uppträder som part i målet i länsrätten. Under 1984 överfördes utredningsansvaret från kommunen till länsstyrelsen som också förde målet i länsrätten. Detta skedde i syfte att få till stånd en mer enhetlig handläggning av LVM-ärendena och ledde till en högre frekvens LVM-ärenden. Tio år senare återfördes ansvaret till kommunerna, varefter frekvensen aktualiserade ärenden kraftigt minskade, troligen till följd av att kommunerna då hade betydande ekonomiska svårigheter och ville hålla nere vårdkostnaden.

Länsrätten beslutar om ett eventuellt LVM-omhändertagande, varefter det åligger socialnämnden att ansöka om plats på ett LVM-hem. Under åren 1983 till 1993 tog socialförvaltningen i klientens hemkommun kontakt med de behandlingshem de bedömde som lämpliga och ansökte om en plats. Sedan tvångsvården av vuxna missbrukare 1994 överförts i statlig regi är det Statens institutionsstyrelses kansli i Stockholm som anvisar platser.

Hem för vård eller boende (HVB) är en samlingsbeteckning för flera olika typer av vård- och behandlingshem samt institutionsboende, inklusive LVM-hem. I Socialtjänstförordningen[14] fastställs vilka regler som gäller för HVB. Verksamheten skall bygga på förtroende för och samarbete med klienterna. Den ska utformas så att klienterna finner vistelsen meningsfull. Insatserna skall anpassas till klienternas individuella behov och förutsättningar. Hemmet skall samarbeta med klientens socialnämnd. Vid hem som ger vård och behandling åt missbrukare av alkohol och narkotika bör det finnas tillgång till en läkare med lämpliga kunskaper. Det bör också finnas tillgång till psykologisk expertis. Vid behov bör vuxna ges kompletterande undervisning och lämplig yrkesutbildning. I varje fall bör klienten ges möjlighet till

[13] SFS (1988).
[14] SFS (1981).

arbetsträning eller grundläggande yrkesträning som underlättar för honom att få anställning eller fortsatt yrkesutbildning.[15] Mellan 1983–1993 fanns det två typer av hem för vård eller boende som kunde ta emot LVM-klienter. Ett litet antal institutioner var utrustade med särskilda befogenheter, dvs låsta avdelningar (23 § LVM). Andra institutioner hade mer begränsade möjligheter att hålla kvar klienterna mot deras vilja (22 § LVM). En klient som är intagen enligt LVM får inte lämna institutionen utan tillåtelse. Skulle klienten avvika från institutionen efterlyses han/hon och kan återbördas genom polishandräckning.

Föreståndaren vid ett LVM-hem har möjlighet att flytta klienten till ett annat LVM-hem om det anses lämpligt ur vårdsynpunkt.[16] En sådan vårdsynpunkt kan t.ex. vara att klienten är benägen att avvika eller att klienten återfallit i missbruk under behandlingen och att annan institution bedöms ha bättre möjlighet att möta klientens behov.

Enligt 27 § LVM sägs att vistelse utanför LVM-hemmet skall ske så snart det är möjligt med hänsyn till vården. Klienten är då fortfarande inskriven vid LVM-institutionen men placeras på en frivillig institution, i familjehem eller till och med i sitt eget hem. Om placeringen misslyckas, dvs om klienten återfaller i missbruk, kan föreståndaren återkalla § 27-placeringen och om så erfordras efterlysa eller begära polishandräckning för att återföra denne till LVM-institutionen. Såväl § 27-placeringar som olika eftervårdsinsatser ska planeras tillsammans med socialtjänsten som har det fortsatta uppföljningsansvaret efter utskrivning.

[15] Socialstyrelsen (1981).
[16] SFS (1988), 25 §.

# 2. Rällsögårdens teoretiska och praktiska utveckling

I det här kapitlet vill vi beskriva förutsättningar för behandlingen, lednings- och behandlingsmetoder. Kapitlet är utförligt och tänkt som en bakgrund till de fortsatta kapitlen om klientstruktur behandling och utfall. Det är möjligt att gå direkt till sammanfattning och kommentarer i slutet av detta kapitel för den läsare som inte vill fördjupa sig i den behandlingsmässiga utvecklingen.

Vi har valt att skildra Rällsögårdens historia fokuserat på fem delområden:

1. Viktiga faktorer utanför Rällsögården som påverkat behandlingen, t ex lagstiftning, huvudmannaskapsfrågor och socialvårdsdebatt.
2. De formella förutsättningarna för Rällsögårdens verksamhet som t.ex. huvudmannens målsättning, målgrupp, platsantal och liknande.
3. Hur ledningsfunktionen har sett ut.
4. Den vård- och behandlingsideologi som dominerat.
5. De viktigaste behandlingsmetoderna.

Bilden av Rällsögården blev diffus när vi koncentrerade oss enbart på perioden 1983 till 1992. Vi började därför ta fram material om den tidigare vård- och behandlingshistorien. Rällsögården har en institutionshistoria sedan 1878. Vi tror att förhistorien har betydelse också för utvecklingen som alkoholistanstalt/behandlingshem för vuxna missbrukare. Arbetet har, som beskrevs i föregående kapitel, dragit ut på tiden. Det har nu (1997) gått fem år sedan 1992. Rällsögården har under de senaste åren genomgått stora förändringar när det gäller de sex delområden som studeras i detta kapitel. Därför beskrivs även de senaste fem åren. Under arbetets gång kunde vi urskilja fem distinkta perioder i Rällsögårdens historia som institution vilka klart skilde sig åt på flera avgörande punkter. Under den första perioden, 1878 till 1958, var Rällsögården fattiggård och på senare tid ålderdomshem i Ljusnarsbergs kommun. 1958 blev Rällsögården ett annex till den erkända alkoholistanstalten Åsbrohemmet och den andra perioden inleddes. Vården under åren 1958–1966 präglades av en auktoritär och repressiv syn. Under den tredje perioden, som varade 1966–1982 började ett mer demokratiskt och behandlingsmässigt klimat växa fram. Den fjärde perioden, 1983–1992, beskrivs utförligast och sammanfaller med de år då landstinget i Örebro län var huvudman för Rällsögården. Den femte perioden, slutligen, började 1993 och pågår fortfarande när denna rapport skrivs.

**Metoder**

Det kapitel som handlar om Rällsögårdens ideologiska och behandlingsteoretiska historia bygger på en omfattande genomgång av historiskt källmaterial såsom verksamhetsberättelser, verksamhetsplaner, informationsbroschyrer m.m. ur Rällsögårdens och Örebro läns landstings arkiv. Dessutom har ett flertal intervjuer skett med

anställda på Rällsögården. När rapportskrivandet kommit en bra bit på väg, presenterades valda resultat för personalen vid Rällsögården i form av en dialogföreläsning, som gav upphov till nya infallsvinklar.[1]

Det tryckta materialet har kompletterats med stenciler och personliga arbetsanteckningar som Harriet Lundefors, Berith Lind och Carl-Gustaf Mässing, personal på Rällsögården, lånat ut. Arkivstudierna har kompletterats med ostrukturerade intervjuer som vid några tillfällen varit planerade. Många gånger har vi haft korta telefonintervjuer för att reda ut specifika problem när vi kört fast. Andra källor är kollektivromanen "Lek och Likväntan",[2] "Boken om Åsbrohemmet",[3] lagtexter och andra offentliga handlingar. Under perioden 1983–1992 inspirerades vårdideologin av Hasselakollektivet och Nils Bejerot, professor i socialmedicin. För att kunna jämföra ideologin med Rällsögårdens praktik har visst utrymme ägnats åt att presentera Hasselas och Bejerots synsätt på vård och behandling.

Arkivet som rör Rällsögården före 1983 har överförts till landsarkivet i Uppsala. Det har av tids- och kostnadsskäl inte varit möjligt att besöka landsarkivet. Uppgifterna från period ett, två och tre är därför ytterst summariska. Ett likartat problem uppstod för den tredje perioden när Rällsögården i april 1994 övergick från landstinget i Örebro till Statens institutionsstyrelse (SiS). Då flyttades det mesta av arkivet till Örebro läns landstings arkiv där det blivit nedpackat och svårt att överblicka. En stor del av det som var kvar på Rällsögården vattenskadades. Personalen vid landstingsarkivet i Örebro bistod välvilligt i sökandet efter handlingar från Rällsögården, men trots detta bistånd har det varit svårt att få fram måldokument för perioden 1983–1992. Därför har studien kompletterats med material om Rällsögården från Vårdresursplaneringen (VRP) i Örebro län, ett material som också har en officiell prägel. I VRP, med dess återkommande revideringar, uttrycktes de officiella ställningstagandena om institutionernas mål, innehåll och differentiering. I dessa har mycket av Rällsögårdens programmatiska ställningstaganden kunnat återfinnas. Personalen på Rällsögårdens personal har också gjort vad de kunnat för att bistå i sökandet efter måldokument och villigt låtit sig intervjuas. De lånade generöst ut stenciler, personliga anteckningar m.m. som här använts för att få en bild av hur behandlingsprogrammet tedde sig i verkligheten.

Vid en tidpunkt när rapportarbetet kommit ganska långt och de ovan nämnda källorna syntes uttömda togs ett nytt grepp för att få fram ytterligare information. Vi gjorde en föreläsning om detta historiska kapitel för hela personalgruppen (alla som var i tjänst och kunde frigöras). Syftet med föreläsningen var att dels återföra kunskap till personalgruppen och ge dem återkoppling på allt de bidragit med, dels att i

[1] Att under arbetets gång föra tillbaka rönen och på så sätt utveckla dialogen är en metod som Guba & Lincoln (1989) utvecklat.
[2] Starborg (1989).
[3] Holm (1985).

en dialog få fram om iakttagelserna om Rällsögårdens historia kunde kännas igen i personalgruppen och få hjälp att fylla i luckorna. Diskussionen kom att koncentrera sig på två tidsperioder, nämligen tiden som fattiggård och nutid. Hänvisningar till detta tillfälle kallas i källhänvisningarna för dialogföreläsningen.

Här nedan presenteras de fem perioderna i Rällsögårdens hittillsvarande historia. Beskrivningen har en likartad struktur och utgår från de sex delområdena: Viktiga faktorer utanför Rällsögården, de formella förutsättningarna, ledningen, vård- och behandlingsideologi, metoder och slutligen udda frågor som påverkat verksamheten. Kapitlet avslutas med sammanfattning och kommentarer.

## 2.1 Utvecklingen på Rällsögården 1878–1958: Från fattiggård till nykterhetsvårdsanstalt

I Sverige hade kyrkan ansvaret för den s.k. fattigvården före 1862. Därefter övertog den borgerliga kommunen ansvaret. Benämningen på lagstiftningen som reglerar samhällets ansvar för fattiga och vanföra[4] som inte kunde försörja sig själva, var till att börja med fattigvårdslag, senare socialhjälpslag och numera socialtjänstlag.

Rällsögården byggdes i slutet av 1800-talet för att kommunalnämnden i Ljusnarsbergs kommun ansåg sig behöva en fattiggård *"där man bättre kunde tillgodogöra sig fattighjonens arbete"*. [5] I byggnaderna som idag utgör behandlingshemmet finns således en obruten institutionshistoria sedan 1878.[6] De intagna kallades hjon och bestod av vuxna, mest kvinnor, barn och åldringar som inte kunde försörja sig själva eller hade släkt som kunde ta hand om dem. På Rällsögården bodde även psykiskt sjuka människor. På den tiden hade man bara en enda diagnos. Alla psykiskt sjuka kallades idioter.[7] Fattiggården övergick på slutet till att vara ålderdomshem då barnen, de ogifta mödrarna och de psykiskt sjuka flyttade till andra institutioner. Personal som växt upp på trakten minns att det fortfarande på fyrtiotalet fanns psykiskt sjuka kvar på Rällsögården.[8]

Livet på fattighuset har inträngande skildrats i kollektivromanen *"Lek och Likväntan"* av Elis Starborg.[9] Både enligt Starborg och personal från Rällsögården var man i kommunfullmäktige stolta över sin fattiggård. Den omtalades positivt och som ett föredöme i pressen. För folk i trakten var det däremot det värsta som kunde hända en människa att bli intagen på "Öa".[10]

---

[4] Beteckningen vanför är synonym med lytt, av lyte och kroppsfel, Källa Svenska akademiens ordlista (1982). Nu förtiden används främst begreppet funktionshindrade.
[5] Rällsögården (1988b).
[6] Förutom Nygården, som byggdes 1992.
[7] Rällsögården (1988b).
[8] Intervju med Berith Lind.
[9] Starborg (1989).
[10] Starborg (1989) och Dialogföreläsning.

Om ledningen under fattiggårdstiden har det inte varit möjligt att få fram mer än att föreståndaren också bodde på Rällsögården.

De som fick sin bostad på fattiggården saknade möjligheter att försörja sig själva. Synsättet var att de låg samhället till last, något de intagna fick klart för sig i många sammanhang. Att behöva bo på fattiggården upplevdes som en skam. I början skilde man inte heller på ogifta mödrar, barn, orkeslösa äldre utan anhöriga och psykiskt sjuka utan alla dessa grupper fick bo på fattiggården. Fattiggården var i så stor utsträckning som möjligt självförsörjande för att minska belastningen på kommuninvånarna.

Fattiggården och senare ålderdomshemmet drev ett eget lantbruk om 70 tunnland åker, 45 tunnland odlingsbar ängsmark och hagar samt 78 tunnland skog. Dessutom fanns ett skrädderi på gården.[11] I källaren fanns celler där "idioterna" förvarades ända fram till omkring 1900 då Norrgården byggdes. Samtidigt avskiljdes barnen från de äldre vårdtagarna 1939 genom att ett barnhem inrymdes i det hus som numera kallas Sörgården.

Hjonen på Rällsögården hade särskilda kläder och blev således uttittade om de någon gång lämnade ön och besökte samhället. För ortsbefolkningen var det ett söndagsnöje att åka och titta på hjonen.[12]

Ljusnarsbergs kommun hade 1958 byggt ett nytt ålderdomshem närmare samhället. Samtidigt som Rällsögården var utbjudet till försäljning sökte den statligt erkända alkoholistanstalten, Stiftelsen Åsbrohemmet (1934–1985), lokaler för sin annexverksamhet.[13]

## 2.2 Den andra perioden 1958–1966: Nykterhetsvårdsanstalt, repression och auktoritärt ledarskap

I och med motbokens[14] avskaffande 1 oktober 1955 ökade trycket på alkoholistanstalterna och Åsbrohemmet blev snabbt överbelagt. Under vinterhalvåret 1956 och 1957 bedrev Åsbrohemmet annexverksamhet på Örenäs slott i Skåne. Direktörsassistenten Ivar Ljungman var platschef och fick epitetet "kommendanten på Örenäs".[15]

Den 10 november 1958 överflyttades de första patienterna från Åsbrohemmet till Rällsögården. I och med det permanentades annexverksamheten. Åsbrohemmets och därmed Rällsögårdens målsättning var att utgöra riksanstalt för *"nykterhetsvårdens äldre återfallsklientel"*.[16] Rällsögården hade plats för 66 patienter och dessa

[11] Rällsögården (1988b).
[12] Dialogföreläsning.
[13] Rällsögården (1988b).
[14] Motbok var det häfte som efter prövning utfärdades av svenska systembolaget under det s.k. Brattsystemet 1917-55 med personligt tillstånd att inköpa starksprit. I motboken antecknades alla inköp (högst 3-4 liter per månad). Bonniers lexikon (1995), band 13, sid 143.
[15] Holm (1985).
[16] Holm (1985), sid 81.

vårdades av 16 anställda. Institutionen var från starten en alkoholistanstalt enbart för män. Patienterna placerades i trebädds-, tvåbädds- och enkelrum.

Som annex till Åsbrohemmet var Rällsögården underordnat Åsbrohemmets ledning och styrelse. När Rällsögården startades var borgmästaren i Örebro, Gösta Strandell ordförande i stiftelsen Åsbrohemmets styrelse. Åsbrohemmet svarade för budget och löneadministration. Även vårdideologiska frågor fastställdes på Åsbrohemmet för Rällsögårdens räkning.[17] Platschefen var dock alltid närvarande vid styrelsens sammanträden.

Under åren 1958–1966 var Ivan Ljungman platschef. Han hade tidigare varit direktörsassistent på Åsbrohemmet och ledde det tillfälliga annexet på Örenäs slott. Ljungman, som var reservofficer och även varit frivillig i finska vinterkriget, ledde Rällsögården auktoritärt med en militärisk disciplin. Han gick t.ex. rond i alla hus varje morgon och då skulle de intagna stå uppställda i givakt. Även mätt med den tidens mått upplevdes Ljungman som gammaldags och auktoritär.

Förutom platschefen rekryterades också 1:e assistenten och övertillsynsmannen från Åsbrohemmet. Alla tre, liksom många andra anställda bodde med sina familjer på Rällsögården. Det rådde en stark social gräns både inom personalgruppen och gentemot de intagna. Förutom de tre tjänstemännen som rekryterats från Åsbrohemmet stannade några av personalen från tiden som ålderdomshem kvar, bl.a. rättaren i jordbruket och verkmästaren för byggnaderna. Trots att det fanns en del spänningar inom denna grupp kom de att utgöra en stark konservativ ledning för Rällsögården.[18]

Inställningen till de intagna var att de skulle "göra rätt för sig". De intagna liksom de tidigare "hjonen" på fattiggården hade särskilda anstaltskläder. Ingen kunde ta miste på att det var intagna från Rällsögården när de kom i sina grå uniformsliknande kläder. För att bli inskriven på Rällsögården krävdes ett inskrivningsnummer, vilket erhölls per telefon från Åsbrohemmet. I början tilltalades de intagna ofta med inskrivningsnumret och efternamnet.[19]

Arbetsdrift kom att bli den centrala delen i alkoholistanstaltens verksamhet. Förutom lantbruk och byggnads/underhållsavdelning, inrättades en mekanisk verkstad.

Systemet med annexinstitutioner ledde fram till motsättningar med huvudinstitutionen, Åsbrohemmet. Dessa handlade i stor utsträckning om makt och prestigefrågor, menar personal som var med på den tiden.[20] En annan källa till spänningen mellan huvudanstalt och annex var att Åsbrohemmet köpte nya möbler och annan utrustning och sände de gamla begagnade till Rällsögården.[21] Rällsögårdens personal bör-

[17] Rällsögården (1988b).
[18] Intervju med Carl-Gustaf Mässing.
[19] Dialogföreläsning 970312.
[20] Intervju med Carl-Gustaf Mässing.
[21] Dialogföreläsning.

jade känna en viss opposition gentemot sin ledning och gentemot det mer konservativa Åsbrohemmet och dess styrelse.

## 2.3 Den tredje perioden 1966–1982: Ett demokratiskt klimat – förändringen kan börja

Från 1 juli 1974 erkändes alkoholism i Sverige officiellt som en sjukdom, då intagna på alkoholistanstalter fick rätt till intjänad ersättning från Försäkringskassan. Därmed sänktes arbetsersättningen för de intagna vid alkoholistanstalter till max 10 kronor per dag och kom att kallas "stimulans-tia".[22]

Under 1970-talet kompletterades målgruppen, som tidigare bestått av äldre män med massiv återfallsproblematik, nu med unga män i 25-års åldern. I början av 1980-talet ändrades reglerna så att Rällsögården även fick ta emot kvinnor. 1982 skrevs de första kvinnorna in.

Ivan Ljungman efterträddes 1966 som platschef av den karismatiske Andreas Lundström. Med Lundström som platschef påbörjades sökandet efter en egen identitet för Rällsögården. Han hade inga bindningar till Åsbrohemmet utan hade tidigare arbetat dels på nykterhetsnämnden i Uppsala, dels startat och byggt upp nykterhetsvårdsanstalten Lindåsen. Andreas Lundström hade ett förflutet som fackligt aktiv. Han bodde liksom sin föregångare på Rällsögården.

Andreas Lundström såg alkoholism som en sjukdom och de intagna kallades patienter. I en intervju med Andreas Lundström i Bergslagsposten 1975 sade han bl.a.

*"Patienter kommer hit nästan alltid under den premissen att både de själva och öppenvården betraktar det som en sista utväg. Vår uppgift blir då att rädda dem ur deras akuta förgiftningstillstånd, erbjuda vila, rekreation, arbetsträning och kurativ service för att tillrättalägga de svåraste problemen... Lite större lugn och längre vårdtid skulle möjliggöra bättre planering... Även om det är svårt att helt bota en alkoholmissbrukare från hans sjukdom gäller det att bevara så mycket som möjligt av hans livskapacitet... Man bär fortfarande förhoppningarna inom sig."*[23]

Andreas Lundström hade ambitionen att ge patienterna ansvaret för sina liv. Dåtidens patienter hade oftast haft ett ordnat socialt och yrkesverksamt liv innan alkoholen tagit överhanden.[24]

Ett uttryck för en ny syn på patienterna var bildandet av en kamratförening på Rällsögården. Den bildades på initiativ av Andreas Lundström i slutet av 1960-talet och existerade fram till 1994 då den formellt lades ned. Kamratföreningen behandlade framförallt trivselfrågor. Den var ett forum för dialog och stärkte sammanhållningen mellan patienterna. Andreas Lundström skrev stadgarna, i vilka personalen

[22] Holm (1988).
[23] Bergslagsposten 750122.
[24] Intervju med Carl-Gustaf Mässing.

hade närvaro och yttranderätt men inte rösträtt. Verksamheten i kamratföreningen fungerade mer eller mindre bra i perioder. Den var mycket beroende av att det fanns eldsjälar som drev på.[25] I en stencil från 1988 som delades ut till nyinskrivna klienter[26] sades om kamratföreningen:

*"På Rällsögården finns en kamratförening bestående av klienter och personal. Dess målsättning är att verka för utveckling av demokratisk beslutsordning vid institutionen. Kamratföreningens programråd ska i sin planering söka stimulera till omvärldskontakt genom att anordna utflykter av olika slag samt utveckla samarbete med föreningar, frivilligorganisationer, studieförbund och enskilda."*[27]

Andreas Lundström ville förnya verksamheten och inledde sin tid på Rällsögården med många nya ideer. Trots viljan till förnyelse gick det under lång tid trögt med förändringarna. Det var först när det i mitten av 1970-talet nyanställdes ett större antal personer och de sista i den gamla ledningsgruppen från Åsbrohemmet pensionerades som förändringarna tog fart. Andreas Lundström såg välvilligt på de initiativ som togs i personalgruppen till att förändra verksamheten men ledde inte förändringsarbetet.[28] Personal som arbetat på Rällsögården sedan denna tid talade om den som en rolig tid och uttrycker sig varmt om Andreas Lundström.[29]

En av förändringsfrågorna handlade om anstaltskläder. Till att börja med försökte de nyrekryterade i personalgruppen få patienterna att åtminstone ha civila kläder när de besökte samhället Kopparberg.

Under denna period påbörjades arbetet för att finna behandlingsmetoder som på ett bättre sätt svarade mot framförallt de unga vuxna missbrukarnas behov. I slutet av den tredje perioden övergick Rällsögården till att använda begreppet "klienten" istället för "patienten". Detta var en konsekvens av en ideologisk utveckling som i mycket var inspirerad av Dr Nils Bejerot och Hassela-kollektiven för missbrukande ungdomar. Detta fick fullt genomslag under den fjärde perioden och redovisas därför där.

Det praktiska arbetet i jord- och skogsbruk, trädgårdsskötsel samt hushållsgöromål utgjorde det väsentligaste inslaget i vården. En ny mekanisk verkstad togs i bruk 1968. I och med det kunde Rällsögården i större utsträckning åta sig direkt fabriksproduktion. Bland annat monterades elektriska element. När den nya mekaniska verkstaden togs i bruk, omvandlades det gamla brygghuset nere vid sjön till terapi- och hobbylokal. På bottenvåningen fanns terapiverkstad och på övervåningen biljard- och bordtennisbord. Hit kunde patienterna gå på fritiden. Initialt var det verkstadsförmannen som hade hand om terapin. Först 1981 inrättades tjänsten som fritidsledare trots att funktionen de facto funnits länge.

---

[25] Intervju med Carl-Gustaf Mässing.
[26] Patientbegreppet ersattes i slutet av 1970-talet av begreppet klienter.
[27] Rällsögården (1988c).
[28] Intervju med Carl-Gustaf Mässing.
[29] Dialogföreläsning.

Att patienten skulle vara nykter under hela den tid han var inskriven på Rällsögården var ingalunda en självklarhet. Det var inte ovanligt att klienter återkom berusade till Rällsögården efter permissioner eller besök i samhället Kopparberg. Personalen på Rällsögården agerade för att få styrelsens tillstånd att göra alkotester på patienter som kom tillbaka från permissioner, vilket på den tiden var en mycket kontroversiell fråga. När tio patienter, som var intagna på Rällsögården i slutet av 1960-talet, åkte till marknaden i Kopparberg, och bara två kom tillbaka nyktra var måttet rågat. Personal och kamratförening började samarbeta för att patienterna skulle vara nyktra både när de var på anstalten och när de kom tillbaka efter permissioner.

I slutet av 1970-talet började Rällsögården arbeta med nätverket runt patienten. Personal från Rällsögården åkte tillsammans med patienten till dennes arbetsplats och deltog i gruppdiskussion med arbetskamrater och klienter. I dessa diskussioner togs t.ex. upp vad som skulle hända om patienten fick ett återfall och vem som skulle göra vad. Även relationer till familj och övriga anhöriga togs upp i nätverksarbetet.

I slutet av 1970-talet började Rällsögården ta emot yngre manliga missbrukare. Personalen lade märke till stora brister hos de unga patienterna beträffande uthållighet, arbetsprestation och baskunskaper. Erbjudandet om arbete i en nykter tillvaro upplevdes inte som tillräckligt. En grupp inom personalen startade studiecirklar, gjorde studiebesök m.m. för att hitta en ny vårdform. I en del av dessa studier deltog även patienter. Andreas Lundström var välvilligt inställd till sökandet men ledde det inte. De som deltog i studierna tog intryck av Nils Bejerots syn på orsakerna till alkoholism och narkomani och av den s.k. Hassela-pedagogikens syn på behandling. [30] Bejerot, som var professor i socialmedicin hävdade att alkoholism och narkomani inte var symtom på bakomliggande sociala och psykiska problem utan ett tillstånd i sig självt.[31] Han avvisade därmed den psykodynamiskt inspirerade s.k. symtomteorin. Han skrev att:

*"Ett drogberoende förutsätter inte någon neurotisk konfliktkärna (det är inte en neuros utan en konditionering), och det är föga påverkbart med traditionell psykoterapi...".*[32]

Samtidigt avvisade han begreppet sjukdom, eftersom han (felaktigt) identifierade sjukdomsbegreppet med en biologisk reduktionism.[33] Bejerots synsätt präglar fortfarande Rällsögårdens hållning till begreppet.

Bejerot framhöll Hasselakollektivet som ett föredöme:

*"På Hassela är man klok nog att inte betrakta narkomani som en sjukdom utan som en inlärning av destruktiva, kortsiktiga, luststyrda beteenden. Man arbetar således*

[30] Men utan det medlevarskap som personalen på Hassela praktiserade.
[31] Bejerot (1983), sid 13-14.
[32] Bejerot (1983), sid 16.
[33] Gerdner & Söderfeldt (1993).

*med en rad pedagogiska metoder för omlärning. En central roll i detta arbete är ingående sociala och politiska debatter. Man krossar den drogromantiska knarkarrollen i hårda tacklingar, och de unga missbrukarna bibringas insikt och känsla för sitt sociala ursprung och sin klasstillhörighet. Ideologiskt arbetar man alltså på att väcka missbrukarnas revanschlusta för sitt tidigare misslyckande. Men kampen för upprättelse stannar inte vid individen själv utan solidariteten skall omfatta kampen för alla på olika sätt utstötta och förtrampade."*[34]

Guy Englund, en Hasselamedarbetare och författare till flera böcker och skrifter om Hassela, skriver att den demokratiska arbetarrörelsens ideologi och traditioner låg till grund för Hasselas sociala fostran och undervisning.[35] Anna Thelander deltog i en utvärdering av Hassela i slutet av 1970-talet. Hon beskriver Hasselas syn på missbruket som ett inlärt beteendemönster i destruktiva miljöer.[36] Hon menar också att Hasselas mål för behandlingen var mer koncentrerade till anpassningsfaktorer typ arbete och studier än till individcentrerade, upplevelsemässiga faktorer.[37] Anna Thelander menar att övergripande mål i behandlingen på Hassela var kamp och upprättelse. Dessa mål bekräftas genom böcker, tidskrifts- och tidningsartiklar från Hassela och olika förespråkare för Hassela. Begreppet upprättelse beskrivs som att eleverna rest sig ur sin förnedring. Upprättelse fick dels en politisk betydelse och dels en mer personlig. Personligt handlade det om att leva drogfri och om förnyelse av relationer och i synnerhet till föräldrarna. Den politiska betydelsen var kopplad till arbetarrörelsens ideologi. Med kamp menades att eleverna skulle ta kamp för att förändra villkoren för de människor som slås ut i samhället och bekämpa samhällets negativa sidor överhuvudtaget. Det finns dock ingen egentlig beskrivning av hur eleven skall kämpa.

Hassela arbetade med ungdomar, medan Rällsögården uteslutande arbetade med vuxna missbrukare. Resultatet av studierna och diskussionerna på Rällsögården blev att en arbetsgrupp bildades för att utarbeta ett mer pedagogiskt program inspirerat av Hassela, framförallt för de unga vuxna klienterna. På Rällsögården infördes i en grupp till att börja med en starkt modifierad variant av Hasselas behandlingsmodell. Bland annat skulle man inte tillämpa det medlevarskap som personalen på Hassela tillämpade. Det fanns inte samma anledning att efterlikna familjen som modell när det gällde vuxna individer. Med införandet av Hassela-ideologin övergick man från att benämna de intagna patienter till att kalla dem klienter (alltså inte heller "elever" som man sa på Hassela). I diskussionen hade ordet gäst varit uppe till förslag men föll eftersom det skulle låtit lite konstigt med benämningen "tvångsgäst".[38] På

[34] Bejerot (1983).
[35] Hasselakollektivet & Englund (1984).
[36] Thelander (1979).
[37] Thelander (1979).
[38] Intervju med Harriet Lundefors.

Rällsögården har man i flera olika programmatiska texter hänvisat till Hasselas paroller "Fostran, Upprättelse och Kamp" och redovisat dem som sina egna. Men någon politisk inriktning på behandlingen, som Hassela hade, har dock inte funnits på Rällsögården. "Vi har alltid varit politiskt neutrala": säger Berith Lind på frågan om den politiska delen i Hasselapedagogiken.[39] Det Rällsögården menade med parollen kamp var alltså inte kampen för samhällsomvandling och kampen för andra olycksbröder utan kampen för att klara det egna livet.[40] Av Hasselamodellens paroll var det främst "fostran" som låg till grund för Rällsögårdens medvetna behandlingsinsatser. De fostrande inslagen förstärktes med den förändrade klientprofilen (fler unga utagerande klienter utan erfarenhet av ett ordnat socialt- och arbetsliv). Idealen i behandlingen uttrycktes i parollen "svenssonliv" vilket innebar att målsättningen var någon slags normalitet.

Den grupp där den modifierade Hasselamodellen infördes kallades Sörgården, beroende på att de yngre klienterna bodde och hade sin verksamhet förlagd till det hus som kallades Sörgården. Verksamheten för de yngre manliga klienterna har fortsatt att kallas för Sörgården under hela den studerade perioden, trots att dessa numera bor i huvudbyggnaden. Samtidigt som det fanns en "nybyggaranda" inom den del av personalen som tagit till sig de nya idéerna, uppstod slitningar och motsättningar till de i personalen som ville att allt skulle förbli som det varit. I och med starten av Sörgårdsgruppen påbörjades arbetet med att få till stånd en differentierad och mer offensiv behandling. Under 1980-talet infördes denna behandlingsmodell successivt på hela institutionen.

Trots införandet av Hasselamodellen upplevde personalen att de kunskaperna inte räckte till för att få en bra behandling av de unga klienterna som hade stora brister i uthållighet, arbetsprestation och baskunskaper. Dessa hade även ofta en utagerande problematik. Psykolog Ralph Stenbäcker, med erfarenhet från ungdomsvårdsskola och vid den tiden föreståndare på behandlingshemmet Dennicketorp, anlitades som konsult för att utvidga kunskaperna om de unga klienterna. Han utgick från objektrelationsteorin,[41] där drogmissbruket just ses som *ett symtom* på en tidig relationsstörning. Rällsögården och Ralph Stenbäcker hade vårdideologiskt motstridiga teoretiska grundvalar. Trots det inleddes ett samarbete omkring 1980–1981.

## 2.4 Den fjärde perioden 1983–1989: Ett självständigt behandlingshem – Fostran till "svenssonliv"

1983 övergick såväl de statliga som de erkända anstalterna i kommunal eller landstingskommunal regi. Rällsögården övertogs av Örebro läns landsting.

[39] Intervju med Berith Lind.

[40] Intervju med Harriet Lundefors.[41] Objektrelationsteori hör till den psykoanalytiska skolbildningen, och innebär att människans drifter inte bara har ett mål, utan även ett objekt, en person genom vilken de kan tillfredsställas. Teorins främsta företrädare är Melanie Klein och Donald Winnicott. Bonniers lexikon (1995), band 14, sid 132.

Den nya huvudmannen tillsatte en styrelse som kallades institutionsstyrelsen, senare socialdelegationen och slutligen socialnämnden. Under åren i Örebro läns landstings regi var landstingsråden Nils Nilsson och Sölve Persson i tur och ordning ordförande för styrelsen. Psykolog Ralph Stenbäcker, som Rällsögården redan samarbetade med, blev chef för den sociala avdelningen inom landstingets socialförvaltning som hade det administrativa ansvaret för behandlingshemmen. Han blev således närmaste chef för Rällsögårdens föreståndare. Från Rällsögårdens sida hoppades personalen därför mycket på det utvidgade samarbetet med honom.[42]

Andreas Lundström hade i praktiken avgått ett par år före bytet av huvudman. Under hans sjukdom och senare pensionering tillsattes inte någon ny ordinarie platschef utan Carl-Gustaf Mässing, som arbetat på Rällsögården sedan 1963 trädde in som vikarie. Örebro läns landsting tillsatte 1983 Sonny Frödén som Rällsögårdens föreståndare (1983–89). Han hade tidigare varit gruppledare för Sörgården.

Sonny Frödén fick som föreståndare på Rällsögården en helt ny roll jämfört med de tidigare platscheferna. Han fick ansvar för personal och budget, rätt att skriva in och ut klienter, vilket innebar en reell möjlighet att påverka verksamheten. Han skulle planera, utveckla, leda och kontrollera verksamheten. Sonny Frödén var chef för Rällsögården under en period när chefsskapet allmänt sett var nedtonat. Vilket förmodligen passade honom bra eftersom han såväl i behandlings- som ledningsfrågor förespråkade de spontana krafternas filosofi. Trots många förändringsidéer, inspirerade av erfarenheterna från arbetet på Sörgården, förmådde han inte alltid genomföra dessa. Till detta kom också att han hade liten erfarenhet av lednings- och organisationsfrågor. Sonny Frödén var den förste föreståndaren som inte bodde på Rällsögården, utan endast hade Rällsögården som sin arbetsplats. Under de senare åren av Sonny Frödéns tid som föreståndare utvecklades sjukdomen och institutionen leddes 1988–90 periodvis av en vikarierande föreståndare, Harriet Lundefors.[43]

Sonny Frödén var en aktiv förespråkare för den syn på missbruk som representerades av Nils Bejerot, Hassela och Riksförbundet för ett Narkotikafritt Samhälle (RNS). Han hade även ingått i den arbetsgrupp som i slutet av 1970-talet utvecklade Rällsögårdens program för de unga klienterna. Genom funktionen som gruppledare i Sörgården hade han även i praktiken fått bygga upp Rällsögårdens egen "Hasselamodell".

I och med huvudmannaskapsförändringen blev Rällsögården en självständig institution.

Inför landstingsövertagandet 1983 vädrade personalen på Rällsögården morgonluft. De såg fram emot att Rällsögården skulle bli ett självständigt behandlingshem och inte längre lyda under Åsbrohemmet.

Inför landstingsövertagandet 1983 skedde en omfattande kartläggning av perso-

[42] Intervjuer med Carl-Gustaf Mässing, Harriet Lundefors och Berith Lind.
[43] Intervjuer med Harriet Lundefors och Berith Lind.

nal, organisation, funktioner osv. Bl.a. gjordes en förteckning över de 21 ordinarie och en personlig tjänst som vid den tiden fanns på Rällsögården. Utöver föreståndaren fanns fyra socionomtjänster under beteckningen "assistent", och sex vårdpersonal varav fyra skulle vara vårdare och två sjuksköterska eller 1:e skötare. Ekonomifunktionen bestod av fyra tjänster, en husmor, två kokerskor och ett ekonomibiträde. En tjänst vardera i den mekaniska verkstaden och teknisk service motsvarande verkmästare. För lantbruket fanns två tjänster en befallningsman och en förman. För administrationen fanns en tjänst och för fritidsfunktionen en tjänst. Konsulttjänster som därutöver köptes in utifrån var läkare, tandläkare, handledare etc. Sammanlagt 25 personer var i tjänst eftersom några personer arbetade halvtid av olika skäl. Totalt sett var könsfördelningen jämn med 12 kvinnor och 13 män. Beträffande föreståndarens beredskap fördelades den på fem tjänster, föreståndaren och de fyra assistenterna. Den fanns ingen biträdande föreståndare och inte någon ledningsgrupp. De fyra assistenterna hade utöver beredskapen inte någon egentlig ledningsfunktion för sin grupp.

En stor del av personalen hade före landstingsövertagandet genomgått utbildning som socialstyrelsen anordnat. På Rällsögården hade sedan mitten av 1970-talet genomförts intern utbildning i form av föreläsningar och studiecirklar. Från 1983 deltog all personal i internutbildning.[44] I mars 1985 skriver landstingskansliet att Rällsögårdens personal har en relativt god grundutbildning för sin dåvarande verksamhet.

Av handlingarna framgår att verksamheten vid Rällsögården skulle organiseras i fyra mindre och relativt självständiga grupper. All personal delades upp på dessa fyra grupper. Förutom assistenter och vårdpersonal uppdelades även förmännen i lantbruk och verkstad, administration och kökspersonal på de fyra grupperna.

En grupp kallades Sörgården och skulle liksom tidigare behandla unga missbrukare med behov av ett sammanhållet, varierat och aktivt rehabiliteringsprogram. En grupp, kallades Boendekollektivet vände sig till äldre missbrukare och skulle erbjuda en längre tids vistelse med aktiviteter efter klientens förmåga. Två grupper kallades Norrgården 1 och 2. De skulle svara för övriga intagningar. Det fanns planer på att den ena gruppen även skulle utveckla kompetens när det gällde särskild behandling av kvinnor och par.[45] Någon skrivning om behandlingsmodell, eller grundsyn i övrigt angående missbruk har inte kunnat återfinnas i handlingarna inför landstingsövertagandet. Rällsögårdens upptagningsområde var under åren 1983–1992 Örebro län samt den mellansvenska samarbetsregionen.[46] Klienter från övriga landet mottogs i mån av plats.[47]

---

[44] Örebro läns landsting (1985) samt intervju med Carl-Gustaf Mässing.

[45] Vårdresursplaneringen (1984) sid 2 samt Örebro läns landsting (1982).

[46] Vilket var Södermanlands läns vårdförbund, Östergötlands kommunförbund, Vårdförbundet i Värmlands län, Västmanlands län, Dalarnas län samt Uppsala kommun och under viss tid även Göteborgs kommun.

[47] Vårdresursplaneringen (1986), sid 79-80.

När staten överlämnade institutionerna till kommuner och landsting följde omfattande statsbidrag med vars syfte var att förändra institutionsvården. En tanke var att finna öppenvårdsformer som ersättning för en del av institutionsplatserna och en annan tanke var att modernisera den institutionsvård som på sikt skulle finnas kvar. [48] I oktober 1985 beslöt Landstingets förvaltningsutskott i Örebro att minska ned antalet platser på institutionerna i länet fr.o.m. 1986. Samtidigt startade en översyn av behandlingshemmens vårdinriktning och behandlingsmetoder med avseende på kvalitet och anpassning till aktuella behov.[49] För Rällsögårdens räkning innebar beslutet en platsminskning från 42 till 31 platser, medan Åsbrohemmet lades ned.[50] Personalstyrkan på Rällsögården skulle uppgå till 21 personer. Platsminskningen innebar således ingen reducering av personalstyrkan. För att genomföra översynen tillsattes två tjänster som vårdutvecklare, centralt placerade på landstingets kansli. De fick i uppdrag att analysera situationen på de fyra behandlingshem som landstinget i Örebro övertagit. Analysen skulle mynna ut i förslag till förändringar i behandlingsarbetet. På Rällsögården hölls våren 1986 bl.a. ett antal föreläsningar i behandlingsmetodik vilket mottogs positivt. Arbetet med att omvandla de fyra[51] institutionerna från alkoholistanstalter till moderna behandlingshem ledde till stora konflikter. Situationen på de fyra institutionerna skilde sig avsevärt i inriktning. De båda vårdutvecklarna kom snart på kollisionskurs med respektive institutionsledning. Personal på Rällsögården menar att det berodde på osmidighet. En av vårdutvecklarna hade arbetat på Hassela och hade således samma behandlingsideologi som ledningen och en del av personalgruppen på Rällsögården hade. Trots detta uppstod konflikt med vårdutvecklarna. För Rällsögårdens del innebar vårdutvecklarnas arbete en djup spricka i personalgruppen. Vid intervjuer återkommer personal flera gånger till att förändringsarbetet försvårades och försenades.[52] Under denna svåra period hade Rällsögården behövt en stark ledare men den dåvarande föreståndaren hade ickeledning som sin chefsfilosofi och var dessutom sjuk i långa perioder.

I slutet av 1980-talet övergick landstinget i Örebro till målstyrning. I augusti 1989 antog landstingets sociala delegation ett måldokument för Rällsögården. Förslaget till måldokument hade utarbetats av personal på Rällsögården. Där fastslogs att Rällsögården skulle arbeta vidare med ett inlärningsteoretiskt och pedagogiskt arbetssätt, där de skulle lära ut ett annat sätt att leva utan droger.

*"Att i en grupp bedriva rehabilitering av yngre vuxna blandmissbrukare och narkomaner i form av fostran och rutiner. Att i en grupp bedriva rehabilitering av medelålders manliga alkohol- och blandmissbrukare, där behandlingen syftar till att åter-*

[48] Proposition (1984/85:151), sid 6.
[49] Vårdresursplaneringen (1986), sid 4.
[50] Åsbrohemmet köptes då av LP-stiftelsen.
[51] Rällsögården, Åsbrohemmet, Runnagården och Brotorp.
[52] Intervjuer med Carl-Gustaf Mässing, Berith Lind och Harriet Lundefors.

*föra till ett vanligt svenssonliv. Att i grupp av kvinnliga alkohol- och blandmissbrukare medvetandegöra kvinnomissbruk, missbruksmönster och att lägga tyngdpunkten på kvinnors självförtroende och identitet. Att i en grupp bedriva omvårdnad för manliga missbrukare med sjukbidrag/ förtidspension/ ålderspension med behov av omvårdnad samt vissa möjligheter till en meningsfull pensionärstillvaro utan droger ute i samhället."*[53]

De olika behandlingsgrupperna hade själva fått formulera sina målsättningar. Man kan notera att kvinnogruppen hade en mer uttalad inriktning på att bearbeta missbruk/beroende än vad som angavs för de övriga grupperna. 1988 skrev Rällsögården om sig själv inför 30-års-jubileet:

*"Genom pedagogiska metoder försöker vi skapa förutsättningar för den enskilda människan att utvecklas och förändras utifrån sin egen bakgrund och erfarenhet... Rällsögårdens arbete grundar sig på några viktiga principer/ställningstaganden: Vi tror att missbruk är ett inlärt beteende. Det innebär att vi som personal ska lära ut ett annat sätt att leva, utan droger." Man uppgav vidare att man: "tar avstånd från sjukdoms- och symtomteorin och betraktar drogmissbruket som ett långvarigt inlärt beteende."*

Rällsögården syftade till att bryta missbruksprocessen genom att bygga på följande viktiga begrepp: Stil och Ton, Utbildning, Upprättelse och Kamp.[54] Den gamla Hassela parollen om "Fostran, Upprättelse och Kamp" hade alltså förändrats. Fostran konkretiserades till inte mindre än tre olika begrepp: stil, ton och utbildning. I det strukturerade veckoschemat upptog arbete en stor del av behandlingstiden eftersom Rällsögården ansåg att arbete var grunden för allt socialt liv:

*"Arbete är en viktig del av människans liv. Därför har vi arbetsdriften kvar. Vi kräver total drogfrihet. Hos oss finns ingen psykofarmaka, undantag fysiska sjukdomar. Som kontrollmedel finns urinanalys/alkotest. Avsteg från detta innebär utskrivning eller överflyttning till annat behandlingshem. Spärrmedicin-Antabus används vid permissioner och utskrivningar."*[55]

I den citerade texten skrev Rällsögården visserligen arbetsdrift, men vid denna tid hade arbetsdriften i praktiken till stor del övergått i arbetsträning. Man kan undra varför undantaget för psykofarmaka speciellt skulle gälla just "fysiska sjukdomar".[56] Rällsögårdens generella avståndstagande från "psykofarmaka" återspeglar att det fortfarande vid denna tid fanns en omedvetenhet om skillnader mellan olika psykiatriska tillstånd, om förekomsten av olika psykiska sjukdomar samtidigt med beroende, och om skillnaden mellan beroendeskapande och annan psykofarmaka.

---

[53] Örebro läns landsting (1989).

[54] Rällsögården (1986a).

[55] Rällsögården (1988b).

[56] Förmodligen är detta en felskrivning. Avsikten bör ha varit att *mediciner* endast kunde tillåtas för fysiska sjukdomar. Men detta visar det starka avståndstagandet från all typ av psykofarmaka.

Genomgången ovan visar att det var de miljöterapeutiska och inlärningsteoretiska perspektiven som låg till grund för vårdinnehållet. Rällsögården strävade efter att ge goda alternativ i form av arbete, yrkeskunnande, sociala färdigheter och goda relationer till anhöriga och vänner. På så sätt tänkte man sig att klientens behov av drogen skulle minska.

Föreståndaren Sonny Frödén trodde på de spontana krafterna både i ledningsarbetet och i behandlingsarbetet. Vad gäller det senare betonade han de spontana ostrukturerade samtalen, möten människa till människa. Han brukade säga: "*De viktigaste samtalen sker exempelvis när man sitter på en stubbe i skogen*".[57] För att all personal skulle kunna ha kunskap och vara delaktiga i behandlingen, så att de spontana samtalen inte bara blev allmänt kallprat, togs hela personalen med i behandlingsarbetet. All personal från köket till administrationen och ladugården deltog således i behandlingsarbetet och alla var kontaktmän till klienter. När gruppledaren hade individuella samtal med klienten deltog även kontaktmannen. Kontaktmannen följde även med på resor till klientens hemort osv. I och med att hela personalgruppen medverkade i behandlingsarbetet så deltog också alla i den internutbildning som genomfördes under 1980-talet. Detta ledde i sin tur till att kunskapsnivån inom hela personalgruppen höjdes.

Oberoende av vilken grupp klienterna tillhörde hade Rällsögården ett gemensamt behandlingsinnehåll: arbetsträning (lantbruk, mekanisk verkstad, byggnadsavdelning, städ, kök, trädgård), ekonomisk/social planering, individuella behandlingssamtal, friskvård/motion, gruppverksamhet/utflykter, motivationsarbete, hemkunskap, grundvux/komvux, relationer, könsroller, anhöriga samt aktiv fritid. Den tidigare arbetsdriften hade vid denna tid alltså förändrat beteckning till arbetsträning och även fått ett vidare innehåll. Målsättningen handlade inte längre i samma utsträckning om arbetsdrift med affärsmässiga förtecken. Det fanns nu en behandlingstanke att klienten skulle tränas för att kunna återgå till den arbetsmarknad han trillat ur.

Ett uttryck för hur starkt man betonade arbetsträningens inslag i behandlingen var att även pensionärerna i boendegruppen efter förmåga deltog i arbetsträningen, trots att behandlingsinriktningen för dem var omvårdnad. Detta med arbetsträning för pensionärerna var en kontroversiell fråga som vållade stora diskussioner inom personalgruppen. Somliga i personalen ansåg att ålderspensionärerna skulle ha en drogfri "pensionärstillvaro" på Rällsögården, medan andra ansåg att arbetsträningen var en så viktig del i behandlingen att även pensionärerna borde delta i den.

Under denna period fanns inte någon samlad metodik som direkt bearbetade alkohol- och drogberoendet. Enligt uppgift började dock den personal som höll i de individuella samtalen för klienterna på Sörgården och Mellangården spontant att ta upp återfall till diskussion med klienterna, i vilken situation klienten började dricka och

[57] Intervju med Harriet Lundefors och Berith Lind.

annat kring missbruket[58]. I stort handlade verksamheten dock snarare om att hjälpa klienten att hitta ett socialt accepterat beteende.

I och med landstingsövertagandet avskaffades den s.k. "stimulanstian"[59] som klienterna tidigare fått och som alltså skulle stimulera arbetsinsatserna istället för regelrätt lön. Beträffande anstaltskläderna hade dessa redan tidigare i huvudsak ersatts av klienternas egna civila kläder. Numera håller Rällsögården bara med skyddskläder vid arbetsträning i t.ex. lantbruk och kök.[60] Den 26 september 1986 brann Rällsögårdens ladugård ner. Då initierades en diskussion om lantbrukets vara eller icke vara. Argument mot var att det inte var särskilt troligt att de intagna i framtiden skulle kunna få arbete inom lantbruk. Men jordbruket betraktades ändå som en viktig del i arbetsträningen och var allmänt populärt. De intagna klienterna kontaktade spontant pressen och vädjade om att ladugården skulle byggas upp igen. Personalen uppvaktade landstinget i samma ärende. Landstinget beslöt att ladugården skulle återuppbyggas, vilket till viss del berodde på ekonomiska skäl med försäkringsersättningen, men personalens och klienternas vädjanden spelade förmodligen också roll.[61]

1988 infördes i början av behandlingen en strukturerad klientintervju. I intervjun kartlades bakgrundsdata som klientens familje- och arbetssituation, beroendets utveckling och svårighetsgrad, sociala effekter av beroendet, samt tidigare behandlingstillfällen och lagrum. Under behandlingens gång fyllde personalen på med uppgifter om t.ex. vilket behandlingsprogram klienten deltog i och uppgifter om händelser under behandlingstiden.

Behandlingen var upplagd efter ett strukturerat veckoschema som förutom en första introduktionsvecka under större delen av perioden hade en uppbyggnad liknande det exempel, Figur 1, som är hämtat från 1986.

Behandlingstiden var minst två månader i Mellangården. För klienterna i Mellangården handlade det om social rehabilitering. Klienterna tränades för att återgå till sina arbetsplatser och här spelade nätverksarbetet en viktig roll.

Ett uttryck för hur starkt man betonade arbetsträningens inslag i behandlingen var att även pensionärerna i boendegruppen efter förmåga deltog i arbetsträningen, trots att behandlingsinriktningen för dem var omvårdnad. Detta med arbetsträning för pensionärerna var en kontroversiell fråga som vållade stora diskussioner inom personalgruppen. Somliga i personalen ansåg att ålderspensionärerna skulle ha en drogfri "pensionärstillvaro" på Rällsögården, medan andra ansåg att arbetsträningen var en så viktig del i behandlingen att även pensionärerna borde delta i den.

---

[58] Intervju med Harriet Lundefors.
[59] Örebro läns landsting (1982), sid 12.
[60] Intervju med Harriet Lundefors.
[61] Intervju med Carl-Gustaf Mässing.

| Veckoschema för Mellangården 1 och 2 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tid | Måndag | Tisdag | Onsdag | Torsdag | Fredag | Lördag/ Söndag |
| 6.50–7.20 | Frukost | | | | | |
| 7.30–7.40 | Morgonsamling | | | | | |
| 7.40–12.00 | Arbete | Arbete | Arbete | Arbete | Arbete | |
| (Kaffe 9.00–9.30) | | 8.30–11.30 Grundvux | 10.00–13.00 Matlagnings-träning Grupp 1 | 10.00–13.00 Matlagnings-träning Grupp 2 | | 8.30–9.00 Frukost |
| 12.00–13.00 | Lunch | | | | | 12.00–13.00 Kaffe |
| 13.00–16.00 | Arbete | Arbete | Arbete | Arbete | Arbete | |
| | 15.30–16.30 Motion: Styrke-träning Bordtennis | 14.30–16.00 Grupp | 13.00–14.30 Kvinno-grupp | 13.50–15.50 Kopparbergs-skolan: Volleyboll Badminton Landbandy m m | | 14.30–15.00 Middag |
| | 16.15–21.15: Tvättdag | 16.45–19.45 Gillersklack Simning Skidor | 15.30–16.30 Motion: Promenad | 16.00–21.15 Tvättdag | 15.30–16.30 Lätt-motion | |
| 17.00 | Middag | | | | | 18.00–19.0 Kvällsfika |

**Figur 1**: *Veckoschema på Rällsögården för Mellangården 1 och 2 från 1986.*

Sörgården hade en behandlingstid på sex månader. De unga klienterna som placerades där var i behov av sociala habiliteringsinsatser. Sörgården hade därför tydliga inslag av fostran i sitt behandlingsprogram. Behandlingstiden på Sörgården delades in i tre faser. I den första, introduktions- och återhämtningsfasen, vilken beräknades ta 1–2 månader, angavs syftet att skapa förutsättningar för behandling och få ett kollektivt medvetande. Personalen skulle klargöra de huvudsakliga krav som ställdes under behandlingstiden, fastställa behandlingsplanen för klienten och att bearbeta missbruksattityder. Med detta avsågs asociala attityder som utvecklats hos många missbrukare. För att få gå vidare till fas två krävdes att klienten utifrån personliga förutsättningar uppnådde vissa minimikrav vad gäller beteende och attityder. Fas två, som var en bearbetnings- och uppbyggnadsfas syftade till att skapa hopp och ambitioner. Fas två beräknades pågå ytterligare 2–3 månader. Klienten skulle bearbeta attityder, beteenden och missbruksidentiteten. De skulle grundlägga och stärka en "svensson-identitet", träna alternativa beteenden, attityder, nya situationer m.m. Klienter skulle nu börja ta kontakter utåt och fick ett ökat ansvar. För att klienten

skulle få gå vidare till fas tre krävdes samstämmiga bedömningar från övriga klienter och personal att klienten tog sitt fulla ansvar i kollektivet. Den tredje fasen, med behandlingstid på ca 2 månader, innebar träning och utsluss. Klienten skulle nu frigöras från kollektivet och göra sig klar för att åka hem.[62]

Ambitionen med att utveckla behandlingen för kvinnor, som uttrycktes 1983, resulterade 1986 i en kvinnogrupp en gång i veckan. Själva innehållet i behandlingen var i övrigt i stort sett detsamma som för männen. 1989 infördes en ren kvinnoavdelning med ett separat boende för kvinnor och viss separat verksamhet. Kvinnoavdelningen var inrymd i ett eget hus. Manliga klienter fick överhuvudtaget inte komma in i kvinnohuset. Kvinnorna bodde i sitt "fredade" hus och hade gruppsamtal utan manlig inblandning och med kvinnlig personal. Däremot deltog de i arbetsträningen tillsammans med de manliga klienterna i kök, lantbruk osv. De första kvinnorna som kom till kvinnohuset var i fyrtioårsåldern och hade oftast både familj och arbete. De kände ofta ångest för sina barn. Rällsögården bjöd därför in både make och barn till samtal. I behandlingsarbetet togs kvinnosjukdomar upp och klienterna besökte barnmorskan i Kopparberg. Kvinnorna hade också egen motion. Den "lediga" tiden ägnades ofta åt gemenskapsskapande aktiviteter som bakning, syjunta, puzzel, charadspel osv. Kvinnorna hade lätt för att tala med varandra och stöttade ofta varandra. En inspirationskälla för personalen var Stiftelsen Kvinnoforum, som genom utbildning var ett stort stöd.[63]

Fritidsledarfunktionen som funnits sedan slutet av 1960-talet utvecklades under 1980-talet, vilket var en följd av att man vid den tiden började se all den tid klienten var på institutionen som behandlingstid. Det gjordes inte längre någon åtskillnad mellan behandlingstid och fritid. Fritidsledaren tog hand om studie- och hobbyverksamheten, studiecirklar, utflykter, trivselkvällar tillsammans med kamratföreningen, biblioteksbesök m.m.

Från omkring 1986 infördes systemet med ansvarsklient och det består än idag. En klient från varje boendeenhet utses till s.k. ansvarsklient för 14 dagar i taget. Ansvarsklienten har ansvaret för morgonmötet, eftermiddagsmötet, att det är städat i huset och att ta hand om nya klienter. Det har sedan dess inneburit att ansvarsklienten en gång i veckan deltar i programrådet där veckans program för fritidsaktiviteterna görs upp. Vid de s.k. trivselkvällarna har en grupp ansvaret för program och förtäring. Det har t.ex. kunnat vara frågesport, smörgåstårta och annat trivsamt.[64]

Rällsögården arbetade tidigt med att bygga upp nätverket på hemorten. Det ansågs viktigt att anhöriga, arbetskamrater, fack, socialsekreterare och andra delaktiga fanns

[62] Rällsögården (1986b).
[63] Intervju med Ingrid Hedström.
[64] Intervju med Ingrid Hedström.

målstyrning, ekonomi och personaladministration, som Örebro läns landsting genomförde under slutet av 1980-talet.

Att genomföra den ökade professionaliseringen hade ett högt pris, säger Harriet Lundefors i en intervju. Under 1980-talet hade all personal fått del av den omfattande utbildningsinsats som genomförts genom systemet med kontaktmän. Alla hade dock inte möjlighet att ändra sitt sätt att arbeta. I en smärtsam omstruktureringsprocess, som egentligen tog sin början redan under hennes tid som vikarierande föreståndare, med omplacering, pensionering och uppsägning utvecklades Rällsögården till det behandlingshem det är idag.[70]

Under åren 1990 till 1993 arbetade Rällsögården målmedvetet med att utveckla sin egen behandlingsmodell. Det var en väsentlig skillnad jämfört med förändringsarbetet i slutet på 1970-talet. Den här gången deltog all personal och avsikten var att hela Rällsögården skulle få en enhetlig plattform. Precis som i slutet på 1970-talet fanns entusiaster. Till att börja med utvecklade Rällsögården sin syn på missbruk och beroende av alkohol och narkotika. I en stencil från 1990 behandlas Rällsögårdens syn på beroendelära. Detta var första gången som Rällsögården utvecklade sin syn på beroende. Beroendet delas enligt Rällsögården in i olika faser. I volontärfasen har den unga människan ännu fullständig kontroll över konsumtionen av droger. Det karaktäristiska är att viljan är överordnad drogeffekten. I beroendeeffekten upplevs den stimulerande effekten av drogen starkare än obehaget. Detta sker genom en betingad omedveten inlärningsform. De fortsätter:

*"Det karaktäristiska för beroendefasen är, att drogbegäret antar en driftsmässig karaktär och styrka. Alltså att det förvärvade begäret efter den tillfredsställelse som drogeffekterna har utvecklats till, blir överordnad viljan som snabbt anpassar sig till begäret ungefär som till medfödda biologiska drifter."*[71]

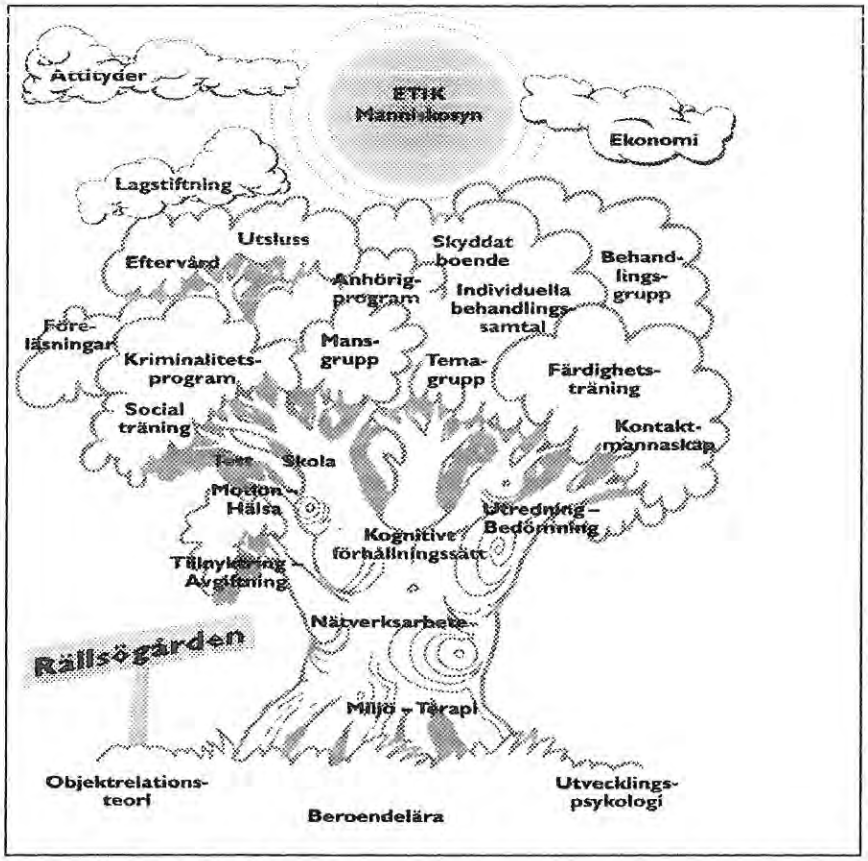
När Nygården togs i bruk 1992 och tio personer nyanställdes blev det ännu mera angeläget att formulera idéer och metoder. För att illustrera de teoretiska, ideologiska och praktiska utgångspunkterna och beståndsdelarna i Rällsögårdens behandlingsprogram ritade Harriet Lundefors ett träd." Trädet" har sedan dess spelat en viktig roll i många diskussioner inom personalgruppen. Det ursprungliga trädet finns inte bevarat men den senaste versionen, 1997, illustreras i Figur 2 på sidan 34.

Det blev allt tydligare, med den förändrade klientgruppen, att Rällsögårdens "Hasselamodell" inte räckte som bas för behandlingen. Svaret blev ett kognitivt förhållningssätt.[72] Man tog hjälp av en ny konsult, Ulla Hoppe. Teoretiskt finns en kontinuitet från de inlärningsteoretiska grundvalarna. De kognitiva inslagen ses inte som något nytt utan snarare som en utveckling av vad personalen gjort länge. Samtlig per-

[70] Intervju med Harriet Lundefors.

[71] Rällsögården (1992).

[72] För arbete med missbrukare utifrån ett kognitivt förhållningssätt hänvisas till Hoppe Jakobsson (1992).




**Figur 2:** *Rällsögårdens träd. Layout artide, Maj Wickert, efter skiss av Harriet Lundefors*

sonal utbildades i kognitivt förhållningssätt. Några anställda fördjupade kunskaperna genom att studera kognitivt förhållningssätt i en högskoleutbildning.

Rällsögården har under 1990-talet formulerat sig programmatiskt på flera områden som utgör förutsättningar för dess inre liv och därmed för behandlingen, nämligen: etiska regler, ett program för alkohol- och drogpolicy, en jämställdhetsplan, arbetsmiljö och kvalitetssäkring.

Rällsögården presenterade 1993 behandlingen enligt följande:
"*Missbruksbearbetning sker i behandlingssamtal, temagrupper och i den professionella behandlarrelationen som skapas under arbetsträningen. Behandlingen är individuell, och samtlig personal deltar i behandlingsarbetet (ej nattpersonal)*" [73]

Även om det i citatet ovan står "arbetsträning" började personalen vid denna tid tala om "uthållighetsträning". I det begreppet lades träning av mer grundläggande

[73] Rällsögården (1993).

förmågor t.ex. att komma i tid och att orka stanna på arbetsplatsen, att kunna ta order, samarbeta. Bedömningen är inte längre att man har klienter som ska tränas för att återgå i arbete utan nu handlar det i stor utsträckning om klienter som aldrig haft en fot inne på arbetsmarknaden. Även om vissa klienter inte kan få arbete så kan uthållighetsträningen hjälpa dem att klara sin vardag bättre.

Rällsögården begär att en skriftlig vårdplan från socialtjänsten skall finnas vid inskrivningstillfället. I gengäld gör Rällsögården tillsammans med klient och socialtjänsten upp en skriftlig behandlingsplan vilken också används som arbetsinstrument under behandlingstiden. Den enkla "diagnostisering" i Rällsögårdens eget intervjuformulär som påbörjats 1988 utvecklades 1991. I samband med intervjuerna fick klienten även uttala sig om sina förväntningar på behandlingen och sätta upp korta (närmaste vecka) och långa mål (vid behandlingens slut), redogöra för synen på sig själva och sina känslor.[74] "Diagnostiseringen" har fortsatt att fördjupas och förbättras och ett flertal diagnosinstrument har senare introducerats, såsom ADDIS[75] för diagnostik av drogberoenden och SCID[76] för psykiatrisk diagnostik. Bedömningen och beskrivningen av klientens problem och svårigheter görs i huvudsak initialt och ligger till grund för den fortsatta behandlingen.

Ett stöd i arbetet med klienterna utgör det iakttagelseschema med punkter som; sätt och uppträdanden, arbetsvilja, uthållighet, vad klienten gör på fritiden, sociala kontakter på och utanför Rällsögården, känslostämningar, självförtroende, konflikthantering m.m. Dylika iakttagelser och noteringar om förändringar i klientens uppträdande görs av behandlingspersonal klienten och avdelningsföreståndaren tillsammans så att behandlingsplanerna kan följas upp och revideras. Det finns ett slags "kontrakt" på de förväntningar Rällsögården ställer på klienten. Det förväntas att klienten skall hålla tider, efter förmåga utföra de arbetsuppgifter de tilldelas, delta i uppföljningssamtal, använda skyddskläder osv.

Ett led i förändringarna var när temagrupper infördes. I en inom personalgruppen utarbetad stencil från 1993 sades att målsättningen med temagrupper var att ge kunskap om missbruk och dess konsekvenser. Exempel på temagrupper är beroendelära, försvarsmekanismer, återfall osv.[77]

Under 1990–1991 började Rällsögården ta emot kvinnliga narkomaner. Det upplevdes som en jobbig tid eftersom "narkomanerna" skilde sig från de kvinnor Rällsögården tagit emot tidigare genom en annan missbruksidentitet. I kvinnohuset delade man huset så att de kvinnliga narkomanerna kom att bo i en viss del av huset och de kvinnliga alkoholmissbrukarna i den andra.[78] Den platsminskning med sju

[74] Vårdresursplaneringen (1989).
[75] Alkohol Drog Diagnos InStrument.
[76] Structured Clinical Interview, DSMIIIr.
[77] Rällsögården (1993).
[78] Intervju med Ingrid Hedström.

platser som genomfördes 1996 innebar att kvinnohuset stängdes. Rällsögården kan dock fortfarande avgifta kvinnor.

Under sommaren 1996 startade Rällsögården ett behandlingsprogram för klienter med kriminalitet som beroendeliknande tillstånd. Programmet arbetar med att på ett strukturerat sätt identifiera, belysa och utmana klienternas kriminella mönster. I föreläsningsform och grupparbeten får klienterna gå igenom dessa mönster och lära sig olika alternativa sätt att tänka och handla. Även programmet för de kriminella bygger på ett kognitivt förhållningssätt. Programmet har utvecklats av en extern konsult, Gunnar Bergström.[79]

Anhöriga erbjuds att komma och att under två helger delta i föreläsningar, gruppsamtal och individuella samtal om missbruk och beroende och om familjens roll och situation i samband med missbruk. Visserligen har Rällsögården betonat vikten av nätverk och anhörigarbete ända sedan slutet av 1970-talet men det var först 1994 som Rällsögården utvecklade kontakterna med anhöriga till ett kognitivt och icke konfrontativt anhörigprogram. Syftet med anhörigprogrammet är att ge de anhöriga nya kunskaper, erfarenheter och insikter så att de kan få bättre förutsättningar att ta hand om sig själva och få möjlighet att ändra sitt eget handlingsmönster. Detta för att de anhöriga ska kunna må bättre, även om missbrukaren återfaller.[80]

Utslussverksamhet på Rällsögården startade redan omkring 1980 och pågår fortfarande. Omkring 1994 utvecklades den. Klienterna kan i slutet av behandlingen skrivas över till utslussverksamheten. Under utslusstiden praktiserar klienterna på olika arbetsplatser utanför Rällsögården. De bor i två villor som ligger i anslutning till behandlingshemmet. Klienterna har i dessa villor ett eget boende där de sköter sitt eget hushåll samt trädgården till villorna. De har tillgång till personal för den sociala träningen och behandlingssamtal för att kunna klara vägen ut till ett eget boende i sin hemkommun.[81]

Efter att klienten skrivits ut sänder Rällsögården sedan 1989 ut en utvärderingsblankett till socialsekreterarna om upplevelsen av samarbetet kring, rutiner före och under intagningen, arbetsmodell, differentierade grupper, flexibilitet och service, övriga frågor. I ett särskilt projekt har 352 svar från placerande socialsekreterare sammanställts och utvärderats; *"Kontakten mellan Rällsögården och socialtjänsten – projekt om en dialog"*. Hela 98 procent uttryckte uppskattning för Rällsögårdens serviceanda och flexibilitet. Den kritik som framkom gällde framförallt den då nystartade låsta avdelningen Nygården. Över hälften ansåg dock att förväntningarna

[79] Bergström beskriver sina metoder i "Kriminalitet som livsstil" (1997).
[80] Rällsögården (1996).
[81] Rällsögården (1995b), sid 14.

helt hade uppfyllts. Projektet innefattade personaldiskussioner om en sammanställning av enkätsvaren och ledde fram till ett åtgärdsprogram på de områden där det hade funnits kritik.[82]

## 2.6 Sammanfattning och diskussion

Avsikten med detta kapitel har varit att försöka ge en så bred bild som möjligt av Rällsögårdens uppdrag, ramar, vårdideologiska utgångspunkter och behandlingsprogram med fokus på åren 1983–1992 men med utblickar såväl bakåt som framåt. Uppdelningen i fem distinkta perioder växte fram under arbetets gång.

På Rällsögården finns en institutionshistoria sedan 1878. Beskrivningen av alkoholistanstaltens förutsättningar, mål, idéer och metoder från 1958 och fram till det moderna behandlingshemmet i våra dagar ger exempel på ett stycke svensk institutionshistoria. Stora förändringar har skett samtidigt som Rällsögården bibehållit en kontinuitet i behandlingens stomme, det praktiska arbetet. Rällsögården har aldrig varit stängt sedan starten som alkoholistanstalt 1958, utan förändringarna har hela tiden skett under pågående drift. I och med att det praktiska arbetet behållits och förändringarna skett utan någon "nyöppning" har det varit svårt för en betraktare att se vilka stora förändringar som faktiskt skett. Det möjliggjordes genom att vi följde Rällsögårdens utveckling genom hela dess historia.

Förändringsarbetet har skett inifrån i en process som påbörjades i slutet på 1960-talet och fortfarande pågår. Förändringen är Rällsögårdens egen och är förankrad i ideologi och eget utvecklingsarbete. När den dåvarande huvudmannen i mitten av 1980-talet försökte påskynda förändringsprocessen och tillsatte externa vårdutvecklare utan kännedom om Rällsögårdens historia och respekt för den process som redan pågick försenades förändringsarbetet. Rällsögården saknade vid denna tid en ledning som hade kunskap och styrka nog att leda förändringsarbetet vidare och ena Rällsögården. Trots detta överlevde "annexet" Rällsögården sin "huvudanstalt" vilket får ses som en bekräftelse på den utveckling som skedde under ledning av Andreas Lundström och Sonny Frödén. Även under den nya huvudmannens tid har LVM-institutioner drabbats av stora nedskärningar och nedläggningar. Rällsögården har fått minska ner på platsantalet men överlevt som institution, vilket kan ses som en bekräftelse på förändringsarbetet.

### Förutsättningar för verksamheten

Under de år som Rällsögården var en fattiggård och senare ålderdomshem utvecklades Sverige från ett fattigt och underutvecklat land till en modern industristat. Det var i slutet av denna period, under efterkrigstiden, som det s.k. folkhemmet utvecklades.

[82] Oscarsson & Gerdner (1995).

Att byggnaderna använts som ett självförsörjande fattighus gav Rällsögården en annan förhistoria än om byggnaderna från början varit ett slott, eller liknande. Dessutom fortsatte några av de ledande från ålderdomshemstiden att arbeta på Rällsögården. Rällsögårdens tid som alkoholistanstalt inleddes medan nykterhetsvårdslagen var i kraft. Lagen hade ett auktoritärt och repressivt innehåll och de intagna var underkastade arbetsplikt. Alkoholism betraktades inte som en sjukdom och omfattades inte av sjukvårdslagen. Först 1974 tillerkändes alkoholister sjukpenning när det var inskrivna för behandling. Det skapade förutsättningar för att ta bort arbetsplikten. 1970-talets stora och omfattande debatt om socialvården och om vårdtvånget påverkade även verksamheten på Rällsögården. I socialtjänstlagen från 1982 gavs kommunerna i uppdrag att sörja för att missbrukarna får den hjälp och vård de behöver för att komma ifrån missbruket. Socialtjänstlagen vars tema är frivillighet, samförstånd och respekt för den enskilde kompletterades med lag om tvångsvård av vuxna missbrukare. Den syftar till att motivera missbrukaren att fortsätta behandling i frivilliga former. När LVM 1989 hade omarbetats och behandlingstiden förlängdes uppstod en stor efterfrågan på behandlingshemsplatser i synnerhet slutna platser. Under 1990-talet minskade efterfrågan igen och många institutioner avvecklades. För Rällsögårdens del innebar det en minskning av platsantalet med en femtedel. Samtidigt har en ny låst avdelning, Nygården, tillkommit. Vid starten 1958 hade Rällsögården 66 platser och 1997 endast 24. Förändringar i platsantal och personalstat har framförallt hängt samman med omvärldsfaktorer som förändrade statsbidragsregler, minskad efterfrågan etc.

**Målsättning och målgrupp**

Rällsögården var från början en del av Åsbrohemmet och utgjorde då riksanstalt för ett äldre manligt "återfallsklientel". Från 1979 började yngre män skrivas in. 1982 skrevs de första kvinnorna in. Från och med landstingsövertagandet 1983 klargjordes att uppdraget inte alls enbart var äldre manliga missbrukare med en massiv återfallsproblematik, utan även yngre, medelålders klienter av båda könen.

Vi har inte kunnat finna att huvudmännen annat än mycket marginellt haft synpunkter på behandlingsideologi och metoder. Landstinget beskrev i Rällsögårdens uppdrag, t.ex. att de skulle "behandla unga missbrukare med behov av ett sammanhållet, varierat och aktivt rehabiliteringsprogram." Men även landstingets formuleringar har i huvudsak tillkommit på initiativ från Rällsögården.

**Ledning**

Om ledningsfunktionen under fattiggårdstiden har vi inte några andra kunskaper än att föreståndaren bodde på Rällsögården. Det gjorde även de två första platscheferna på alkoholistanstalten, Ivan Ljungman och Andreas Lundström, som båda hade viss ledningserfarenhet. Även med den tidens mått synes den första platschefen, Ivan Ljungman, ha varit gammaldags och auktoritär, till skillnad från den andre platsche-

fen, som uppfattades som demokratisk och framstegsvänlig. Under Andreas Lundströms tid som ledare för Rällsögården, startade den förändringsprocess som sen kom att prägla hela 1980-talet. Sonny Frödén hade begränsad ledningserfarenhet och var märkt av sjukdom redan när han tillträdde som chef. Trots väsentligt utökade befogenheter, jämfört med de två tidigare ledarna, fick han inte någon ledarskapsutbildning att tala om. Han var chef under den tid när chefskapet var ytterst nedtonat vilket också passade hans ödmjuka person. Även behandlingsmässigt trodde han mycket på självläkande krafter och spontana samtal. Under hans tid grundlades dock en stor del av den behandlingsideologi som fortfarande präglar Rällsögårdens officiella självsyn. Harriet Lundefors, som fortfarande är institutionschef, utbildades däremot av den dåvarande huvudmannen i ledarskapsfrågor, ekonomi m.m. Hon har lett den professionalisering av Rällsögårdens behandlingsarbete, inklusive tydligare roller inom personalen, som uttrycks i större ambitionsgrad när det gäller diagnostik och behandling. Under hennes ledning har en tydligare rollfördelning mellan olika professioner inom behandlingshemmet och en pionjärroll vad gäller behandling av missbrukare med kriminell identitet nu börjat utvecklas. Vi tror att detta har varit medverkande till att Rällsögården har överlevt en period av stora nedskärningar inom SiS.

**Ideologi**

Inställningen till de intagna var under den första perioden att de låg samhället till last. Ett sådant synsätt kvarstod till stor del under den andra perioden, dvs då Rällsögården blivit en alkoholistanstalt. Dåvarande lagstiftning, platschefen och andra tjänstemän som även arbetat på fattiggården bidrog till det auktoritära och repressiva synsättet.

Den tredje perioden som varade från början av 1970-talet och till början på 1980-talet utgjorde ett ordentligt trendbrott framförallt i synen på patienten. Ett demokratiskt synsätt vann insteg. Ett viktigt uttryck för detta utgjorde bildandet av kamratföreningen där patienterna hade beslutsrätt. I och med bildandet av en kamratförening började man se de intagna som personer vilka kunde ta ansvar. Här ser vi ett inflytande från den tidens nya miljöterapeutiska tankegångar. Kamratföreningen vars syfte var att behandla framförallt trivselfrågor byggdes upp efter folkrörelsemodell där personalen hade närvaro och yttranderätt men inte rösträtt. Däremot utvecklades inte den "stormötesdemokrati" som förekom i flera terapeutiska samhällen. Exempel på att klienterna var beredda till detta nya ansvar var att både personal och kamratförening gjorde gemensam sak i arbetet för att hålla Rällsögården drogfri, något som inte alls var självklart tidigare.

Den fjärde perioden påbörjades ideologiskt i slutet av 1970-talet och varade framförallt under 1980-talet. Rällsögården tog starkt intryck av Hasselakollektivet och målsättningen var att fostra klienten till ett svenssonliv. Rällsögården utgick från ett inlärningsteoretiskt och pedagogiskt arbetssätt där personalen lärde ut ett annat sätt

att leva. Behandlingen syftade till att bryta missbruksprocessen men huvudinriktningen i behandlingen låg på missbrukets sociala konsekvenser.

Under den femte perioden har behandlingen fokuserats på klienternas beroende av alkohol och narkotika. Den nuvarande behandlingsideologin är en vidareutveckling av den inriktning som Rällsögården haft sedan slutet på 1970-talet snarare än ett direkt trendbrott, men viktiga tillskott har skett. Ideologiskt utgår Rällsögården från ett kognitivt förhållningssätt samtidigt som inspiration hämtats från andra modeller som objektrelationsteori och miljöterapi. Inflytelser kan också spåras från tolvstegsbehandling, även om Rällsögården värjer sig från att tillämpa den modellen. Det gäller konkreta inslag såsom betoningen på diagnostik av beroendetillståndet i sig, föreläsningar om beroende samt införande av anhörigprogrammet.

Man kan förundra sig över att Rällsögården å ena sidan programmatiskt tar avstånd från symtomteori och samtidigt åberopar en tydlig sådan i form av objektrelationsteori. Förklaringen till detta är troligen att Rällsögården varit mera praktiskt än vårdteoretiskt orienterat. Vi ser det snarare som en fördel att Rällsögården på detta sätt kunnat öppna för fler aspekter i behandling. Förhållandet mellan de tre aktuella behandlingsteoretiska modellerna – inlärningsteori, objektrelationsteori och tolvstegsmodell – är på flera sätt komplicerat. Inlärningsteori och tolvstegsmodell förenas i att beroendet betraktas som ett eget tillstånd och att behandlingen direkt inriktas på detta, medan objektrelationsteori utgår från ett perspektiv på tidigt störda objektrelationer. Inlärningsteori och objektrelationsteori har motsatta ansatser när det gäller att förklara beroendet, medan tolvstegsmodellen egentligen inte uttalar sig om förklaringen. Ofta tolkas sjukdomsbegreppet dock som en biologisk förklaring, men det är i sak inte korrekt. Inom tolvstegsmodellen beskrivs t.ex. genetiska faktorer, men de ses endast som en av många olika faktorer vid sidan om t.ex. andliga, emotionella, inlärningsteoretiska och systemteoretiska. Det väsentliga med sjukdomsbegreppet är hanteringen av tillståndet som något som ska behandlas.

De tre modellerna skiljer sig också åt i sitt förhållande till "andlighet" i vid mening. Den tidiga beteendeinriktade inlärningsteorin betonar i och för sig inte den andliga aspekten särskilt, även om senare kognitiv teori i hög utsträckning har utvecklat grundvärderingars betydelse för såväl beteenden som emotionell hälsa. Den inlärningsteoretiska modell som Rällsögården först anknöt till, Hassela, införde istället den politiska medvetenheten och uppgiften i livet att verka solidariskt som "klasskämpe". Detta blev därmed en "andlig" dimension som skulle skapa mening och grundhållning i livet och erbjuda en känsla av gemenskap och av att vara en del av en större helhet. Just denna – i och för sig centrala – del av Hasselamodellen tog inte Rällsögården till sig, men i det s.k. BAK/SWEDATE-projektet påvisades att Hasselas ideologi föreföll ha en positiv betydelse för utfallet.[83]

[83] Bergmark m.fl. (1989).

Objektrelationsteorin erbjuder istället en möjlighet till en ny identitet som historisk individ, där dagens upplevelser och konflikter speglas i tidigare objektrelationer. Även denna modell kan därmed skapa en känsla av att individen är en del av en större helhet och modellen arbetar på detta sätt med förutsättningarna för grundvärderingar i livet. Vi känner inte till hur detta konkret hanteras på Rällsögården.

Tolvstegsmodellen är känd för betoningen på den andliga aspekten som är hämtad från AA-ideologin: erkännandet av maktlöshet, anknytningen till en kraft starkare än jag själv som kan ge hopp och mening, betoningen på delaktighet i en grupprocess genom självhjälpsrörelsen. Just dessa delar har Rällsögården värjt sig mot. Möjligen kan det finnas en gemensam tråd här: rädsla för att sorteras in i en – som man uppfattar – andlig sekthållning.

Vi tror att "andliga" aspekter är viktiga i all missbrukarvård och troligen också i behandling av andra kroniska tillstånd. De bidrar till att upprätthålla mening i tillvaron, skapar förutsättningar för gemenskap och relationer och medverkar till att upprätthålla attityder, intentioner och beteenden. Rällsögården har inte uttryckt och beskrivit sin "andlighet". Vi tror och upplever ändå att den finns, bl.a. som en varm omhändertagande och uppmuntrande anda.

**Behandlingsmetoder**

Något vårdperspektiv i egentlig mening är svårt att tala om under de första två tre perioderna. På dagtid förväntades flertalet klienter utföra en fullgod arbetsinsats i jord- och skogsbruk samt verkstäder vars produkter såldes på den öppna marknaden. Övriga klienter bidrog till hemmets skötsel i trädgård, kök, tvätt etc. Klienten utmärktes genom anstaltskläder. Det fanns en klar skiljelinje mellan arbetstid och s.k. fritid.

Inom Rällsögårdens personalgrupp växte dock under 1970-talet fram ett behov av att utveckla behandlingen framförallt för unga missbrukare. Den metod Rällsögården kom att införa i behandlingsgruppen Sörgården, hämtades från Hasselakollektivet men modifierades. I Rällsögårdens behandlingsmodell levde och bodde inte personalen tillsammans med klienterna och Rällsögården hade inte heller den politiska inriktning som Hassela hade utan var politiskt neutrala. Inslaget av fostran var centralt och omfattade områden i klientens liv som språk, klädsel, uppträdande, relationer m.m. Utbildningsinslag infördes i form av både komvux-studier och hemkunskap, typ matlagning och tvätt. Under den fjärde perioden fanns inga lektioner, grupper eller liknande som handlade om alkohol- och drogberoende eller om tillfrisknandeprocessen. Behandlingen differentierades visserligen, men egentligen mer till boende än till innehåll. De tydligaste inslagen av fostran fanns i behandlingsprogrammet för de unga missbrukarna boende i Sörgården som hade behov av habiliteringsinsatser. I de andra programmen kunde personalen knyta an till sociala och arbetsmässiga färdigheter som klienten haft innan drogmissbruket fått en alltför dominerande del av deras liv. Rällsögårdens modell omfattade till att börja med

endast en del av Rällsögården. Successivt kom detta synsätt att bli Rällsögårdens officiella, i synnerhet som en av eldsjälarna, Sonny Frödén, också blev Rällsögårdens föreståndare 1983.

Den nuvarande och femte perioden hör 1990-talet till. Rällsögården har under den femte perioden fortsatt att utveckla sin behandlingsmodell. Behandlingen är individualiserad samtidigt som det finns gruppinslag. Den inleds med en omfattande problembeskrivning av klientens svårigheter rörande såväl beroende av droger som sociala färdigheter och mycket annat. Problembeskrivningen leder fram till en behandlingsplan vilken görs upp i samarbete mellan personal från Rällsögården, placerande socialsekreterare och klienten själv. I behandlingsutbudet finns enskilda samtal, gruppsamtal, temagrupper, föreläsningar, praktiskt arbete, social träning, motion, skola, det speciella programmet för kriminella missbrukare och mansgrupp. Arbetet har också ett nätverksperspektiv med anhörigprogram.

Det praktiska arbetet har varit det tidsmässigt helt dominerande inslaget i behandlingen under hela Rällsögårdens tid som alkoholistanstalt och senare behandlingshem. Däremot har inställningen till arbetet skiftat. Rällsögårdens benämningar har växlat; från *arbetsdrift* till *arbetsträning* och slutligen *uthållighetsträning*.

Arbetsdriften hade sitt ursprung i synsättet att klienten skulle göra rätt för sig. Enligt den första alkoholistlagen från början av 1900-talet var den intagne "skyldig att fullgöra det arbete, som ur synpunkten av en ändamålsenlig vård åläggas honom". De tidiga alkoholistanstalterna för mindre bemedlade alkoholister hade också tvångsarbetsinrättningar och fängelser som förebilder. Med arbetsdrift menades fram till slutet av 1970-talet att klienterna skulle arbeta som på vilken arbetsplats som helst. Produktionen skedde för försäljning på den öppna marknaden. Personalens iakttagelser att de unga klienternas hade svårt att klara en reell arbetsdrift i kombination med ett mindre repressivt synsätt ledde till att arbetsdriften ändrades till arbetsträning.

Arbetsträningen syftade till att klienterna skulle lära sig arbetsmoment och att ha en struktur i tillvaron, vilket också utgjorde ett väsentligt inslag i det Rällsögården menade med fostran. Från och med ca. 1990 ägnar sig Rällsögården åt det man kallar uthållighetsträning. Ambitionen är att lära jag-svaga personer att vara på en arbetsplats varje dag och stanna där tills arbetstiden är slut. Uthållighetsträningen genomsyrar hela behandlingen och skiljer inte mellan arbetstid och s.k. "fritid". Med ett annat ord kan man säga att det nu rör sig om en psykosocial färdighetsträning.

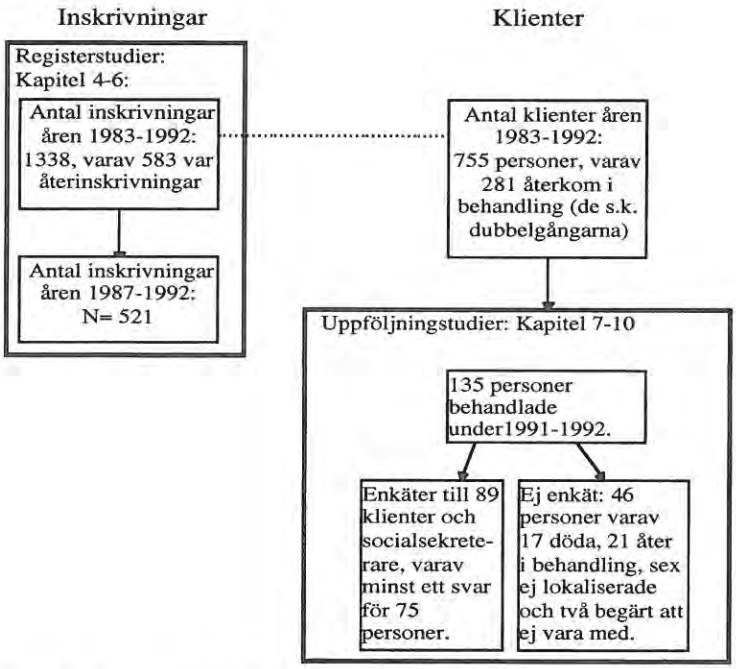
I nästa kapitel beskrivs klientgruppen under 10 av de 11 år då Örebro läns landsting var huvudman, 1983–1992. Vi ska då följa hur klientprofilen förändrades och vilka förutsättningarna var för Rällsögårdens ambitioner vad gäller differentiering och olika behandlingsinnehåll.

# 3. Metoder i studiens kvantitativa avsnitt

Denna studie innehåller flera olika klientmaterial och flera olika analysmetoder. För överblickbarhetens skull presenteras därför här en översikt över de olika materialen och hur de förhåller sig till varandra. Generella metodfrågor som validitet, reliabilitet och representativitet sammanfattas och analysmetoder presenteras översiktligt. Här kommer vi dock begränsa framställningen till vad som krävs för de läsare som huvudsakligen är intresserade av resultaten och ej så mycket av analysmetoderna. I ett särskilt metod-appendix i slutet av rapporten kommer dock utförligare genomgång av en validitetskontroll presenteras för de särskilt intresserade. Övriga metodfrågor redovisas i anslutning till respektive avsnitt.

## 3.1 De studerade materialen

En översikt av det klientmaterial som ingår i rapportens olika delar framgår av nedanstående bild.




**Figur 3:** *Översikt av materialet: inskrivningstillfällen och individer som används i olika avsnitt.*

## 3.2 Registerstudierna

Datamängden om klienter före 1988 begränsades till den information som framgår av socialtjänstens utredningar och länsrättens domar. Ingen systematisk utrednings-

verksamhet förekom på Rällsögården. Från och med 1988 finns en betydligt större datamängd per behandlingstillfälle. För att få ett bättre underlag för behandlingsplaneringen började Rällsögården göra systematiska intervjuer av klienterna i inledningsskedet av behandlingen.[1] Tillgängliga bakgrunds- och behandlingsdata från klientakterna har ställts samman. Det betyder att redovisningen nedan ibland, för vissa grunddata, avser hela 10-årsperioden 1983–1992. För andra data begränsas uppgifterna till den andra femårsperioden 1988–1992. Mellan åren 1983–1987 förekom 817 inskrivningar och mellan 1988–1992 förekom 521 inskrivningar.

De tre studier som avser klientprofil och gruppskillnader (kapitel 4), klientprofilens förändring (kapitel 5) samt behandlingens genomförande (kapitel 6) omfattar alltså samtliga 1338 inskrivningstillfällen under åren 1983–1992, oavsett om vissa klienter återkom en eller flera gånger i behandlingen. Orsaken till detta är att fokus i dessa tre kapitel ligger på *institutionens* klientprofil respektive behandlingspraktik, snarare än på utvecklingen för *individerna*. Institutionens vårdtyngd i ett visst läge beror ju av svårigheten i de närvarandes problematik oavsett om någon av dessa behandlats tidigare. Ibland används istället de 521 behandlingstillfällen som ägde rum åren 1987–1992, p.g.a. att det då fanns tillgång till en utökad datamängd. För tre variabler har vi dock fått begränsa oss till uppgifter för en ännu kortare period, 1991–1992. Det gäller "tidigare dömd för brott", "planerad/ej planerad utskrivning från föregående behandling", samt "tidigare sökt hjälp för sitt missbruk".

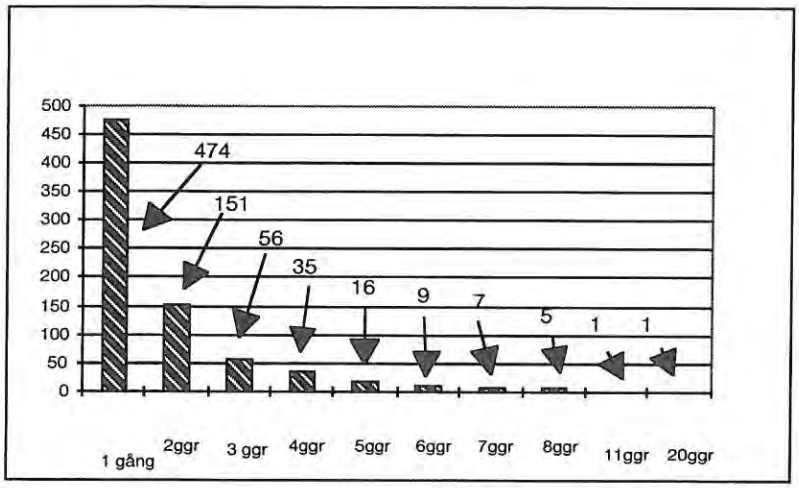
**"Dubbelgångarna"**

Totalt behandlades 755 individer på Rällsögården under åren 1983–1992. Av dessa återkom 281 individer (37%) en eller flera gånger. Antalet återinskrivningar var totalt 583 vilket innebär 44 procent av samtliga behandlingstillfällen. Figur 4 visar hur många tillfällen som olika klienter behandlats på Rällsögården under olika perioder.

I de tre kapitel där vi valt att redovisa samtliga inskrivningar kommer med nödvändighet de klienter som behandlats många gånger på Rällsögården – "dubbelgångarna" – vara överrepresenterade i förhållande de klienter som endast vårdats en gång. För att kunna resonera om jämförelser med utvecklingen bland missbrukare i andra studier är det därför befogat att undersöka i vad mån som "dubbelgångarna" skiljer sig från övriga klienter. Dubbelgångarna var oftare män (91 resp. 84 procent, $p<0,001$), tvångsomhändertagna (81 resp. 76 procent, $p<0,05$), ensamstående (91 resp. 83 procent, $p<0,001$), uteslutande alkoholmissbrukande (85 resp 81 procent, $p<0,05$) samt hade missbrukat fler år i genomsnitt (18,3 resp. 16,7 år, $p<0,05$) . Däremot fanns ingen skillnad i genomsnittlig ålder vid inskrivning eller missbruksdebut, i utbildningsnivå, i bostadsförhållanden eller i andel som noterats för psykiatrisk

[1] Intervjuer med Berith Lind och Harriet Lundefors.

sidodiagnos. Andelen som hade arbete vid inskrivningen var densamma (23–24 procent), men dubbelgångarna var i mindre utsträckning arbetslösa än de förstagångsvårdade (45 resp. 31 procent) samtidigt som de oftare helt stod utanför arbetskraften (31 resp. 46 procent, p<0,01). Vi kunde alltså konstatera en något svårare problematik bland dubbelgångarna vad gäller missbruk och social situation även om tendensen inte var genomgående.




**Figur 4:** *Antal klienter som behandlats på Rällsögården 1983–1992 fördelade på antal gånger de varit intagna (n=755).*

## Datakvalitet

Uppgifter om klienternas bakgrund och behandling har hämtats ur akter och register på Rällsögården. Det har bl.a. gällt ärendeblad från placerande socialsekreterare, LVM-utredningar och domar, läkarintyg, Rällsögårdens egna strukturerade och semistrukturerade intervjuer, testmaterial, omsättningsdiarium samt debiteringsunderlag. Då projektet planerades som en historisk genomgång och ej som en prospektiv studie har det ibland varit mycket svårt att få tag i de uppgifter som sökts. Allt källmaterial har inte haft någon enhetlig utformning eller varit tillgängligt gällande alla klienter. Ofta har man för att finna en typ av uppgift varit tvungen att söka i många olika typer av källor. Det har alltså varit mycket tidskrävande, och ibland haft karaktär av "detektivarbete". Några uppgifter har inte gått att finna för samtliga klienter. Men den omfattande genomgången har inneburit att det har varit möjligt att kontrollera olika uppgifter mot varandra och komplettera när uppgiften i en enskild källa varit bristfällig. Generellt har dock överensstämmelsen enligt vår översiktliga bedömning varit god, och validiteten i den slutgiltiga datasammanställningen kan därför antas vara acceptabel. För en uppgift har detta testats. Det gällde antalet tidi-

gare behandlingar på institution, för vilket klientuppgiften kontrollerades mot de uppgifter som vi tagit fram angående tidigare inskrivningar på Rällsögården. Endast i fyra procent av fallen kunde vi konstatera att klienten underskattat antalet tidigare inskrivningar. Validiteten i det undersökta exemplet var alltså god. När det gäller bortfallsproblem har vi problem för uppgifter om kriminalvårdserfarenhet före 1990. Redovisningen begränsas till de år då bortfallet är litet.

## 3.3 Uppföljningsstudierna

Till uppföljningsstudien gjordes enkäter till klienter och till placerande socialsekreterare. Enkäterna baserar sig på enkäter som tidigare använts vid motsvarande studier på behandlingshemmet Runnagården i Örebro av Arne Gerdner. Enkäterna sändes ut med post och begärdes in i medföljande svarskuvert. Efter påminnelser kompletterades postenkäterna med telefonintervjuer till de klienter och de socialsekreterare som ej dessförinnan svarat.

Uppföljningsstudien omfattar samtliga 135 personer inskrivna på Rällsögården under 1991–1992. Av dessa hade 17 personer avlidit och 21 hade redan återgått i behandling och fick därför ingen enkät. Två klienter hade från början begärt att ej vara med i undersökningen. I sex fall kunde klienten inte lokaliseras, varken genom socialtjänsten eller genom skatteförvaltningens befolkningsregister. Sammanlagt frånräknades alltså 46 personer, till vilka enkät ej skickades ut. Av resterande 89 klienter svarade 30 (34 procent).

I litteraturen finns flera exempel på diskussion kring det metodologiska problemet med bortfall som begränsar representativiteten i resultatstudier av alkoholmissbrukare.[2,3] En möjlighet, för att minska bortfallet, har varit att använda sig av andra med kännedom om klienten, dvs oftast anhöriga som lever tillsammans med klienten. Hela 88 procent av de inskrivna på Rällsögården 1991–92 saknade dock familj och 34 procent saknade egen bostad. I motsvarande studie av behandlingsresultaten på Runnagården användes framgångsrikt placerande socialsekreterare istället för anhöriga för att minska bortfall.[4] Enkäter sändes därför ut till såväl klienter som till placerande socialsekreterare. Två socialsekreterare svarade inte alls, 19 svarade att de inte hade kontakt med klienten, två svarade att klienten ej samtyckte till att de svarade, medan 66 sände in svar på frågorna (73 procent). I 21 fall fanns svar såväl från socialsekreterare som från klient och i nio fall endast svar från klient. Det innebär att minst ett enkätsvar förelåg för 75 klienter (84 procent av dem som fått enkät). Utgående från samtliga 135 klienter har vi därmed något

[2] Emrick & Hansen (1983).
[3] Moos, Finney & Cronkite (1990).
[4] Gerdner, Söderfeldt & Berglund (1997).

utfallsmått (död, ny behandling eller enkät) för 113, dvs för 84 procent av samtliga. Trots den låga andelen svar från klienterna, måste detta betecknas som tillfredsställande.

Uppföljningstiden har beräknats som den tid som åtgått från det att klienten skrivits ut till dess att det senaste av de två enkätsvaren inkommit. Detta är det totala "fönster" i vilka förändringar studeras. Uppföljningstiden för de 75 i svarsgruppen var i genomsnitt två år (724 dagar, sd=184,9; min=407, max=1138). Detta är en relativt lång uppföljningstid, under vilken mycket kan hända. Dock har svarstiden inte visat sig vara direkt relaterad till utfallet, dvs andelen som förbättrats i fråga om sitt missbruk har inte varit lägre för dem med relativt längre svarstid än för dem som endast hade ett års svarstid.

Uppgifter om mortalitet införskaffades genom Skattemyndighetens befolkningsregister. För avlidna infordrades dödsattester från Statistiska Centralstyrelsen.

**Representativitet**

Representativiten för svarsgruppen har prövats genom jämförelse med de för vilka inget svar finns. När sammanlagt 31 bakgrunds- och behandlingsvariabler har undersökts, skiljer sig grupperna åt vad gäller fem signifikanta faktorer ($p<0,05$), vilket är tre faktorer fler än vad som slumpmässigt borde funnits med tanke på mass-signifikans.[5] Bortfallet gäller oftare Sörgårdsklienter. För Norr- och Mellangårdsklienter finns 89 procent svar, för Kvinnogruppen 77 procent medan Sörgården enbart har 58 procent. Vid Sörgården har i större utsträckning bostadslösa narkomaner behandlats. Andelen svar visade sig också vara lägre för bostadslösa, för narkomaner och för dem som ej har fullföljt behandlingen. Samtidigt har ensamstående svarat oftare än samboende.

När representativiteten därför studeras för Sörgårdsklienterna separat kan enbart 19 faktorer studeras i korstabeller på grund av mindre antal klienter.[6] Av dessa var två faktorer signifikanta ($p<0,05$), vilket är vad som kan förväntas utifrån mass-signifikans. Tablettmissbrukare och fullföljare svarade i högre utsträckning. Inga andra faktorer skilde. För Sörgården får vi möjligen räkna med en något osäkrare skattning av behandlingsresultatet och hänsyn till detta bör tagas i den fortsatta läsningen. Problemet kommer att hanteras på följande sätt. Dels kommer resultaten att redovisas separat för varje enhet, dels kommer en sammanvägning av Rällsögårdens behandlingsresultat att göras där den lägre svarsprocenten för Sörgården får beaktas.

De enkätuppgifter som rör attityder m.m. och som redovisas i Kapitel 9 bygger i

[5] Mass-signifikans innebär att enstaka signifikanta skillnader slumpmässigt bör uppträda om antalet undersökta faktorer är tillräckligt många.

[6] Vi fick då acceptera högst 25% celler med 5 som minsta förväntade värde.

flera fall endast på klientenkät. Även för de uppgifter där socialtjänstenkät kunnat användas finns lägre andel svar och de befintliga svaren kan ej anses representera klientgruppen i dess helhet. De används endast för att generera hypoteser om gruppskillnader, ej för att generalisera uppgifter om hela klientgruppen.

**Uppföljningsinstrumentet**

Uppföljningsinstrumentet består av två enkäter. Klientenkäten omfattade 32 grundvariabler och socialsekreterarenkäten omfattade 25. De båda enkäterna återfinns i Appendix I och II.

Resultatet av enkäten redovisas i den ordning frågorna ställdes i enkäten för att underlätta för läsaren att även följa enkätfrågorna. Instrumentet är en något förkortad version av det instrument som utarbetats av Arne Gerdner och som tidigare använts på behandlingshemmet Runnagården i Örebro.[7] Versioner av detta har även använts vid öppenvårdsprogrammet Grindstugan i Örebro[8] samt vid uppföljning av behandlade alkoholister anställda inom flygvapnet.[9]

I några fall har frågan enbart ställts till klienten vilket redovisas i texten nedan. Siffrorna inne i tabellerna avser valid procent av svaret, dvs sedan bortfall frånräknats, och n=75 om inget annat anges.

**Socialsekreterarnas kunskaper om klienten efter behandlingen**

En av förutsättningarna för giltiga svar från socialsekreterarna är att de har kontakt med eller annan kunskap om klienterna. Några inledande enkätfrågor gällde därför placerande socialsekreterares kännedom om klienten efter avslutad behandling. Socialsekreterare till 87 klienter hade sänt in enkätsvar. Av dem angav 66 (76 procent) att de hade kännedom/kunskap om klienten och besvarade frågorna medan 19 (22 procent) avstod och angav att de inte hade kontakt. (Två svarade endast att deras klient ej samtyckte till att de svarade.)

Så gott som samtliga socialsekreterare som besvarade enkäten (alla utom en) hade personligen haft kontakt med klienten efter behandlingen. Drygt två tredjedelar (68 procent) hade haft minst 10 kontakter. Hälften hade haft minst 15 kontakter. Genomsnittliga antalet kontakter var 32 (sd=56,6; min-max=0-312).

I några fall hade dock klienten kunnat avskrivas från socialtjänsten eller avflyttat. Kontakterna senaste halvåret var därför något lägre. En tredjedel (22/66) hade inte haft kontakt under senaste halvåret. Hälften hade kontakt minst varannan

[7] Ligger bl.a. till grund för studierna Gerdner & Söderfeldt (1996), Gerdner m.fl. (1998) samt avhandlingen Gerdner (1998).
[8] Westerlund (1995).
[9] Elfving (1995).

månad och en tredjedel hade kontakt minst varje månad. Genomsnittliga antalet kontakter senaste halvåret före uppföljningen var 11 (sd=21,3), dvs ungefär varannan vecka.

**Validitet och reliabilitet**

Validitet syftar på om data mäter det som de är avsedda att mäta. Reliabilitet syftar på hur noggrant detta mäts. Validiteten har prövats genom jämförelse mellan svar från klient och socialsekreterare i de fall båda svarat. De centrala frågorna här är dels om det finns en god överensstämmelse eller inte mellan svaren från klienterna och svaren från socialsekreterarna, dels också om eventuell brist på överensstämmelse visar en tendens t.ex. så att klienter genomgående anger att de missbrukat i mindre mån än vad socialsekreterare anger. Om det finns en sådan tendens, eller motsatt, talar man om bristande tillförlitlighet eller validitet. Om det däremot är slumpmässiga avvikelser talar man om dålig precision eller bristande reliabilitet.[10]

Vi har undersökt detta närmare, vilket redovisas utförligt för de särskilt intresserade i Appendix III. Vi fann en god överensstämmelse för 23 av 27 undersökta variabler angående missbruk och social situation. Bland de med god överensstämmelse finns bl.a. följande med relevans för missbruk: förekomst av aktuellt alkoholmissbruk respektive narkotikamissbruk, frekvens alkoholkonsumtion sedan utskrivning, förekomst av avgiftningar, LOB-omhändertaganden och inläggning på psykiatrisk avdelning sedan utskrivningen. Även det mest aktuella måttet, dvs drickande senaste 30 dagarna, visade sig ha god validitet, men däremot något lägre andel svar från socialsekreterarna, eftersom en del har lägre kontaktfrekvens på senare tid. Sociala uppgifter såsom arbete, familjesituation, boende och socialbidrag hade också god överensstämmelse. För fyra variabler noterades en lägre överensstämmelse, men riktningen på skillnaderna visade sig i samtliga fall vara helt osystematisk. Det gäller kvantitet drickande, antal återfall, psykiatrisk öppenvård samt vård på kroppssjukhus. För dessa är det därför fråga om en bristande reliabilitet snarare än om brist i validiteten. Konsekvensen av lägre precision är att det kan bli svårare att upptäcka signifikanta skillnader. De skillnader som trots allt påvisas är dock rimligen tillförlitliga. För att förekomma varje misstanke om överskattning av behandlingsutfall har vi ändå valt att alltid ange det mest kritiska utfallet då enkätsvaren skiljer sig åt.

Såväl klienter som socialsekreterare har också tillfrågats angående klientens personliga utveckling (fyra områden) och känslomässiga förändring (sex områden). För ett tiotal enkäter finns svar från båda håll. Överensstämmelsen är i regel god och där

[10] Gerdner & Söderfeldt (1996).

svaren skiljer sig åt saknas systematisk tendens. Dock finns en sämre reliabilitet när det gäller psykisk hälsa och för ev. förändring i slutenhet–öppenhet är validiteten bristfällig. Även detta redovisas utförligare i Appendix 3.

## 3.4 Statistiska analysmetoder

Vi har ibland använt s.k. signifikansprövning för att se om skillnader mellan grupper är statistiskt säkerställda och inte endast slumpmässiga variationer. Prövningen ger ett s.k. p-värde, dvs sannolikheten för att skillnaden är slumpmässig. Uttrycket $p<0.05$ betyder att denna sannolikhet är mindre än 5 procent och tolkas vanligen som att skillnaden är signifikant. Chi-2-test används när materialet är klassindelat. Vid kontinuerliga variabler gör man istället en jämförelse mellan medelvärdena som signifikanstestas med t-test.

I validitetsstudien (Appendix III) har överensstämmelse prövats med Cohens Kappa, ett mått som justerats för slumpvis överensstämmelse och därmed är strängare än vanliga korrelationsmått.[11] Systematisk riktning i eventuella diskrepanser har prövats med Wilcoxon Matched Pair Sign-Rank Test.[12]

I prediktionsstudierna (Kapitel 9) har multivariat logistisk regressionsanalys använts, där en dikotom (dvs två kategorier) beroende variabel relateras till flera oberoende variabler som kan vara dikotoma eller kontinuerliga. Logistisk regression ger oddskvoter som kan signifikanstestas genom Chi-2-fördelningen. Modellens anpassningsförmåga (goodness-of-fit) anges med p-värde och med andel korrekt skattade.[13]

I kapitel 11 som handlar om överlevnad har vi använt oss av standardiserade mortalitetskvoter (SMR), vilka räknas fram genom att observerat antal döda divideras med förväntat antal döda.[14] Det sistnämnda räknas fram genom att varje individs dödsrisktal hämtas från statistiska tabeller, uppdelat på kön och femåriga åldersintervall. Olika gruppers överlevnadskurvor räknas fram med hjälp av Kaplan-Meiers metod, som utgår från hela den observerade överlevnadstiden i varje individuellt fall.[15] Slutligen prediceras överlevnadstiden med hjälp av multivariat analys, i detta fall Cox Regression, där den observerade överlevnadstiden ses som kontinuerlig beroende variabel, som antingen slutar med händelsen död eller med observationstidens slut. Denna beroende variabel relateras till oberoende dikotoma eller kontinuerliga variabler. Modellens anpassningsförmåga anges med p-värde.[16]

---

[11] Hunt 1986, Maisto & Connors 1992, Landis & Koch 1977.
[12] Gibbons 1993.
[13] Schesselman 1982.
[14] Gerdner & Berglund 1997, Schmidt & Popham 1980.
[15] Pagano & Gauvreau 1993.
[16] Pagano & Gauvreau 1993.

# 4. Klientprofiler och gruppskillnader

I detta kapitel beskrivs Rällsögårdens klientprofiler under tioårsperioden 1983–1992. Som redovisats i Kapitel 3, har vi utgått från samtliga 1338 inskrivningar under perioden, eller från 521 inskrivningar där data endast finns för den senare femårsperioden. Vi har genomgående beskrivit profilerna dels för Rällsögården totalt, dels separat för män respektive kvinnor, tre olika åldersgrupper samt för frivilliga respektive tvångsomhändertagna. För att inte trötta läsaren med större tabeller än nödvändigt redovisar vi dock bara då skillnader finns. Uppgifterna redovisas, om ej annat anges, i valid procent, dvs bortfallet oräknat. Är bortfallet stort kommenteras betydelsen av detta. Procentsiffror har avrundats till heltal. Därför blir kolumnsumman inte alltid 100 i tabellerna.

## 4.1 Demografiska uppgifter om klienterna

Rällsögårdens upptagningsområde under tioårsperioden var mellansvenska samarbetsregionen.[1] Klienterna kom mestadels från kommuner i Örebro län (53 procent). Tjugofyra procent kom från Örebro kommun. Lindesberg och Hällefors svarade för vardera fem procent medan Karlskoga och Degerfors tillsammans svarade för sju procent. Från hemkommunen Ljusnarsberg kom endast två procent av intagningarna. Förutom Örebro län kom klienterna huvudsakligen från de intilliggande länen, nämligen Västmanland 14 procent, Värmland 12 procent och Dalarna 11 procent, medan Södermanland och Östergötland stannade på fyra respektive två procent. Övriga län svarade för fyra procent av placeringarna. Sammanfattningsvis kan alltså konstateras att Rällsögården uppfyllde ambitionerna att utgöra en regional resurs.[2]

I början av 1980-talet hade Rällsögården börjat en åldersmässig differentiering genom uppdelningen i unga vuxna på Sörgården, medelålders på Mellangården och äldre på Norrgården vilket beskrivits i föregående kapitel. Klienternas ålder varierade mellan 22 och 79 år. De har här delats in i tre åldersgrupper, 20–35 år, 36–55 och 56 år och äldre, vilket i stort sett motsvarar den uppdelning Rällsögården avsåg att tillämpa i behandlingen. Gruppen unga utgjorde 19 procent, de medelålders 61 procent och de äldre 21 procent. Medelåldern var 45,5 år (sd= 11,0) och medianen var 44 år. Kvinnorna utgjorde i snitt 12 procent. De var i stör-

[1] Dvs Värmland, Örebro län, Västmanland, Dalarna, Södermanland, Östergötland samt Uppsala kommun.
[2] Vårdresursplaneringen (1981), Vårdresursplaneringen (1984), Vårdresursplaneringen (1986) och Vårdresursplaneringen (1989).

re utsträckning tvångsintagna än männen (30 respektive 20 procent). Åldersmässigt fanns inte någon skillnad mellan män och kvinnor.

## 4.2 Lagrum för aktuell behandling

Totalt under perioden 1983–1992 hade Rällsögården 279 intagningar skett med tvång enligt LVM, dvs 21 procent, medan 1055 intagningar (79 procent) skett frivilligt. Tjugonio intagningar (2 procent) har skett som placeringar inom ramen för kriminalvårdens påföljder. Dessa ingår i gruppen frivilliga intagningar eftersom de ur Rällsögårdens perspektiv är att betrakta som frivilliga. De har själva valt behandling som alternativ till påföljden fängelse. Om de väljer att lämna Rällsögården i förväg kan inte Rällsögården efterlysa dem som de LVM-intagna, utan får anmäla avbrottet till kriminalvården.

LVM-klienterna är i genomsnitt något yngre än de frivilliga (42,7 vs. 46,3 år) och i högre utsträckning kvinnor (17 vs. 10 procent). Av de LVM-intagna har 21 procent omhändertagits "omedelbart".[3] Det betyder att man ej har kunnat avvakta förhandling i länsrätten p.g.a. klientens akuta situation, framför allt med akut fara för hälsan. Omedelbart omhändertagande drabbade i högre utsträckning kvinnor än män (33 vs 18 procent av de tvångsomhändertagna), oftare personer i medelåldern 36–55 år (25 procent), än yngre (18 procent) och äldre (5 procent). Troligen har de yngre inte samma hälsoproblem, medan de äldre i högre utsträckning accepterar frivillig intagning då hälsan är akut hotad. I fyra fall (i början av undersökningsperioden) saknas uppgift om lagrum i akten.

## 4.3 Social bakgrund och aktuell situation

### Mycket låg utbildning

Uppgifter om utbildningsbakgrund finns endast för 320 personer under den andra femårsperioden. Jämförelse har gjorts med Sveriges befolkning i motsvarande åldrar[4]. Skillnaden är som synes mycket stora. Rällsögårdens klienter har en mycket kortare utbildning och därmed sämre socialt utgångsläge än genomsnittssvensken vilket visas i Tabell 1 sidan 53. Bortfallet är dock stort (39 procent). Men då vi jämför bortfallet med andra faktorer, såsom kön, ålder, lagrum för intagning och social utslagning, är skillnaderna mycket små. Vi har därför anledning att anta att tillgängliga data angående utbildning är representativa.

Det föreligger en oväntad skillnad såtillvida att andelen med mer än tvåårigt gymnasium var högre i den äldsta gruppen än bland de båda andra. I normalbefolkningen har de äldre tvärtom lägre utbildning. Denna skillnad förstärks dessutom av att nio procent i den äldsta gruppen hade eftergymnasial utbildning. Motsvarande andel i de båda yngre åldersgrupperna var två respektive en procent.

---

[3] Dvs enligt § 8 i den äldre lagstiftningen, och § 13 i nu gällande LVM.

[4] Varvid 7 personer exkluderades p.g.a. att de var över 65 år gamla.

| | Inskrivna vid Rällsögården 20–64 år n=311 | Sveriges befolkning 20–64 år[5], FoB90 |
|---|---|---|
| Folkskola/Grundskola | 77 | 36 |
| Gymnasium/yrkesskola <2år | 18 | 29 |
| Gymnasium/yrkesskola >2år | 3 | 13 |
| Eftergymnasial utbildning | 2 | 22 |

$p < 0{,}001$

**Tabell 1**: *Utbildningsbakgrund, jämförelse mellan inskrivna vid Rällsögården 1988–92 och Sveriges befolkning enligt FoB90 uttryckt i procent.*

Fördelningen av utbildningsnivå i relation till ålder, kön och lagrum framgår av Tabell 2.

| | Grundskola/ Folkskola | Gymnasium högst 2 år | Mer än 2 års gymnasium |
|---|---|---|---|
| *Alla* (n=320) | 77 | 18 | 5 |
| *Ålder* | | | |
| 20–35 år (n= 51) | 80 | 18 | 2 |
| 36–55 år (n= 224) | 76 | 21 | 4 |
| 56+ år (n= 45) | 82 | 2 | 16 |
| *Lagrum* | | | |
| SoL (n=214) | 75 | 18 | 7 |
| LVM (n=106) | 82 | 17 | 1 |

**Tabell 2:** *Procentuell fördelning av klienternas utbildningsnivå 1988–1992 fördelat på ålder och lagrum.*

Det är också anmärkningsvärt att 80 procent av de unga klienterna enbart hade grundskola. Förklaringen tycks vara att de unga börjat droga tidigt vilket påverkat även vidare studieambitioner. Till detta återkommer vi i diskussionsavsnittet. En viss tendens till högre utbildning fanns bland frivilligt intagna.

## Endast två av tio har något arbete – störst problem bland de yngsta

Vi har uppgifter om arbete alternativt främsta inkomstkälla för 1266 personer (95%). Endast 21 procent av Rällsögårdens klienter hade något arbete, och av dessa hade 7 procent skyddat arbete eller beredskapsarbete. Enligt FoB90 var 65 procent av den vuxna befolkningen förvärvsarbetande 1990.[6] Rällsögårdens klienter hade alltså mycket sämre arbetssituation än genomsnittssvensken i aktiv ålder.

De som saknade arbete kan delas upp i två stora grupper, de öppet arbetslösa respektive de med pension eller sjukbidrag. Drygt hälften av dem som saknade arbete hade alltså sin försörjning tryggad genom sjukbidrag, förtids- eller ålderspension.

Vi fann inga skillnader i arbetssituationen mellan könen. Utslagningen från arbetsmarknaden är stor bland de frivilliga klienterna men något större ändå bland de

[5] SCB (1992d) Tabell 15.
[6] SCB (1992c) Tabell C.

| | Ej i arbetskraften (Pension eller sjukbidrag, m m) | Arbetslös | Skyddat arbete | Arbete på öppna marknaden |
|---|---|---|---|---|
| *Alla* (n=1266) | 43 | 36 | 7 | 14 |
| *Ålder* | | | | |
| 20–35 år (n=232) | 13 | 75 | 5 | 7 |
| 36–55 år (n=762) | 38 | 36 | 8 | 18 |
| 56+ år (n=272) | 83 | 3 | 3 | 11 |
| *Lagrum* | | | | |
| SoL (n=1006) | 42 | 36 | 7 | 17 |
| LVM (n=260) | 46 | 39 | 10 | 6 |

**Tabell 3:** *Procentuell fördelning för klienternas arbetsmarknadssituation fördelat på ålder och lagrum 1983-1992.*

tvångsomhändertagna. De unga står i högre utsträckning än andra utan arbete. De är oftast arbetslösa, men de äldre har oftare sjukbidrag eller pension. Ålderspensionärerna utgör ungefär en tredjedel av äldregruppen (56+ år). Om dessa frånräknas är fortfarande 76 procent av de äldre (56–64 år) utanför arbetskraften och har förtidspension eller sjukbidrag, fyra procent går arbetslösa, fyra procent har något skyddat arbete och 17 procent har arbete på öppna marknaden. Trots att andelen förtidspensionerade eskalerar med tilltagande ålder är alltså utslagningen från arbetsmarknaden, såväl från den skyddade som från den öppna, störst bland de yngsta.

Det problematiska i den sociala situationen för de arbetslösa markeras också av att två tredjedelar av dem saknar A-kassa och därför är hänvisade till socialbidrag eller illegala inkomster. Bland de unga arbetslösa gäller detta fyra av fem och bland tvångsomhändertagna arbetslösa gäller det 85 procent.

## Nio av tio lever ensamma

Den kanske mest slående skillnaden mellan Rällsögårdens klienter jämfört med den svenska befolkningen i övrigt är bristen på sambo-förhållanden (gifta eller sambo). Åttioåtta procent av 1319 Rällsögårdsklienter levde ensamma jämfört med 39 procent av genomsnittssvensken i motsvarande åldrar enligt FoB90[7] ($p<0,001$). Andelen ensamstående var betydligt högre bland männen än bland kvinnorna (91 procent jämfört med 67 procent). Som vi ska se i nästa kapitel ändrades detta under senare år. Inga skillnader i familjesituation förelåg mellan åldersgrupperna eller mellan frivilliga och tvångsintagna.

För senare år finns mer detaljerade uppgifter om familjeförhållandena. År 1992 var 92 procent ensamstående. Av dessa hade 46 procent aldrig bildat familj, 41 procent var skilda/separerade och 5 procent änkor/änklingar. Andelen som aldrig bildat

[7] SCB (1992a) Tabell 8, sid 3.

| | Saknar bostad | 2:a hand, inneboende etc. | Egen bostad, eget kontrakt |
|---|---|---|---|
| *Alla* (n=1318) | 18 | 11 | 72 |
| *Ålder* | | | |
| 20–35 år (n= 245) | 29 | 15 | 56 |
| 36–55 år (n=798) | 19 | 10 | 71 |
| 56+ år (n= 275) | 6 | 8 | 87 |
| *Lagrum* | | | |
| SoL (n=1043) | 17 | 10 | 73 |
| LVM (n=273) | 21 | 13 | 67 |

**Tabell 4:** *Procentuell fördelning för klienternas bostadssituation fördelat på ålder och lagrum, åren 1983–1992.*

familj är därmed dubbelt så stor och andelen skilda sju gånger så stor som i normalbefolkningen.[8] Därutöver var två procent visserligen gifta men levde inte ihop med sin maka/make.

### Stor hemlöshet bland unga tvångsomhändertagna

Som väntat var bostadsproblemen särskilt stora för de unga. Tabell 4 visar att 44 procent av de unga (20–35 år) saknade egen bostad. Av dessa var närmare 30 procent *helt* utan bostad. LVM-omhändertagna saknade egen bostad oftare än frivilliga. Däremot fanns ingen skillnad mellan könen.

### Åtta av tio har minst två indikationer på social utslagning

Vid studiet av enskilda variabler som arbete, familj och bostad framgår alltså att stor del av Rällsögårdens klienter saknade arbete, var ensamstående och saknade bostad. En central fråga är i vilken mån problemen var nära relaterade till varandra, dvs om problem i ett avseende medförde problem på övriga områden. Därför konstruerades ett index över social utslagning med variablerna "avsaknad av arbete på öppna marknaden", "avsaknad av familj" och "avsaknad av egen bostad". Endast de ärenden där samtliga dessa tre uppgifter finns har tagits med.

Situationen för olika grupper visas i Tabell 5. Männen var mer socialt utslagna än kvinnorna. Det mest framträdande är att den sociala utslagningen är störst bland de yngsta grupperna. Räknas ålderpensionärerna bort från den äldsta gruppen (de har ju normalt inte arbete) får vi ändå tydligare resultat. I gruppen 56–64 år (199 personer) var det endast 8 procent som hade alla tre indikationerna på utslagning. De tvångsomhändertagna är mer utslagna än de frivilliga klienterna. Dock bör vi minnas att nära åtta av tio frivilliga åtminstone har 2 indikationer på utslagning. På Rällsögården är de flesta klienter relativt svårt socialt utslagna.

[8] SCB (1992a) Tabell 1.

| | 0 indikation =Socialt väl förankrade | 1 indikation | 2 indikationer | 3 indikationer =Mest socialt utslagna |
|---|---|---|---|---|
| *Alla* (n=1266) | 3 | 17 | 56 | 24 |
| *Kön* | | | | |
| Män (n=1120) | 3 | 16 | 57 | 25 |
| Kvinnor (n=146) | 4 | 29 | 47 | 21 |
| *Ålder* | | | | |
| 20–35 år (n=232) | 1 | 13 | 47 | 39 |
| 36–55 år (n=762) | 3 | 20 | 53 | 25 |
| 56 + år (n=272) | 3 | 14 | 72 | 11 |
| *Lagrum* | | | | |
| SoL (n=1003) | 3 | 18 | 56 | 22 |
| LVM (n=260) | 2 | 13 | 54 | 32 |

**Tabell 5:** *Procentuell föredelning av social utslagning 1983–1992 fördelat på kön, ålder och lagrum.*

## Nio av tio unga män har kriminalvårdserfarenhet

För åren 1988–1992 finns uppgifter om kriminalitet för 240 inskrivningar (46 procent) inhämtade genom självrapportering i intervjuer. Det extremt stora bortfallet är emellertid koncentrerat till åren 1988–1990. Troligen har frågerutinerna ej fungerat på dessa områden. Från 1991 finns fortfarande ett bortfall men nu i storleksordningen 23 procent. Vi väljer därför att bara redovisa åren 1991–1992. Frågan om vederbörande tidigare hade dömts till fängelse eller skyddstillsyn för brott besvarades av 133 personer.

Något förvånande hade männen inte påtagligt högre grad av kriminalitet än kvinnorna i detta material. Möjligen hade resultatet blivit annorlunda om vi hade haft uppgifter för hela perioden och inte bara 1991–1992. Rällsögården fick dessa år en socialt mer belastad grupp kvinnor än tidigare (vilket framgår i Kapitel 5). Det förelåg inte heller någon skillnad mellan frivilliga och tvångsomhändertagna. Däremot var de yngre mer brottsligt belastade än de äldre. I gruppen unga hade hela 87 procent dömts till fängelse eller skyddstillsyn, vilket är mer än dubbelt så ofta som för de äldre trots att de äldre haft betydligt fler år på sig att någonsin hamna i legala problem. Detta tyder på att vi har att göra med olika typer av missbrukare, inte bara generationsskillnader. Denna skillnad mellan åldrarna framträder tydligare hos män än hos kvinnor. Av 12 unga män var 11 (92 procent) dömda medan två av de tre unga kvinnorna var dömda.

| | Dömda till kriminalvård n=82 | Ej kriminalvård n=51 |
|---|---|---|
| *Alla* (n=133) | 62 | 38 |
| *Ålder* | | |
| 20–35 år (n=15) | 87 | 13 |
| 36–55 år (n=94) | 63 | 37 |
| 56 + år (n=24) | 42 | 58 |

**Tabell 6**: *Andelen dömda respektive ej dömda till fängelse eller skyddstillsyn i olika åldersgrupper av klienter inskrivna 1991–1992.*

| | Enbart alkoholism | Drogmissbrukare |
|---|---|---|
| *Alla* (n= 1331) | 84 | 16 |
| *Kön* | | |
| Män (n=1177) | 85 | 15 |
| Kvinnor (n=154) | 78 | 22 |
| *Ålder* | | |
| 20–35 år (n=247) | 66 | 34 |
| 36–55 år (n=806) | 85 | 15 |
| 56 + år (n=278) | 97 | 3 |
| *Lagrum* | | |
| LVM (n=279) | 72 | 28 |
| SoL (n=1049) | 87 | 13 |

**Tabell 7:** *Procentuell fördelning mellan drogtyper, kön ålder och lagrum för inskrivna klienter 1983–1992.*

## 4.4 Klienternas beroendeproblem

Av Tabell 7 framgår att drogmissbruk förekom oftare bland yngre, tvångsomhändertagna och kvinnor än för äldre, frivilligt intagna och män.

Från 1988 finns noggrannare uppgifter om drogtyper. Praktiskt taget alla 520 (99 procent) hade missbrukat alkohol, men 31 procent uppgav missbruk av fler än en drog. Tablettmissbruk av huvudsakligen benzodiazepiner hade förekommit bland i genomsnitt 16 procent av klienterna, medan 22 procent missbrukat narkotika och sju procent lösningsmedel. Ser vi till olika slag av narkotika så dominerar amfetamin och hasch som missbrukats av vardera 16 procent, medan endast två procent hade missbrukat heroin och ytterligare två procent hade missbrukat annan narkotika.

### Missbrukets varaktighet

Klienterna hade en genomsnittligt mycket lång tid av missbruk bakom sig, 18 år (sd 7,7), varierande från två till 45 år (n=481). Vi fann inga skillnader i missbrukets varaktighet mellan frivilliga och tvångsintagna. Männen har missbrukat några år längre än kvinnorna och som väntat har de äldre en längre tids missbruk bakom sig än de yngre.

| | Duration, antal år | Spridning (sd) |
|---|---|---|
| *Alla* (n= 481) | 17,7 | 7,7 |
| *Kön* | | |
| Män (n=418) | 18,1 | 7,9 |
| Kvinnor (n=63) | 15,2 | 6,4 |
| *Ålder* | | |
| A: 20–35 år (n=66) | 14,6 | 4,5 |
| B: 36–55 år (n=328) | 17,3 | 6,9 |
| C: 56+ år (n=87) | 21,6 | 10,7 |

**Tabell 8:** *Fördelning av missbrukets varaktighet (duration). Spridning anges med standardavvikelse (sd).*

| | Genomsnittlig ålder för missbruksdebut, antal år | Spridning (sd) |
|---|---|---|
| *Alla* (n= 482) | 28 | 11 |
| *Ålder* | | |
| A: 20–35 år (n=66) | 17 | 4 |
| B: 36–55 år (n=328) | 28 | 8,8 |
| C: 56 + år (n=88) | 40 | 11,5 |
| *Lagrum* | | |
| LVM (n=152) | 26 | 11 |
| SoL (n=330) | 30 | 11 |

**Tabell 9:** *Fördelning av genomsnittlig ålder för missbruksdebut för respektive kön, åldersgrupp och lagrum. Spridning anges med standardavvikelse (sd).*

## Debutålder

För åren 1988–1992 finns uppgift om debutålder för 482 (93 procent) inskrivningar. En fjärdedel (25 procent) debuterade tidigt i missbruk, före 25 års ålder, inklusive tre procent extremt tidiga, före 12 års ålder. En majoritet (58 procent) debuterade mellan 20 och 39 år, och en knapp femtedel (18 procent) debuterade i missbruk sent i livet, efter fyllda 40 år, varav fyra procent till och med efter fyllda 50. Vi har alltså en fortgående rekryteringsprocess in i missbruk.[9] Skillnaderna i ålder för missbruksdebut för män respektive kvinnor, olika åldersgrupper samt för frivilliga och tvångsomhändertagna framgår av Tabell 9.

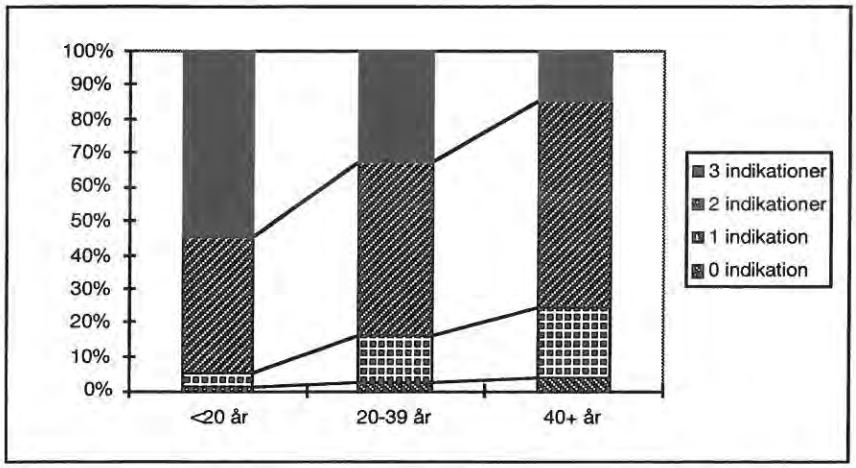
Det fanns ingen skillnad i debutålder mellan kvinnor och män. Däremot har tvångsomhändertagna debuterat ungefär fyra år tidigare än de frivilliga. Tabellen visar också att de olika åldersgrupperna skiljer sig markant åt vad gäller debutålder. De yngre hade debuterat i sitt missbruk redan vid 17 års ålder, de medelålders vid i genomsnitt 28 år och de äldre först vid 40 års ålder. Detta beskrivs också av att 73 procent av de unga missbruksdebuterade före 20 års ålder mot 21 procent av de medelålders och endast fyra procent av de äldre. I ett avseende är detta naturligtvis en förväntad skillnad. Endast i den äldre gruppen kan sen debut ha hunnit förekomma. Inte desto mindre visar tabellen att det rör sig om radikalt olika grupper vad gäller debutålder. Som synes har vi betydligt större skillnader mellan åldersgrupperna vad gäller debutåldern än vad gäller missbrukets varaktighet.

Skillnaden mellan grupperna framträder ännu tydligare när den sociala utslagningen jämförs mellan tre skilda grupper med olika debutålder (Figur 5). De som missbruksdebuterat tidigt har också mycket starka tecken på social utslagningsprocess, medan de som missbruksdebuterat sent har en något mindre utsatt social situation.

## Psykiatrisk diagnos

Eventuell förekomst av psykiatrisk diagnos framgår av läkarintyg som ska finnas vid inskrivning. Läkarundersökning inför LVM-ansökan görs oftast av allmänläkare och

[9] Att en stor del debuterar så sent i livet har uppmärksammats av bl a Sobell et al. (1993).




**Figur 5:** *Andelen med 0 till 3 indikatorer på social instabilitet (ej ha familj, egen bostad eller arbete på öppna marknaden) för tre grupper med olika missbruksdebutålder (n=469, p<0.001).*

inte av psykiater. Avsaknad av diagnos innebär dessvärre därför inte att förutsättningar för diagnos saknas, bara att sådan ej rapporterats i brist på psykiatrisk bedömning. För åren 1988–1992 fanns uppgift om förekomst av sådan diagnos i 52 fall (10 procent) fördelade enligt följande: affektiva sjukdomar, främst depression, rapporterades för 28 klienter, fobier för 11 klienter, psykoser sju klienter och hjärnskador för sex klienter. I fem fall fanns fler diagnoser rapporterade. Det måste framhållas att det under åren 1983–1992 inte heller genomfördes någon systematisk psykiatrisk bedömning av klienterna under vistelsen på Rällsögården.

## Många har tidigare avbruten vård

En fråga i intervjuerna 1988–1992 handlade om utskrivningen från det senaste behandlingstillfället varit planerad eller oplanerad. Frågan ställdes dock sporadiskt de första åren. Under år 1991–1992 var bortfallet mer begränsat. Den besvarades de två sista åren i 131 fall (75 procent). För 46 procent var senaste utskrivningen planerad, för 43 procent var den oplanerad och för 12 procent var frågan inte aktuell då de ej varit på behandlingshem tidigare. Bland dem som varit på behandling tidigare hade alltså ungefär hälften avbrutit den föregående behandlingen i förtid.

De faktorer som tycks hänga samman med att ha fullföljt en eventuellt föregående vårdtid är att vara man, medelålders eller äldre samt tvångsomhändertagen, medan yngre, frivilliga och kvinnor oftare har avbrutit eventuell föregående vårdtid. Det framgår emellertid inte om de äldre männen också var tvångsomhändertagna vid den föregående fullföljda vårdtiden. Äldre frivilliga kvinnor har i något mindre utsträckning haft någon tidigare vårdperiod.

För 129 (74 procent) klienter 1991–1992, fanns uppgifter om huruvida klienten tidi-

| | Föregående utskrivning var planerad (fullföljt) | Föregående utskrivning var ej planerad (avbrott) | Ej tidigare vårdad på institution för missbruk |
|---|---|---|---|
| *Alla* (n=131) | 46 | 43 | 12 |
| *Kön* | | | |
| Män (n=113) | 50 | 40 | 11 |
| Kvinnor (n=18) | 19 | 59 | 22 |
| *Ålder* | | | |
| 20–35 år (n=10) | 20 | 70 | 10 |
| 36–55 år (n=92) | 46 | 45 | 10 |
| 56 + år (n=29) | 55 | 28 | 17 |
| *Lagrum* | | | |
| LVM (n=85) | 55 | 37 | 8 |
| SoL (n=46) | 28 | 54 | 17 |

**Tabell 10:** *Procentuell andel av 1991–1992 år patienter som fullföljt, avbrutit respektive ej deltagit i tidigare vårdtid fördelat på kön, ålder och lagrum.*

gare hade *sökt någon hjälp för sina missbruksproblem.* Här avsågs alltså inte enbart behandling på behandlingshem. Nästan alla (95 procent), uppgav att de sökt hjälp någon gång. Tjugonio procent hade sökt hjälp hos flera instanser. Bland dem som sökt hjälp minst en gång (n=126) ställdes frågor om var de sökt hjälp (Tabell 11). Observera att fler än ett svar kan förekomma i tabellen. Att endast 43 procent uppgivit att de sökt hjälp på behandlingsinstitution kan troligen förklaras av att många tvångsomhändertagna inte upplevt att de "sökt hjälp".

Av tabellen framgår att andelen som sökt hjälp över huvud taget är mycket hög i alla grupper av klienter, dock något lägre hos de äldre. De vanligaste hjälpinstanserna var socialtjänst följt av behandlingsenheter som behandlingshem, psykiatrisk avdelning, och avgiftningsenhet. Mer informella instanser är mindre frekventa. Här ska vi naturligtvis hålla i minnet att vi har att göra med en tung missbrukargrupp. Hade frågan riktats till personer med mer marginella problem så hade fördelningen troligen varit en annan.

Några tendenser kan också skönjas till skilda mönster hos olika grupper. Frivilliga har oftare sökt hjälp via socialsekreterare, behandlingsinstitution eller psykiatrisk avdelning, medan tvångsomhändertagna något oftare sökt hjälp via kroppsjukhus. Äldre har oftare sökt hjälp via socialtjänsten och anhöriga, men i mindre grad vid traditionella behandlingsenheter såsom behandlingshem, psykiatri, avgiftning och tillnyktring. De unga har istället oftare sökt sig till avgiftning, tillnyktring och psykiatrisk mottagning, medan de medelålders sökt hos behandlingshem och psykiatrisk avdelning. Männen har mer sökt hjälp hos socialtjänsten medan kvinnorna oftare än männen sökt hjälp vid behandlingshem, inom psykiatrin och hos vänner och anhöriga.

## 4.5 Sammanfattning och diskussion

Rällsögårdens klienter har under alla de studerade åren utmärkts av en stor problemtyngd. De har inlett sitt vuxna liv med en betydligt sämre skolunderbyggnad än andra invånare. Nästan hälften har aldrig bildat familj. Missbruksdebuten har kommit

| Sökt hjälp från: | Totalt | Lagrum | | Ålder | | | Kön | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Frivilliga | LVM | Unga | Medel | Äldre | Män | Kvinnor |
| n= | 129 | 85 | 44 | 12 | 93 | 24 | 115 | 14 |
| Socialsekreterare | 58 | 64 | 47 | 50 | 58 | 63 | 62 | 29 |
| Behandlingshem | 43 | 46 | 37 | 42 | 50 | 17 | 41 | 57 |
| Psykiatrisk avdelning | 38 | 42 | 30 | 25 | 44 | 21 | 37 | 50 |
| Avgiftningsavdelning | 31 | 28 | 37 | 58 | 31 | 17 | 30 | 43 |
| Alkoholpoliklinik | 29 | 29 | 30 | 33 | 31 | 21 | 30 | 21 |
| Psykiatrisk mottagning | 21 | 21 | 23 | 33 | 23 | 8 | 21 | 29 |
| Tillnyktringsenhet | 18 | 16 | 23 | 42 | 20 | 0 | 18 | 21 |
| Läkarmottagning | 13 | 11 | 16 | 25 | 11 | 13 | 13 | 7 |
| Anhörig(a) | 12 | 11 | 14 | 17 | 10 | 17 | 11 | 21 |
| Kroppssjukhus | 10 | 6 | 19 | 17 | 11 | 4 | 11 | 7 |
| Vän(ner) | 10 | 11 | 7 | 8 | 10 | 8 | 8 | 21 |
| Alkoholrådgivning | 6 | 8 | 2 | 8 | 8 | 0 | 5 | 14 |
| Annan | 6 | 6 | 5 | 8 | 5 | 8 | 5 | 15 |
| Självhjälpsorganisation | 5 | 5 | 5 | 0 | 7 | 0 | 4 | 14 |
| Företagshälsovård | 4 | 6 | 0 | 0 | 4 | 4 | 5 | 0 |
| Församling | 2 | 2 | 2 | 8 | 1 | 4 | 2 | 7 |
| Jourhavande präst | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Sökt hjälp ö.h.t. | 95 | 97 | 93 | 100 | 98 | 83 | 95 | 100 |

**Tabell 11**: *De vanligaste hjälpinstanserna där klienten tidigare sökt hjälp för sitt missbruk. Hjälpinstanserna är rangordnade efter den totala andelen. Svaren uttrycks i procent. Observera att fler än ett svar per individ förekommer.*

tidigt i livet för en del, sent i livet för andra. Genomgående har dock missbruket fortgått i många år, i allmänhet ett par decennier. De har därefter i mångdubbelt högre utsträckning slagits ut från arbetsmarknad, familj och boende. De sociala problemen visar sig också i att nära två tredjedelar av klienterna har dömts till fängelse eller skyddstillsyn. Vårderfarenheterna är också omfattande. Praktiskt taget alla klienter har tidigare sökt hjälp någon gång för sitt missbruk, nittio procent har varit på behandlingshem, men ungefär hälften av dessa har avbrutit senaste vårdtillfället.

## Tvångsomhändertagna har större social belastning

De tvångsomhändertagna var i högre utsträckning narkomaner och blandmissbrukare, hade debuterat tidigare, men skilde sig inte vad gäller missbrukets varaktighet. De har också tendens till sämre skolunderbyggnad och skiljer sig från de frivilliga genom mer social utslagning. Bl.a. har de sämre position på arbetsmarknaden och mer sällan egen bostad. Deras ekonomi baserar sig i mindre utsträckning på fasta inkomster som lön och pension, vilket innebär att de oftare är hänvisade till socialbidrag eller illegala inkomster. I flera avseenden har alltså de tvångsomhändertagna fler faktorer som försvårar ett tillfrisknande och en social anpassning. De har också mer vårderfarenheter än de frivilliga trots att de själva oftare föredragit att söka hjälpen inom kroppsjukvården. De frivilliga och de tvångsomhändertagna har dock familj i samma ringa utsträckning. Ingen skillnad finns heller vad gäller tidigare kriminalvårdserfarenhet.

**Kvinnorna är oftare drogberoende**

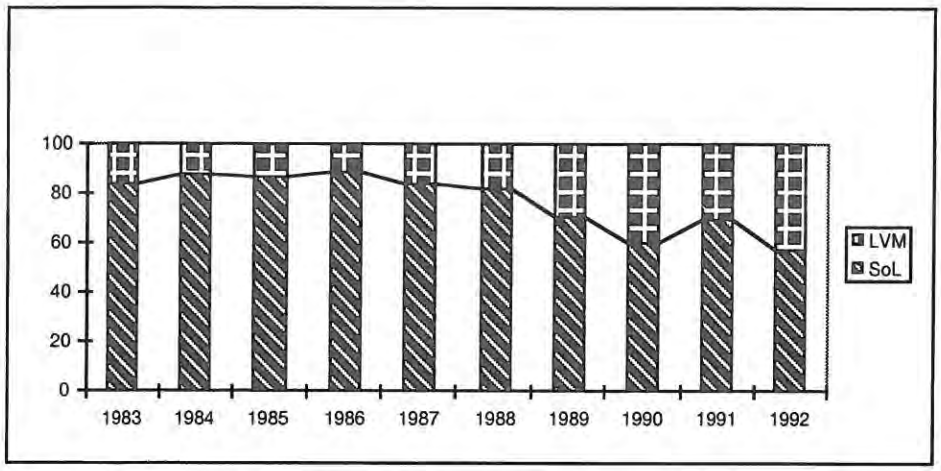
Kvinnorna hade samma situation som männen vad gäller arbete, ekonomi, bostad och kriminalitet men var i betydligt högre utsträckning tvångsomhändertagna, särskilt omedelbart omhändertagna. De var oftare narkomaner eller blandmissbrukare, men de hade hållit på med sitt missbruk kortare tid än männen. Ingen skillnad fanns i debutålder. De levde oftare med sambo, och till följd av detta hade de något färre indikationer på utslagning. Detta kan hänga samman med att missbrukande kvinnor ofta lever med missbrukande män.[10] Det behöver alltså inte vara en skillnad som underlättar för dem i deras anpassning. I nästa avsnitt kommer vi också se att andelen ensamstående bland kvinnorna dramatiskt ökade under de studerade åren i samband med att kvinnliga narkomaner togs in i större utsträckning. År 1992 hade de till och med passerat männen eftersom alla kvinnor då var ensamstående. De tenderar att ha mindre vårderfarenhet än männen och har oftare sökt ev hjälp inom psykiatrin och genom informella kanaler än männen, som oftare fått sin hjälp via sociala myndigheter.

**Unga män – en annan typ av missbrukare?**

De yngre männen skiljer sig radikalt från de övriga männen. Mer än 80 procent har debuterat i sitt missbruk före 20 års ålder mot 21 procent för de medelålders och fyra procent för de äldre. De yngre har dessutom betydligt större belastning när det gäller sociala problem, framför allt när det gäller utbildning, arbete, ekonomi, boende och kriminalitet samt var oftare narkomaner och blandmissbrukare. De unga har också generellt mindre erfarenhet av vård, särskilt fullföljd sådan, och när de sökt hjälp har den varit mer av typen akut och kortsiktig hjälp. De stora skillnaderna uppvisar ett gemensamt mönster som väl stämmer överens med de två typer av alkoholism som beskrivits av Cloninger m.fl.[11] Utifrån en stor adoptionsstudie fann de två skilda typer av alkoholister med olika missbruksutveckling, olika personlighetsdrag och olika biologiska markörer. Typ 1 kännetecknas av senare missbruksdebut, mer smygande förlopp och en mer försiktig personlighet. Typ 2 kännetecknas av mycket tidig debut, dramatisk missbruksutveckling med mer asociala tendenser samt en äventyrlig personlighetstyp. Det förefaller alltså som om Rällsögårdens yngre klienter i hög utsträckning motsvarar typ 2, medan de äldre i hög utsträckning motsvarar typ 1. De medelålders männen är mer blandade. Forskarna beskrev inte samma typologi bland kvinnor. Det förefaller dock som om en likartad skillnad i förlopp finns även bland kvinnorna på Rällsögården. Detta kan vara bakgrunden till att man där upplevde problem när de sinsemellan olika kvinnorna konfronterades med varandra inom Kvinnogruppen.

[10] Att missbrukande kvinnor oftare lever med missbrukande män har t.ex. noterats i DOK-systemet Berg & Jansson (1997).

[11] Cloninger m.fl. (1981) samt von Knorring m.fl. (1985).




**Figur 8:** *Diagram över den procentuella fördelningen mellan frivilligt intagna och tvångsomhändertagna klienter åren 1983–1992 (n=1334).*

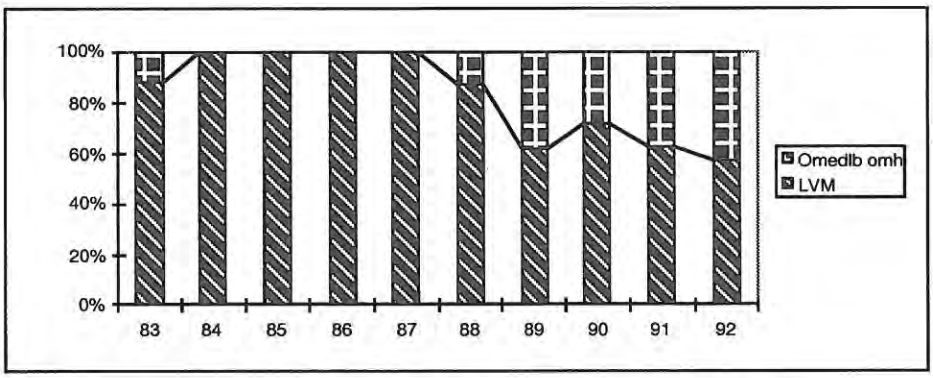
redovisat vilket medborgarskap de utländska klienterna hade. Personalen minns dock att de flesta var nordiska medborgare härstammande från Finland, och någon gång från Danmark respektive Norge.[4]

## 5.1 Lagrum för den aktuella behandlingen

Totalt under perioden 1983–1992 hade Rällsögården 279 (21 procent) tvångsomhändertagna placeringar och 1055 (79 procent) frivilliga intagningar. Under alla dessa år var Rällsögården en institution med s.k. § 22 status enligt LVM. Det betydde bl.a. att det saknades inlåsningsmöjlighet av rymningsbenägna tvångsomhändertagna klienter. Före 1989 utgjorde de frivilligt placerade klienterna i genomsnitt 83 procent per år. Man kan alltså påstå att LVM-karaktären på institutionen inte var särskilt påtaglig under denna tid. När den nya LVM trädde i kraft 1989 skedde en förändring då andelen frivilligt intagna direkt sjönk till 70 procent för att sedan fortsätta att sjunka till 57 procent 1992.

Omedelbart omhändertagande (13 § LVM) var mycket ovanligt fram till 1989, då en dramatisk omsvängning skedde med ca en omedelbart omhändertagen klient i månaden. Från 1984 till 1987 förekom överhuvudtaget inget fall av omedelbart omhändertagande. År 1988 var fyra (16 procent) av de 25 LVM-intagningarna omedelbart omhändertagna. Året därefter ökade de omedelbart omhändertagna till drygt 41 procent och har förutom 1990 hållit sig till omkring 41–42 procent 1991–1992. Det synes tämligen anmärkningsvärt att undantagsparagrafen utgör så mycket som över

[4] Intervju med Carl-Gustaf Mässing.




**Figur 9**: *Procentuell fördelning mellan omedelbart omhändertagna och övriga tvångsintagna åren 1983–1992 (n=279).*

40 procent av LVM-intagningarna. Att detta inte var något unikt för Rällsögården framgår av rapporten "Institutionsvård i förändring", där medelvärdet på omedelbart omhändertagna av alla LVM-intagningar under de sju åren 1989-1995 låg på 44 procent.[5, 6]

## 5.2 Förändring i klienternas sociala profil

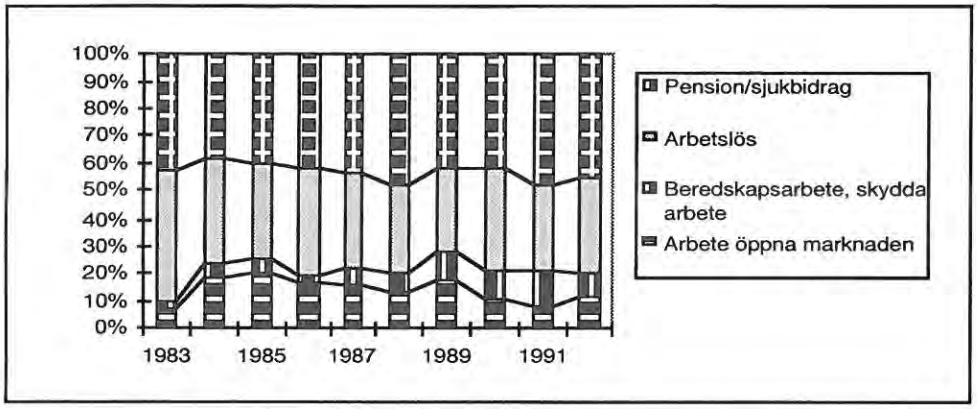
När det gäller utbildningsnivå kunde vi inte finna någon tydlig tendens varken till det bättre eller till det sämre. Den långsiktiga tendensen till förbättrad utbildningsnivå som finns i samhället i stort har alltså inte kunnat märkas bland Rällsögårdens klienter, vilket troligen har att göra med att Rällsögården nu i högre utsträckning än tidigare tar emot sådana klienter som stannar relativt sett kort tid i skolan. Det kan alltså ha att göra med de personlighetsfaktorer som tidigare diskuterats. Om vi alltså av olika anledningar inte funnit någon förväntad ökning i utbildningsnivå över tiden så har vi istället funnit stora förändringar i andra sociala variabler som mer mäter den dagsaktuella situationen.

**Färre i reguljärt arbete, fler i skyddat arbete eller med pension/sjukbidrag**

Femton procent hade arbete på den öppna arbetsmarknaden, sju procent hade skyddat arbete eller beredskapsarbete och 79 procent saknade helt arbete. Av Figur 10 framgår att andelen klienter med arbete har varit mycket låg under hela tioårsperioden. Det tycks ha varit ett bottenläge 1983 varefter läget förbättrades för att 1988

[5] Olsson (1977).

[6] Faktiskt har omedelbara omhändertaganden enligt § 13 ökat betydligt efter detta. 1995 var drygt 40 procent av SiS totala placeringar omedelbart omhändertagna vilket motsvarade 63 procent av alla LVM-placeringar, dvs sedan frivilliga på SiS-institutioner frånräknats. Men den ökade andelen beror säkert också på att LVM-placeringarna totalt har minskat stort. Riksrevisionsverket (1996).



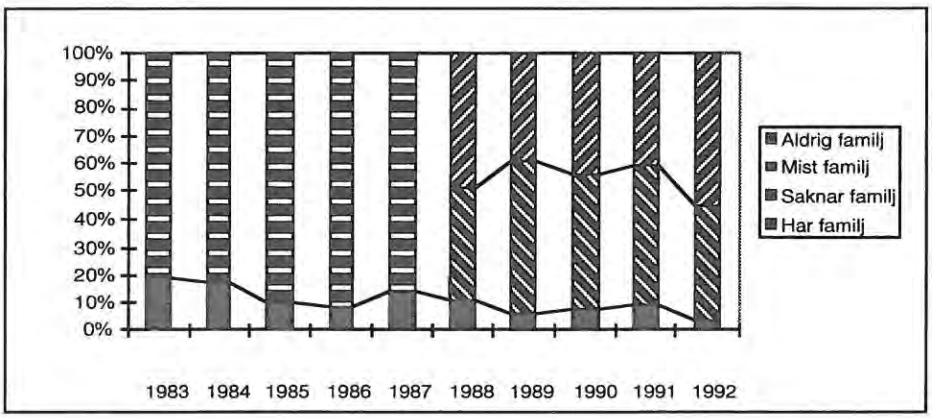

**Figur 10:** *Procentuell förändring i klienternas arbetsmarknadssituation åren 1983–1992 (n=1266).*

återigen kraftigt försämras. Arbetsmarknadsåtgärder för klientgruppen (beredskapsarbete etc) har ökat i tider av högre arbetslöshet. Dessutom har fler fått pension eller sjukbidrag. Andelen öppet arbetslösa har därför inte ökat.

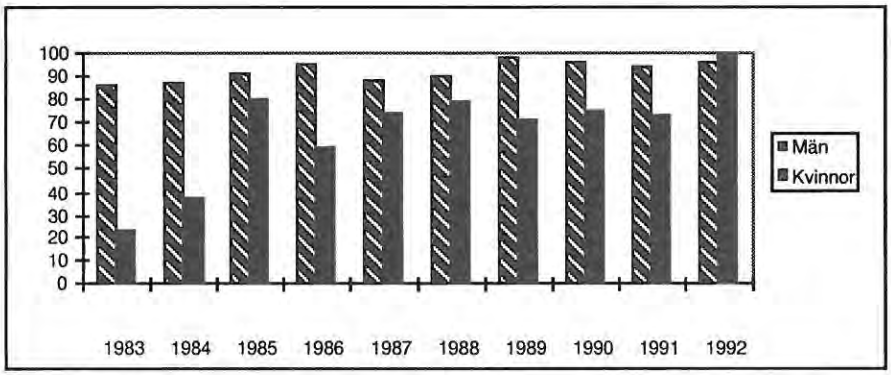
**Allt färre har familj – särskilt bland kvinnorna**

Uppgift om aktuell familjesituation fanns för i stort sett alla (n=1319). Däremot finns uppgift om eventuellt förutvarande familj endast under den andra femårsperioden. Som Figur 10 visar var det en mycket liten andel klienter som hade familj. Hela 80 procent av klienterna 1983 var ensamstående vid inskrivningen, men denna höga andel ökade till 92 procent 1992.

Skillnaden mellan könen vad gäller familjesituation studerades även för de olika behandlingsåren, vilket framgår av Figur 12. Männen har i stort sett haft samma




**Figur 11:** *Förändringar i procentuell fördelning mellan klienter som saknade respektive hade familj 1983–1992. Åren 1988–1992 även uppgift om klienten aldrig haft familj respektive mist familj (n=1319).*

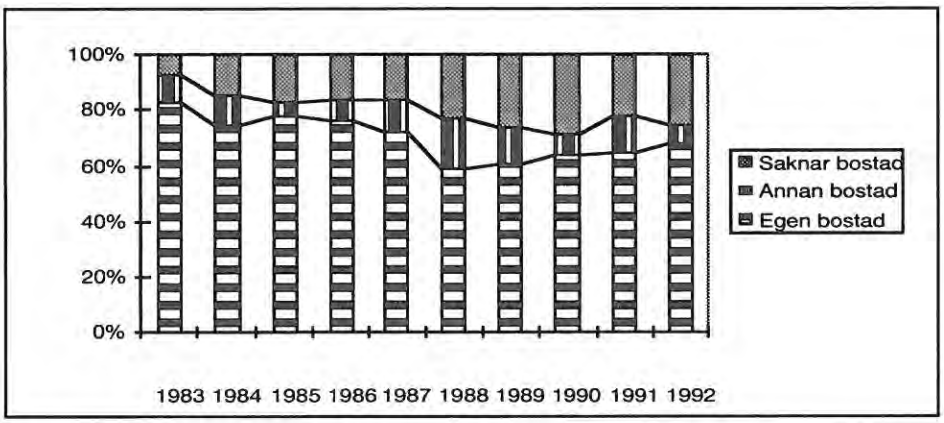



**Figur 12:** *Förändring av andelen ensamstående för män respektive kvinnor under åren 1983–1992 (1166 män och 153 kvinnor).*

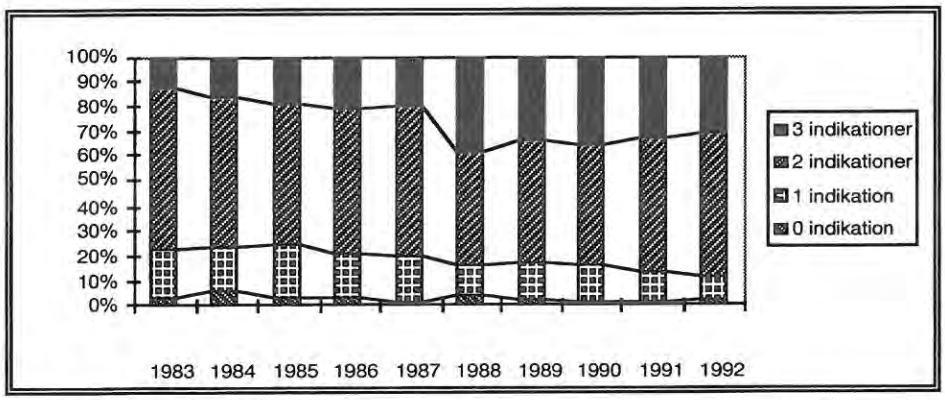
andel ensamstående under de studerade åren medan kvinnorna däremot uppvisar en dramatiskt ökad andel ensamstående. Detta tyder på att Rällsögården har fått en förändrad klientgrupp när det gäller kvinnor.

**Bostadssituationen har försämrats**

År 1983 hade över 80 procent av Rällsögårdens klienter egen bostad, dvs med eget ägande eller eget kontrakt. Av diagrammet i Figur 13 framgår att bostadssituationen förändrades i två etapper, från 1983 till 1984 respektive från 1987 till 1988. Den generella tendensen har alltså varit i riktning mot en allt större andel helt bostadslösa. Faktiskt en fördubbling från 1983 till perioden 1988–1992, då en fjärdedel av klienterna helt saknade bostad. Andra boendeformer som övergångsbostäder, inackorderingshem och inneboende har varit mer marginella företeelser under årens lopp. Uppenbarligen har inte de socialpolitiska åtgärderna hängt med de ökande bostadsproblemen för missbrukare.




**Figur 13:** *Procentuella förändringar i klienternas bostadssituation 1983–1992 (n=1318).*




**Figur 14:** *Diagram över fördelning mellan socialt förankrade och 1 till 3 indikatorer på social instabilitet åren 1983–1992 (n=1266).*

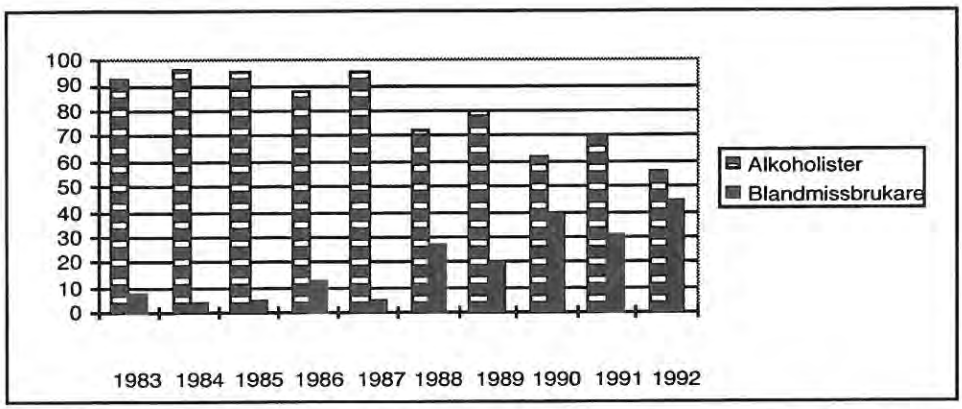
### Större social utslagning

Indexet över social förankring som presenterades i föregående kapitel visar en kraftig ökning av social utslagning bland klienterna. Framför allt tycks 1988 ha inneburit en viktig förändring, och vi har redan sett en förändring i boendet detta år. Under första femårsperioden tycks andelen med samtliga tre indikatorer på social utslagning ha ökat från 13 till 20 procent. Under andra perioden ligger denna siffra mellan 30 och 35 procent.

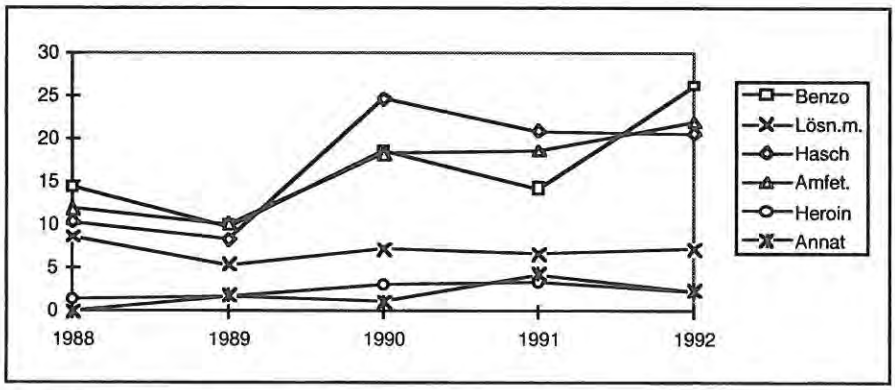
## 5.3 Klienternas beroendeproblem

### Fler narkomaner och blandmissbrukare

Under åren 1983 till 1987 dominerades klientgruppen helt av sådana för vilka endast alkoholmissbruk var känt. I genomsnitt gällde detta 94 procent (min–max: 88 respektive 96 procent) av inskrivningarna. Resterande (4–12 procent) var narkomaner eller blandmissbrukare. 1988 skedde en trendförändring i fördelningen mellan




**Figur 15:** *Procentuell fördelning mellan klienternas beroendeproblem, uppdelat på alkoholister och övriga 1983–1992 (n=1331).*

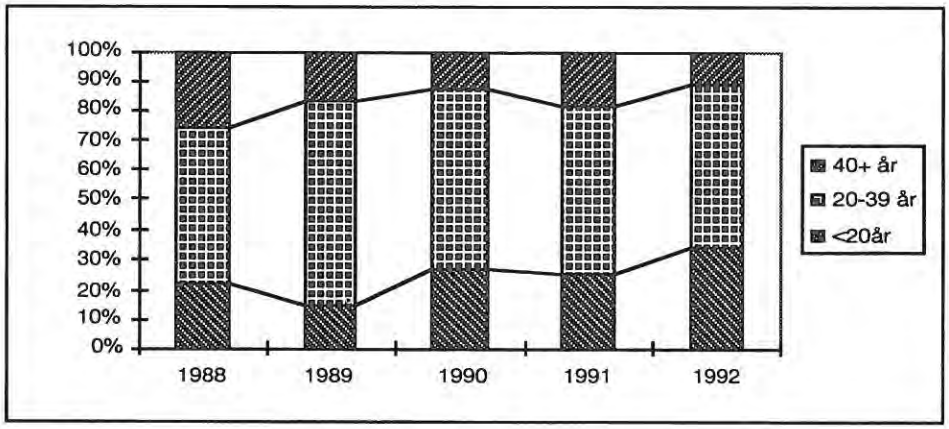



**Figur 16:** *Andel som missbrukat olika drogtyper åren 1988–1992 i procent (n=520).*

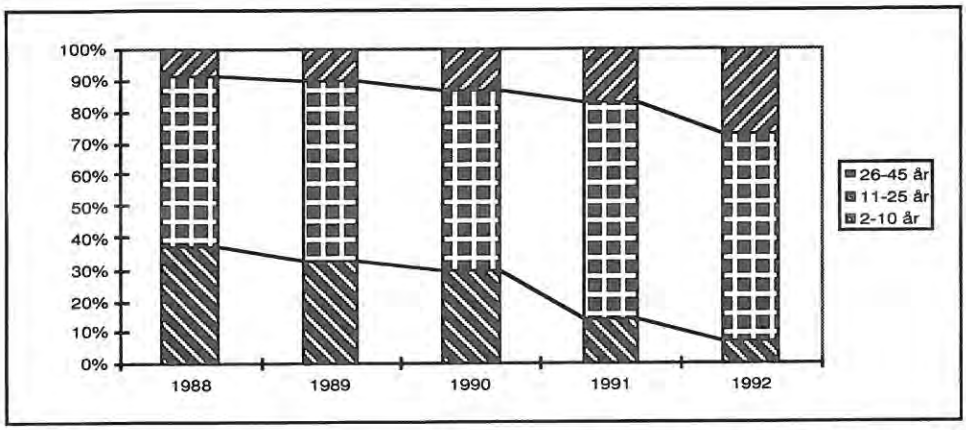
alkoholister och narkomaner/ blandmissbrukare. Andelen rena alkoholister sjönk 1988 till 72 procent och fortsatte att sjunka under resten av undersökningsperioden. Från år 1988 har vi större möjligheter att följa innebörden i vad som här har kallats "narkomaner och blandmissbrukare". Andelen klienter med alkoholmissbruk har endast varierat mellan 99 och 100 procent, vilket innebär att praktiskt taget alla har missbrukat alkohol, därmed även de som benämnts "narkomaner och blandmissbrukare". Figur 16 visar fördelningen av övriga droger. Bland dessa dominerar benzodiasepiner, hash och amfetamin. Ökningen av såväl benzodiasepiner som hasch och amfetaminmissbruk inleddes 1990.

**Allt fler har debuterat med missbruk tidigt i livet**

Förändringen av debutålder i klientgruppen mellan åren 1988 och 1992 visas i Figur 17. Observera att detta skett samtidigt som genomsnittsåldern varit relativt stabil och andelen yngre och äldre minskat till förmån för de medelålders. En allt större andel av de medelålders klienterna har alltså börjat missbruka tidigt i livet. Andelen tidigt




**Figur 17:** *Procentuell fördelning av tre kategorier med olika debutålder åren 1988–1992 (n=482).*




**Figur 18:** *Andelen klienter med kort, medel respektive lång duration av missbruk åren 1988–1992 (n=481).*

debuterande har ökat från 22 till 35 procent, medan andelen sent debuterande har minskat i motsvarande grad från 26 till 11 procent.

### Andelen med mycket lång tid av missbruk har ökat

Figur 18 visar att andelen med kort duration (2–10 år) har minskat kraftigt under åren. Andelen med lång duration (26–45 år) har ökat i motsvarande grad, medan andelen med medellång duration (11–25 år) har legat stabilt.

## 5.4 Sammanfattning och diskussion

Den redan tidigare generellt svåra problembilden för Rällsögårdens klienter har under åren blivit ännu svårare. Den nya LVM-lagens införande 1989 inledde en ökning av andelen tvångsintagna. Tendensen till svårare problembild inleddes dock något tidigare och har därefter fortsatt. De senare årens klienter har t.o.m. haft sämre skolunderbyggnad. En större andel har debuterat i sitt missbruk under tonåren. Fler har missbrukat narkotika och tabletter och oftare kombinerat olika typer av missbruk. Missbruket har pågått under längre tid i klientens liv. Färre har bildat familj och fler har förlorat såväl familj som arbete och bostad och har dömts för brott.

På många institutioner har man enligt vår erfarenhet hävdat att problembilden har förstärkts jämfört med tidigare år. Vad vi känner till är detta den första studie som tydligt demonstrerar denna utveckling.

### Orsaker till förändringen

Fram till och med 1988 utgjorde de tvångsomhändertagna endast en mycket liten del av klienterna (14 procent). Därefter ökade deras andel kraftigt.[7] Den nya LVM-lagen

[7] Ökningen skedde i hela landet (Olsson 1997).

hade, jämfört med den tidigare, mer markerade ambitioner att omfatta relativt unga narkomaner med en destruktiv och därmed riskabel livsföring. Det var därför rimligt att anta att dess införande skulle medföra en förändring av klientprofilen i den riktning som skedde. Men om detta var hela förklaringen så skulle år 1989 markera brottet i utvecklingen. Genomgången visar dock att denna tendens inleddes på Rällsögården redan ett år tidigare, t.ex. vad gäller andelen narkomaner och blandmissbrukare[8] och andelen med social instabilitet, exempelvis boende och arbete. Tendensen att allt fler är ensamstående har fortgått hela den studerade perioden.

En möjlig förklaring skulle kunna vara de förändrade frågerutinerna som infördes på Rällsögården just 1988. I så fall är förändringen en chimär, en fråga om att man först då sett en verklighet som funnits redan tidigare, ungefär som den noggrannare differentiering av drogtyper. Men det kan inte vara hela sanningen eftersom utvecklingen vad gäller förändrad problembild fortsatte under flera år efter det att dessa nya rutiner införts. Andelen narkomaner fortsatte öka hela perioden, liksom andelen med låg debutålder. Dessutom omfattade förändringen även sådana områden som man regelmässigt frågat om redan tidigare, t.ex. samboende, bostad, arbete.

Ytterligare en möjlig hypotes är att HIV-smittans uppträdande på den svenska drogscenen kan ligga bakom förändringen. Anna Fugelstad har visat att en våg av förstärkta behandlingsambitioner vad gäller narkomaner uppträdde inom socialtjänsten i Stockholm i HIV-smittans spår redan 1987[9], men det var ett år före den större förändringen på Rällsögården. Dessutom uppträdde HIV främst bland heroinister medan Rällsögårdens narkomaner främst missbrukade amfetamin och hasch. Ändå skulle det kunna vara fråga om en senare "svallvåg", där förändringen i Stockholm inledde en process som kom att omfatta Rällsögårdens upptagningsområde (mellansvenska regionen) ett år senare. De ökade ambitionerna för denna grupp kan också ha sammanfallit med en "tjuvstart", sedan det gjorts klart vilka ambitioner den nya LVM-lagen signalerade.

### Rällsögårdens policy mot bakgrund av klientprofilen

Rällsögården skulle under de studerade åren vara en resurs för Örebro län och den mellansvenska regionen.[10] Det målet uppfylldes.

I och med att Rällsögården överhuvudtaget började ta emot kvinnor så sent som 1982 var det inte konstigt att andelen kvinnor var få i början av perioden. Men trots ambitiösa satsningar, först på kvinnogrupp och därefter inrättandet av en särskild kvinnoavdelning med enbart kvinnlig personal, så steg andelen kvinnor inte i pro-

[8] Ökningen av andelen narkomaner och blandmissbrukare på institutioner har fortgått under hela 1980-talet och därefter. Där finns inte det markerade brottet 1988. Se Olsson (1997).

[9] Fugelstad (1997). Samt personlig kommunikation.

[10] Vilket var Södermanlands läns vårdförbund, Östergötlands kommunförbund, Vårdförbundet i Värmlands län, Västmanlands län, Dalarnas län samt Uppsala kommun och under viss tid även Göteborgs kommun.

portion till insatserna. Personalen som arbetade med kvinnorna uppgav att de upplevde en jobbig tid 1990 när det kom in unga kvinnliga narkomaner och man blev tvungen att dela upp kvinnohuset i två avdelningar en för de med alkoholproblem och en del för narkomanerna.[11] Från och med 1997 skall Rällsögården inte längre ha inriktning på kvinnliga missbrukare.

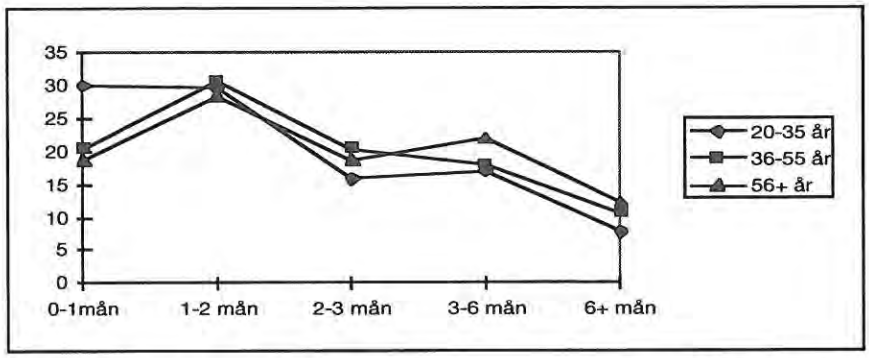
Andelen medelålders ökade. Andelen ålderspensionärer (65+ år) låg relativt konstant på sex procent. Trots att Rällsögården 1990 införde en övre åldersgräns på 60 år fortsatte de att ta in äldre klienter. Dessa svarade för nio procent av inskrivningarna 1990–1992. Det har inte framgått vilket resonemang som låg bakom beslutet om en övre åldersgräns, men den behandlingsmodell som tillämpats var på flera sätt mer anpassad till yngre klienter. Betoningen på arbete var tveksam när det gäller pensionärer, och behandlingsideologin hade hämtats från ungdomsvården (Hassela).

De unga männen som tagits in, och som alltså skiljer sig i flera avseenden från övriga klienter, placerades på egen avdelning, Sörgården. Där fick de ett behandlingsprogram som skulle anpassas till deras behov. Den förändrade inriktningen när det gäller arbetsverksamheten på Rällsögården, från strävan till normalitet till en mer grundläggande uthållighetsträning och social habilitering, framstår i ljuset av detta som högst rimlig. Den svåra problembilden understryker vikten av anpassad behandlingsplan, också vad gäller bearbetning av drogberoendet, och vad gäller utslussning och eftervård.

Rällsögårdens rutiner vad gäller förutsättningar för individuell behandlingsplanering har förändrats med den förändrade problembilden i riktning mot allt utförligare bedömningssamtal och diagnostik. I ett första skede byggdes bedömningssamtalen ut vad gäller den sociala situationen. I ett andra skede började man ta reda på mer om vilka droger som missbrukas. Dock fanns inte några strukturerade instrument som bedömde beroendets svårighet. I det skede som studerades fanns inte heller någon systematisk psykiatrisk bedömning. Förutsättningar för denna information har dock kompletterats under senare år, dvs efter den studerade perioden.

Efter den här studerade perioden har Rällsögården börjat utveckla ett program för kriminellt belastade missbrukare, där den dubbla identiteten av kriminell och missbrukare ska hanteras samtidigt. Med tanke på att indikationerna på äventyrliga eller antisociala personlighetsdrag ökade många år tidigare (tidig debutålder, kriminalvårdserfarenhet m.m.) så är detta en naturlig utveckling. Här kan säkert Rällsögårdens speciella resurser som t.ex. bevarad arbetsdrift, vara till nytta.

[11] Intervju med Ingrid Hedström.




**Figur 20:** *Vårdtidens längd fördelat på åldersgrupperna, 20–35 år, 36–55 år och 56 år och äldre (n=1329).*

vårdtid på två månader. När det gällde de äldre klienterna uttalades att dessa behövde en vårdtid på minst tre månader. I praktiken visade det sig dock att vårdtiderna inte styrdes av dessa tankegångar.

Som framgår av diagrammet i Figur 20 så verkar det inte vara någon större differentiering i vårdtidens längd mellan åldersgrupperna bortsett från att något större andel av de yngsta "vänt i dörren", dvs skrivit ut sig snart efter inskrivning. Den genomsnittliga vårdtiden för alla var tre månader. De LVM-intagna, vars behandlingstid huvudsakligen styrdes av den av lagen stipulerade tiden, hade som väntat längre behandlingstid. Den var i snitt fyra månader jämfört med de frivilligas två och en halv. Kvinnogruppen, med sin högre andel LVM-placeringar, tenderade att ha längre behandlingstid än de övriga avdelningarna.

### Klienterna stannar längre vid återintagningar

Vi har tidigare konstaterat att 44 procent av klienterna hade behandlats tidigare på Rällsögården och alltså återkom i behandling. Vid genomgång av inskrivningar där klienten återkommit i behandling visade det sig att 44 procent stannade mer än två månader vid första inskrivningstillfället och att detta ökade något så att 48 respektive

| | Genomsnittlig behandlingstid (dagar) | Spridning (sd) |
|---|---|---|
| *Alla (N=520)* | 89 | 74,73 |
| *Program* | | |
| Kvinnogruppen (K) (n=52) | 103á | 61,0 |
| Sörgården (S) (n=131) | 88 | 60,3 |
| Norr- och Mellang. (N) (n=336) | 88 | 81,5 |
| *Lagrum* | | |
| SoL (n=358) | 75 | 78,2 |
| LVM (n=162) | 121*** | 54,4 |

á p<0,1 *** p<0,001

**Tabell 13:** *Genomsnittlig behandlingstid för olika enheter respektive för respektive lagrum.*

56 procent stannade längre än två månader den 2:a respektive 3:e gången. Femton procent av alla tvångsintagningar har senare resulterat i att klienten återkommit frivilligt till Rällsögården.

## 6.3 Vårdhändelser för de tvångsomhändertagna

### Överflyttningar och tid på låst avdelning

Föreståndaren vid ett LVM-hem har möjlighet att flytta klienten till ett annat LVM-hem om det anses lämpligt ur vårdsynpunkt.[3] En sådan vårdsynpunkt kan t.ex. vara att klienten är benägen att avvika eller att klienten återfallit i missbruk under behandlingen och att annan institution bedöms ha bättre möjlighet att möta klientens behov.

Av 162 LVM-intagningar 1988–1992 hade 53 klienter (33 procent) kommit som överflyttningar till Rällsögården från något annat LVM-hem medan Rällsögården själva överflyttat 34 (23 procent) till annat LVM-hem. Totalt var det 53 procent av de LVM-intagna som blivit föremål för någon överflyttning. Överflyttningarna från Rällsögården skedde i första hand till Runnagården (50 procent av överflyttningar från Rällsö) och i andra hand till Älvgården (21 procent) och resterande överflyttningar fördelade sig på flera olika andra LVM-hem. Överflyttningarna till Runnagården och Älvgården berodde på att dessa institutioner hade tillgång till låsta avdelningar (23 § LVM), till exempel för avvikningsbenägna klienter. I några andra fall kunde det vara fråga om förflyttning till institution nära hemkommunen. Först 1993 togs Rällsögårdens låsta avdelning Nygården i bruk, vilket minskade behovet av förflyttningar. Tid som noterats har ägt rum på låst avdelning under behandlingstiden skedde alltså under de studerade åren på någon annan institution. Något mindre än hälften, 75 LVM-placerade klienter (46 procent) hade ingen tid på låst avdelning. De 87 klienter (54 procent) som vistats på låst avdelning hade gjort det i genomsnitt 11 dagar (sd 20,67). Av de överflyttade klienterna hade 80 procent avvikit en eller flera gånger vilket indikerar att avvikning kan ha varit huvudorsaken till överflyttning (n=150). Hälften (53 procent) av de överflyttade var unga (20–35 år), 41 procent var medelålders (36–55 år) och sex procent var äldre ($p<0,001$). Det var inte någon skillnad i överflyttningar mellan män och kvinnor eller mellan de tre behandlingsgrupperna.

### Avvikningar

Under åren 1983–1992 avvek 43 procent av de 279 LVM-inskrivningarna någon gång under behandlingstiden. Förändring i antalet LVM-ärenden där avvikning förekom framgår av Figur 21.

Minsta antalet LVM-fall där avvikning förekommit (tre inskrivningstillfällen) inträffade 1986 och maximala antalet (27 inskrivningstillfällen) inträffade 1990. Under åren 1983–1988, då LVM stadgade två månaders omhändertagande, avvek i

[3] SFS (1988), 25 §.

s.k. öppenvårdsplaceringarna helt. Endast 14 av 74 placeringar (19 procent) avsåg frivilliga behandlingshem och för endast 11 av 162 klienter (7 procent) arrangerades en sådan placering. Huvuddelen, 46 av alla 74 placeringarna (62 procent) misslyckades dessutom i den meningen att de ledde till beslut om återförande[4], vanligen på grund av missbruk. Detta behöver i och för sig inte ses som något fullständigt misslyckande. Genom återförandet får klienten möjlighet att bearbeta återfallet och i bästa fall lära sig av det. Tre av de sex klienterna som fick en ny chans lyckades denna gång fullfölja § 27-placeringen enligt plan, dvs den avbröts ej med återförande.

Av de 67 klienterna hade 28 så småningom en lyckad § 27-placering. Deras genomsnittliga sammanlagda tider på § 27-placering uppgick till 58 dagar (sd=34, min–max: 3–128). Det förelåg ingen skillnad mellan de tre behandlingsgrupperna vad gäller § 27-placering.

## Planerad utskrivning

Planerad utskrivning innebär att klienten ej har skrivit ut sig själv och ej har blivit utskriven eller överflyttad på disciplinära grunder. För sex av de 53 klienter som tagits in jämlikt 13 § LVM,[5] dvs omedelbart omhändertagna, har länsrätten ej fastställt omhändertagandet. Tre av de sex har ändå valt att stanna kvar frivilligt, varav två fullföljde sin behandling som planerat. De tre som valde att åka direkt hem har registrerats för icke fullföljd behandling (oplanerad utskrivning).

Tidigt debuterande yngre tvångsomhändertagna klienter med bristande social för-

| | Klienter med planerad utskrivning | Klienter med oplanerad utskrivning |
|---|---|---|
| Andel kvinnor (n=521) | 15 | 12 |
| Genomsnittsålder (sd) (n=521) | 48 (10,4) | 43 (9,8)*** |
| Andel med högst grundskola (n=320) | 75 | 81 |
| Andel ensamstående (n=516) | 94 | 91 |
| Andel bostadslösa (n=514) | 16 | 34*** |
| Andel arbetslösa (n=493) | 72 | 82** |
| Andel blandmissbrukare (n=520) | 28 | 35 |
| Genomsnittlig debutålder (sd) (n=482) | 30 (11,6) | 27 (10,5)** |
| Genomsnittlig duration (sd) (n=481) | 18 (8,4) | 17 (6,8)* |
| Andel dömda till fängelse/skyddstillsyn (n=133) [a]) | 60 | 66 |
| Andel LVM-intagna (n=521) | 41 | 20*** |
| Program | | |
| Norr- o Mellangården (n=337) | 66 | 64 |
| Sörgården (n=131) | 23 | 28 |
| Kvinnogruppen (n=52) | 12 | 18 |
| Andel som sökt hjälp tidigare (n=215) | 95 | 95 |
| Andel med planerad senaste utskrivning (n=233) | 57 | 25*** |
| Andel som övergått från LVM till SoL (n=160) | 15 | 18 |
| Andel med misslyckad § 27 placering (n=160) | 26 | 28 |
| Behandlingstid (sd) (n=520) | 122,8 (84,2) | 61,7 (54,3)*** |

a) Variabeln "Dömd till fängelse" innehåller endast uppgifter från åren 1991–92.
* p<0.05 ** p<0.01 *** p<0,001.

**Tabell 15:** *Bakgrunds och behandlingsfaktorer för klienter med planerad respektive oplanerad utskrivning under åren 1988–1992.*

[4] Återförande innebär att § 27-placeringen avbryts och vanligen att klienten förs tillbaka, t.ex. med polis.
[5] Eller för klienter inskrivna före 1989, 8 § i dåvarande LVM.

ankring (bostad, arbete), som även tidigare avbrutit, avbröt oftare den aktuella behandlingen. Tabellen visar också att de med oplanerad utskrivning i genomsnitt har precis hälften så lång behandlingstid som de med planerad utskrivning

## 6.4 Fullgjort behandlingen?

Planerad utskrivning kan sägas vara en indikation på att klienten "fullgjort behandlingen". Det är en annan sak huruvida han har tillgodogjort sig den så att han bättre lyckas hålla sig nykter i framtiden. Detta återkommer vi dock till i kommande kapitel. För LVM-klienterna kan det dock finnas ytterligare indikationer på att målet med intagningen har uppnåtts.

En grundtanke med LVM är att klienten skall motiveras till behandling i frivilliga former. Den 3:e paragrafen i LVM lyder:

*"Tvångsvården skall syfta till att motivera missbrukaren så att han kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk."*[6]

Detta kan ske på flera sätt.

1. Klienterna kan motiveras till att stanna kvar frivilligt efter det att LVM-placeringen upphört. Totalt gällde detta 20 inskrivningar under åren 1988–1992 . Dock kan man invända att denna frivilliga behandlingstid måste ha en minimilängd. Vi har stannat vid 14 dagar, vilket uppfylldes av 16 klienter. Man kan diskutera värdet av en så kortvarig frivillig behandling, med tanke på att dessa institutioner traditionellt arbetar med långa behandlingstider. Här handlar det dock om LVM-institutionens insats att lyckas motivera till frivillig vård. Vi har därför stannat för 14 dagar här för att markera att det föreligger en viljeinriktning hos klienten att övergå i frivillig vård – inte bara få en förflyttning.
2. Klienten kan få en § 27-placering som "lyckas" i den meningen att den inte leder till återförande. Totalt gällde detta 28 klienter. Det innebär alltså både behandling på frivillig institution och öppen vård med boende i egna hemmet. Vi har inte kunnat sätta upp några krav på ev. öppen vårds inriktning, omfattning och kvalitet. Det innebär att öppen vård i en del fall kan ha inskränkt sig till kontakt med socialtjänsten.
3. Slutligen kan LVM-klienterna, liksom de frivilligt intagna, genomgå sin behandling helt på Rällsögården och avsluta den med en planerad utskrivning. Om detta sker som en aktiv medverkan på öppen avdelning och med en enligt personalen rimlig behandlingstid, så klassificerar de utskrivningen som planerad, och behandlingen betraktas som fullföljd. Om behandlingen istället fortsätter störas av att klienten missbrukar, rymmer eller vägrar delta, så betraktas hans behandling som icke fullföljd och utskrivningen som ej planerad. Totalt uppfyllde 111 klienter kriteriet för fullföljd vård.

[6] LVM tillämpning av lagen, Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:3 sid 85, samt SFS 1988: 870, 3 §..

| n=27<br>Drogmissbruk vid uppföljning | Drogmissbruk vid inskrivning av alla som någonsin missbrukat droger<br>Inget drogbruk | Enligt läkares ordination. | Missbruk av mediciner mer än enstaka tillfällen | Illegal narkotika mer än enstaka tillfällen | Dagligt drog-missbruk |
|---|---|---|---|---|---|
| Inget drogbruk | 3 (100%) | 1 (20%) | 1 (20%) | 3 (60%) | 6 (67 %) |
| Enligt läkares ordination | | 4 (80%) | 1 (20%) | | 1 (11%) |
| Missbruk av mediciner mer än enstaka tillfälle | | | 3 (60%) | | |
| Missbruk av illegal narkotika mer än enstaka | | | | 2 (40%) | |
| Dagligt drogmissbruk | | | | | 2 (22%) |

**Tabell 22:** *Förändring i mönster av drogbruk bland dem som missbrukat droger. Kolumnprocent inom parentes.*

läkare ordination, upphörde en helt med detta. Av de fem som av och till missbrukade mediciner, övergick en till att följa ordination och en blev drogfri. Av fem som av och till missbrukade illegal narkotika blev tre drogfria och av nio med dagligt drogmissbruk blev sex helt drogfria och en övergick till att följa läkares ordination. Sammanfattningsvis förbättrades 12 av de 19 (63%) som missbrukade droger aktivt vid inskrivningen. Även här finner vi mönstret att de som hade svårast missbruk före behandlingen, i högre utsträckning övergick till drogfrihet.

Förändring avseende frekvens och kvantitet, dvs hur ofta och hur stor mängd klienten drogade jämfört med tidigare, framgår av Tabell 23. Där visas också den kombinerade förändringen (frekvens plus kvantitet) där mest kritiska alternativ av tillgängliga data på frekvens och kvantitet har valts.

Som framgår av tabellen har 74 procent av drogmissbrukarna i svarsgruppen drogat såväl mer sällan som i mindre mängd eller inte alls.

Behandlingsresultatet vad gäller drogande har i Tabell 24 fördelats på lagrum och behandlingsgrupp. På grund av för litet antal observationer har resultaten ej kunnat signifikanstestas. Det är dock ett noterbart observandum att andelen ej förbättrade var lika när det gäller lagrum, men att total drogfrihet uppnåddes mer bland de frivilliga.

| | Frekvens<br>n=27 | Kvantitet<br>n=27 | Frekvens + kvantitet<br>n=27 |
|---|---|---|---|
| Mer/ oftare | 0 | 0 | 0 |
| Som förr | 26 | 26 | 26 |
| Mindre/ mer sällan | 15 | 15 | 19 |
| Mycket mindre/ mycket mer sällan | 11 | 15 | 11 |
| Ej drogat | 48 | 44 | 44 |

**Tabell 23:** *Procentuell förändring i drogande (frekvens och kvantitet) för drogmissbrukarna i svarsgruppen.*

| | Drogfri | Förbättrad | Ej förbättrad |
|---|---|---|---|
| *Totalt* (n=27) | 44 | 30 | 26 |
| *Lagrum* | | | |
| SoL (n=16) | 50 | 25 | 25 |
| LVM (n=11) | 36 | 36 | 27 |
| *Behandlingsgrupp* | | | |
| Norr- o Mellangården (n=10) | 60 | 10 | 30 |
| Sörgården (n=9) | 44 | 33 | 22 |
| Kvinnogruppen (n= 8) | 25 | 50 | 25 |

**Tabell 24:** *Samlad bedömning av behandlingsutfall för drogmissbrukarna i svarsgruppen vad gäller drogande. Procentuell fördelning på lagrum och behandlingsgrupp.*

## Alkohol och drogbruk i svarsgruppen

En bedömning av förändring när det gäller alla former av alkohol- och drogmissbruk har gjorts genom att korstabulera alkohol med drogbruk efter behandling. Resultatet framgår av Tabell 25. En samlad bedömning kan göras genom att använda mest restriktiva kategorisering. Enligt en sådan har sju klienter (10 procent) varit såväl nyktra som drogfria, 24 klienter (32 procent) var förbättrade i båda avseendena och 43 klienter (58 procent) var ej förbättrade avseende kombinationen alkohol och/eller drogbruk. Det framgår av tabellen att det främst är alkoholproblemet, snarare än drogerna, som dominerat bland dem som ej lyckats. Flertalet (två av tre) bland dem som med denna stränga tolkning klassificerats som "ej förbättrade" och som haft både alkohol och drogproblem, har ju faktiskt minskat åtminstone drogbruket.

För att få en uppfattning om hur de tre kategorierna i detta sammanfattande utfallsmått ser ut – alltså vad innebörden i "förbättrad" respektive "ej förbättrad" är – har vi valt att jämföra dessa kategorier med avseende på antalet återfall i alkoholmissbruk per år. Detta görs eftersom "förbättring" mäts i relation till klientens utgångsläge, som kan skifta väsentligt. Det kan vara viktigt att veta om det också finns skillnader i utfall i en absolut mening för att veta hur relevant detta mått är. I hela svarsgruppen uppgick antalet återfall till i genomsnitt 5,3 per år (sd=5; min=0, max=17). För samtliga förbättrade (inklusive helt nyktra) uppgick de till 2,6 (sd=4,4) och för de icke förbättrade uppgick de till 7,4 (sd=4,5). Skillnaden dem emellan (4,7) är statistiskt säkerställd (t-test 3,82; p<0,001). Om man istället exkluderar de helnyktra, så

| n= 74 | Nykter | Förbättrad avseende drickande | Ej förbättrad avseende drickande |
|---|---|---|---|
| Ej aktuellt med droger | 3 | 5 | 16 |
| Drogfri | 4 | 13 | 16 |
| Förbättrad avseende droger | 1 | 5 | 2 |
| Ej förbättrad avseende droger | 0 | 0 | 9 |

**Tabell 25:** *Kombinationer av förändring i alkohol- respektive drogbruk för svarsgruppen. Absoluta tal. Fälten markerar hur den samlade restriktiva kategoriseringen gjorts.*

| | Nykter och drogfri | Förbättrad både vad gäller alkohol och droger | Ej förbättrad vad gäller alkohol eller droger | Signifikans |
|---|---|---|---|---|
| *Totalt* (n=74) | 10 | 32 | 58 | |
| *Lagrum* | | | | |
| SoL (n=46) | 13 | 30 | 57 | Ej signifikant |
| LVM (n=28) | 4 | 36 | 61 | |
| *Drogtyp* | | | | 2x2-tabell[a)] |
| Alkohol (n=47) | 11 | 21 | 68 | p<0.05 |
| Droger + (n=27) | 7 | 52 | 41 | |
| *Behandlingsgrupp* | | | | |
| Norr- o Mellangården (n=47) | 9 | 28 | 64 | Ej signifikant |
| Sörgården (n=14) | 14 | 36 | 50 | |
| Kvinnogruppen (n=13) | 8 | 46 | 46 | |

[a)] Alla förbättrade vs. ej förbättrade.

**Tabell 26:** *Procentuell fördelning av behandlingsutfall för svarsgruppen vad gäller restriktiv kategorisering av alkohol- och drogbruk i relation till lagrum, drogtyp och behandlingsgrupp.*

uppgår de förbättrades återfall till 3,5 (sd=5). Skillnaden mot de icke förbättrade (3,8) är även i detta fall statistiskt säkerställd (t-test 2,53; p<0,02). Vi kan alltså konstatera att grupperna inte bara skiljer sig från varandra i sin relativa förbättring, utan också i hur deras missbruk sett ut i absolut mening under hela perioden sedan behandlingen.

Inga signifikanta skillnader noterades för lagrum och behandlingsgrupp (Tabell 26). Däremot hade narkomanerna förbättrats i högre utsträckning än alkoholisterna (59 respektive 32 procent).

## Skattning av utfall för hela den behandlade klientgruppen

Detta avsnitt syftar till att undersöka utfallet för *hela* den behandlade gruppen. Hittills har vi endast berört dem för vilka det föreligger enkätsvar, dvs den s.k. "svarsgruppen". Nu ska vi väga in vad vi vet om dem som inte omfattades av enkätutskick men för vilka vi ändå har något utfall. Tillsammans med svarsgruppen utgör dessa "utfallsgruppen".

Både de som dött under uppföljningstiden och de som behövt ny behandling kan enligt vår mening sägas vara icke förbättrade. Detta är inte helt okontroversiellt åtminstone vad beträffar de döda.[1] Tidigare studie av död under uppföljningsperioden efter vård på Runnagården visade dock att död i dessa fall i huvudsak var relaterat till alkoholförgiftningar, självmord eller våld.[2] Av de 17 Rällsögårdsklienter som var döda vid uppföljning har vi dödsorsak för 15. Åtta av dessa (53 procent) hade en

[1] Laundergan (1982). Där skattas endast 50 procent av döda som icke förbättrade.
[2] Gerdner m.fl. (1998).

död som var direkt relaterad till akut missbruk (diagnoserna alkoholförgiftning, tablettförgiftning, skrumplever respektive alkoholism). En dog till följd av misshandel. I sex fall inträdde döden p.g.a. annan somatisk sjukdom eller skada. Flera av dessa dödsfall kan i ett tidigare skede vara relaterade till missbruk men behöver ej tyda på att missbruk förekommit efter utskrivningen. Detta gäller t.ex. diagnoserna blödning i matstrupen och tarmen, lunginflammation och hjärtsjukdom. Vi har dock försiktigtvis klassat även dessa som ej förbättrade.

Vi ska också försöka ta hänsyn till dem som vi vet ännu mindre om, dvs de som fått enkäter men varken svarat själva eller haft en socialsekreterare som svarat. På detta sätt ska vi så gott vi kan försöka uppskatta behandlingsutfallet för hela den behandlade gruppen. Vi har då utgått från att större delen av *dem som ej kunnat lokaliseras* kan antas ha socialt instabila förhållanden. De har ju inte ens kunnat lokaliseras genom skatteverkets befolkningsregister. I några fall kan det vara sådana som lever av brott eller prostitution på okänd ort. En högre andel av dem som ej lokaliserats var narkomaner (67 procent) och saknade bostad (50 procent) redan vid inskrivningen. Man kan naturligtvis inte utesluta att någon valt att "gå under jorden" av annat skäl och håller sig nykter. Men sannolikheten talar för ett negativt utfall i dessa fall.

Däremot finns det större chans att det går bra för *dem som lokaliserats men inte svarat själva och där socialtjänsten inte heller svarat*. Några kanske släppt kontakten med socialtjänsten just för att det går bra, men vill ändå inte svara själva av olika anledningar. Några andra kanske missbrukar utan att socialtjänsten känner till det. I dessa fall är vi hänvisade till att anta att deras utfall fördelar sig ungefär som för svarsgruppen. Det är inte ett helt riskfritt antagande, men det har stöd i en tidigare studie där samma teknik använts.[3] Hade skattningen enbart baserat sig på klientenkäter så hade detta varit orimligt, eftersom klienterna svarar oftare när det går bra. Vår skattning baserar sig dock också på socialsekreterarna, som normalt har mer kännedom om och i högre utsträckning svarar för dem som det går dåligt för. Tillsammans fångar dessa enkäter alltså upp utvecklingen på ett sätt som kan antas vara

| | Förbättrade | Ej förbättrade |
|---|---|---|
| *Utfall känt* | | |
| Döda | 0 | 17 |
| Åter i behandling | 0 | 21 |
| Enkätsvar | 31 | 43 |
| *Utfall skattat* | | |
| Ej lokaliserade | 0 | 6 |
| Ej svar | 6,3 | 8,7 |
| *Summa* | 37,3 | 95,7 |
| *Andel, %* | 28,6 | 71,4 |

**Tabell 27**: *Hela klientgruppen (antal) fördelade på utfall (n=133).*

[3] Gerdner et al (1997).

mer representativt för alla lokaliserade. När det gäller hänsynstagande till de tre olika programmens skilda svarsandel kan vi konstatera att Sörgården å ena sidan hade något större bortfall, men å andra sidan något bättre resultat bland dem som svarat. Skattas utfallet för bortfallet i varje grupp för sig så har 7,6 av 15 förbättrats. Skattas utfallet för hela bortfallet så har istället 6,3 av 15 förbättrats. Vi har valt den försiktigaste skattningen. De två som ej samtyckt att delta i studien måste vi helt enkelt lämna åt sidan. Det enda fall i svarsgruppen för vilken vi på grund av internt bortfall ej kunde skatta utfallet har här räknats till gruppen "ej svar". Utfallsgruppens resultat framgår av Tabell 27.

Sammanlagt kan således 37 klienter (29 procent) skattas såsom förbättrade i *alla* missbruksavseenden, medan 96 klienter (71 procent) skattas som ej förbättrade vad gäller alkohol och/eller droger. Detta bör tolkas som en realistisk men försiktig skattning. Den är försiktig i följande avseenden:

1. Mest kritiska uppgift har använts av tillgängliga enkätsvar av frekvens respektive kvantitet; enligt klient respektive socialsekreterare samt avseende alkohol respektive drog, dvs av $2^3 = 8$ olika teoretiska alternativ.
2. Utfallet död har tillförts de icke förbättrade.
3. Samtliga icke lokaliserade har antagits vara ej förbättrade.
4. Försiktig skattning har tillämpats för bortfallsgruppen.

Ändå anser vi oss ha redovisat goda skäl till samtliga dessa antaganden. Skattningen är därför enligt vår mening realistisk. Vi bör också komma ihåg att *en förbättring i storleksordningen 29 procent ännu 2 år efter behandlingen är ett mycket gott resultat för en så svårt utslagen klientgrupp.* Internationella studier av socialt utslagna alkoholister brukar visa 5–10 procent förbättring[4] och medianvärdet för andel förbättrade 6-24 månader efter utskrivning från LVM-vård (14 studier) ligger på 25 procent.[5] Särskilt för behandlare som arbetar med denna grupp är det viktigt både att ha en grundläggande optimistisk syn på varje klients möjlighet att utvecklas i rätt riktning, men samtidigt ha realistiska mål för att undvika att senare hamna i uppgivenhet.[6]

## 7.2 Deltagande i självhjälpsgrupper och/eller frivilliga stödgrupper i svarsgruppen

Det har i flera studier visats att deltagande i självhjälpsgrupp efter behandlingen minskar risken för återfall.[7,8,9] Detta har framförallt gällt behandlingsinstitutioner som använt sig av s.k. 12-stegsprogram, vilket Rällsögården inte gjort. Med själv-

[4] Se exempelvis Gallant m.fl. (1968), där 8 procent av svårt socialt utslagna alkoholister förbättrades.
[5] Gerdner (1998).
[6] Lindström (1993).
[7] Gerdner, Bodin, Söderfeldt, Berglund (1996).
[8] Emrick (1987).
[9] Walsch m.fl. (1991).

| (n=68) | Antal | Andel % |
|---|---|---|
| AA | 6 | 8,8 |
| Länkarna | 3 | 4,4 |
| RiA[10] | 5 | 7,4 |
| LP-stiftelsen[11] | 3 | 4,4 |
| Verdandi | 1 | 1,4 |
| Annan stödgrupp | 9 | 13,2 |
| *Deltagande i någon grupp överhuvudtaget* | *24* | *35,3* |

**Tabell 28:** *Deltagande i självhjälpsgrupper och/eller frivilliga stödgrupper efter behandlingen.*

hjälpsgrupp avses grupper i vilka alkohol- respektive drogmissbrukare själva samlas för att stödja varandra i nykterhet/drogfrihet. Hit räknas Anonyma Alkoholister (AA), Anonyma Narkomaner (NA) samt Länkarna. Utöver dessa finns också stödgrupper där även andra än missbrukare kan delta. Vi har utgått från klienternas egna enkätsvar och då dessa saknats kompletterat med information från socialtjänsten. Observera att deltagande i tre fall skett i flera grupper samtidigt (Tabell 28).

Av de 68 för vilka svar förelåg deltog alltså 24 (35 procent) i någon stödgrupp. De vanligaste grupperna var AA och RiA. Relativt många gick i "annan stödgrupp". Sex av dessa var kommunalt organiserade stödgrupper, två uppgav församlingsverksamhet och en uppgav psykteams-verksamhet. Tillsammans har stödgrupper med kyrklig anknytning (RiA, LP och församlingsverksamhet) samlat 10 klienter medan uttryckliga självhjälpsgrupper (AA och Länkarna) har samlat nio.

Beträffande intensiteten i deltagandet jämfört med tidigare fanns det endast svar för 14 deltagare. Detta berodde på att denna fråga endast fanns i klientenkäten. Sex hade ej deltagit tidigare. Tre hade deltagit förr men var nu mer aktiva. Tre hade samma intensitet som förut och två var mindre aktiva. Nio klienter besvarade frågan hur ofta de deltog. Fem av dessa deltog en gång/vecka, en deltog mer än så och tre deltog 2–3 gånger per månad. Det finns ingen klar skillnad mellan intensitetsnivån beroende på vilken slags grupp man valt att tillhöra.

Vi har vidare undersökt om det förelåg några skillnader i behandlingsutfall (drickande och drogande) för dem som deltog jämfört med övriga. När deltagande korstabulerats mot drogmissbruk förelåg ej någon skillnad. Det kan hänga samman med att deltagande i direkt drogrelaterade grupper ej förekom, t.ex. Anonyma Narkomaner (NA) och Riksförbundet för Hjälp åt Läkemedelsmissbrukare (RFHL). Däremot fanns klara skillnader i utfall vad gäller drickande och eftersom alkohol dominerade missbruksbilden så kan signifikanta skillnader noteras för missbruk över huvud taget. Bland deltagare hade 15 av 23 förbättrats medan 14 av 44 av dem som ej deltar hade förbättrats (65 respektive 32 procent, $p<0,01$). Deltagarna hade således ungefär dub-

[10] RIA uttyds Rådgivning i Alkoholfrågor och är kyrkornas ekumeniska stödgrupper.
[11] LP-stiftelsen eller Lewi Petrus-stiftelsen har anknytning till Pingströrelsen.

belt så hög andel förbättrade, även efter en behandlingsmodell som ej är direkt inriktad på att vägleda sina klienter in i självhjälps- eller stödgruppsverksamhet. Vi ska senare återkomma till frågan om dessa grupper var jämförbara i andra avseenden.

## 7.3 Social situation

### Arbetsmarknadssituation

Klienternas arbetsmarknadssituation före respektive efter behandlingen framgår av Tabell 29. Jämförelse på individnivå kunde göras för 54 klienter för vilka kompletta data fanns. Situationen var oförändrad för 36 personer. Fyra av nio som tidigare hade arbete hade nu slutat arbeta, varav två fått förtidspension och två var arbetslösa. Fyra som tidigare var arbetslösa hade nu arbete medan sex fått pension eller sjukbidrag. Fyra som tidigare varit utanför arbetskraften hade nu arbete. Nettovinsten i arbete uppgick därmed till fyra personer.

LVM-klienter stod oftare utanför arbetskraften även vid uppföljningen än frivilliga (73 vs. 55 procent) och hade mer sällan arbete (5 vs. 36 procent). Däremot fanns inga skillnader i arbetsmarknadssituation mellan alkoholister och narkomaner eller mellan deltagare i olika program.

| n=54 | Arbetsmarknadssituation vid inskrivning | | |
|---|---|---|---|
| Arbetsmarknadssituation vid uppföljning | Anställd eller företagare[a)] | Arbetslös | Ej i arbetskraften[b)] |
| Anställd el. företagare[a)] | 5 (55%) | 4 (25%) | 4 (14%) |
| Arbetslös | 2 (22%) | 6 (38%) | |
| Ej i arbetskraften[b)] | 2 (22%) | 6 (38%) | 25 (86%) |

[a] Inklusive skyddat arbete.
[b] Hemmafru, studerande samt pension eller sjukbidrag.

**Tabell 29:** *Förändring i arbetsmarknadssituation. Absoluta tal, samt kolumnprocent inom parentes.*

### Ekonomiskt bistånd

Drygt hälften av klienterna (54 procent, n=67) hade fått socialbidrag efter behandlingen. En fråga ställdes också om förändringar i biståndets storlek jämfört med före behandlingen. Den besvarades av något färre (n=52) enligt följande: Ökat fyra procent, oförändrat 41 procent, ej aktuell 37 procent (hade varken före eller efter). Biståndet hade minskat för fyra procent, minskat stort för sex procent och upphört för åtta procent.

Totalt hade nio klienter (18 procent) minskat eller helt upphört sitt socialbidragsberoende jämfört med tidigare. Av dessa har två pensionerats och en börjat studera efter behandlingen. Två var pensionärer redan före och klarar sig nu på sin pension. Fyra är arbetslösa och vi vet ej varför deras bidragsberoende minskat.

Vi fann inga skillnader i bidragsberoendets utveckling mellan frivilliga och

| n=67<br>Bostad vid uppföljning | Bostad vid inskrivning<br>Egen bostad | Annat boende | Saknade bostad |
|---|---|---|---|
| Egen bostad | 38 (83%) | 4 (44%) | 8 (67%) |
| Annat boende | 5 (11%) | 5 (56%) | 2 (17%) |
| Saknar bostad | 3 (7%) | | 2 (17%) |

**Tabell 30:** *Förändring i bostadssituation. Absoluta tal samt kolumnprocent inom parentes.*

tvångsomhändertagna eller mellan alkoholister och narkomaner. Däremot hade Norr- och Mellangårdens klienter berörts i mindre grad av förändringar beroende på att en stor andel där hade pension.

**Bostadssituation**

Enkäterna innehöll frågor om bostadssituation. Svar inkom angående 67 personer. Av dessa hade 75 procent egen bostad, 18 procent annan bostad, t.ex. inackorderingshem, social övergångsbostad, inneboende etc. och åtta procent var helt utan bostad. Vi hittade inga skillnader i bostadssituation mellan frivilliga och tvångsomhändertagna, mellan alkoholister och narkomaner eller mellan deltagarna i olika program.

När bostadssituationen jämfördes på individnivå (n=67) visade det sig att av 46 klienter som tidigare hade haft egen bostad hade åtta (17 procent) förlorat denna efter behandlingen. Av 21 klienter som saknade egen bostad före behandlingen hade tolv (57 procent) nu fått egen bostad. Nettovinsten är därmed fyra. Även flera som uppgav att de nu hade "egen bostad" hade fått denna genom socialförvaltningen.

## 7.4 Familjesituationen efter behandlingen

Enkäterna innehöll frågor om familjesituation dvs nuvarande familjesituation, förekomst av skilsmässa eller partners död efter behandlingstiden. Svar finns för 69 personer. Av dessa var 6 procent gifta/sambo vid tiden för uppföljningen, 44 procent skilda/separerade, 3 procent änkor/änklingar och 48 procent hade aldrig gift sig. Förändringarna på individnivå sedan före vårdtiden framgår av Tabell 31.

När familjesituationen jämfördes på individnivå (n=69) visade det sig först och främst att situationen var relativt oförändrad, bortsett från gruppen gift/sambo, i vil-

| n=69<br>Familj vid uppföljning | Familj vid inskrivning<br>Gift, sambo | Skild, separerad | Anka, änkling | Ogift |
|---|---|---|---|---|
| Gift, sambo | 1 (25%) | | | 3 (9%) |
| Skild, separerad | 3 (75%) | 30 (100%) | | 1 (3%) |
| Änka, änkling | | | 2 (100%) | 1 (3%) |
| Ogift | | | | 28 (85%) |

**Tabell 31:** *Förändring i familjesituation. Kolumnprocent inom parentes.*

ken tre av fåtaliga fyra nu skilt sig eller separerat. Å andra sidan hade tre som tidigare varit ogifta nu gift sig eller flyttat samman och ytterligare två klienter hade hunnit flytta samman men redan separerat respektive blivit änkling. Andelen som levde i parförhållande var alltså lika låg (6%) som vid inskrivningen.

Ytterligare en fråga berörde huruvida man levde tillsammans med barn eller inte. Endast sex av klienterna levde tillsammans med barn, varav tre var gifta/sambo och tre var skilda/separerade vid uppföljningen.

Det fanns inga signifikanta skillnader i familjesituation mellan frivilliga och tvångsomhändertagna, mellan alkoholister och narkomaner, eller för de olika behandlingsavdelningarna. Kvinnogruppens deltagare vara oftare ensamstående än männen, men skillnaden var ej signifikant på grund av det lilla antalet. Här ser vi resultat av den trend som diskuterades i kapitel 3. Tidigare var kvinnor oftare sambo än männen. Under de år som enkätstudien omfattar ändrades detta till motsatsen. Dock bildade tre kvinnor familj under uppföljningstiden – de tre tidigare ogifta som gifte sig var alla kvinnor.

## 7.5 Samhällssanktioner och ny vård efter behandlingen

### Samhällssanktioner

Frågor om olika samhällssanktioner drabbat klienten efter behandlingen ställdes i såväl klient- som socialsekreterarenkät (Tabell 32). Observera att fler än ett alternativ kan förekomma i det enskilda fallet.

Drygt hälften (54 procent) har drabbats av någon form av samhällssanktion. Det mest frekventa har varit polisomhändertagande på grund av fylleri enligt Lag om Omhändertagande av Berusad person (LOB). När det gäller körkortsindragning, skyddstillsyn och fängelse kan samhällssanktionen beslutats på grund av förhållanden och händelser som rådde före utskrivningen. Fyra av fem körkortsindragningar har gällt klienter som varit intagna enligt LVM, vilket i allmänhet leder till denna åtgärd med viss fördröjning. För sex av de nio som fått drabbats av en ny straffrättslig dom (skyddstillsyn/fängelse) fanns uppgift om eventuellt tidigare straff. Samtliga dessa hade tidigare fängelsedomar. Två av de fyra som drabbats av ny LVM-dom hade tidigare varit intagna enligt LVM under den här studerade behandlingstiden.

| n=65 | Antal | Andel % |
|---|---|---|
| LOB (Fylleri) | 28 | 43 |
| Körkortsindragning | 5 | 8 |
| LVM-dom | 4 | 6 |
| Skyddstillsyn | 4 | 6 |
| Fängelse | 5 | 8 |
| *Någon sanktion överhuvudtaget* | *35* | *54* |

**Tabell 32:** *Förekomst av olika samhällssanktioner efter behandlingen.*

Det fanns inga skillnader avseende samhällssanktion beroende på lagrum, drogtyp eller behandlingsgrupp.

**Ny vård**

Frågor om klienten vårdats på nytt under de två åren efter behandlingen ställdes till såväl klienter som till socialsekreterare. Svaren framgår av Tabell 33. Observera att fler än ett vårdtillfälle kan ha förekommit i det enskilda fallet.

Nära 80 procent hade vårdats på nytt i någon form. Femtio procent har vårdats i mer än en vårdform. Korta avgiftningar har varit vanligast, medan psykiatrisk vård varit mer sällan förekommande.

Det är anmärkningsvärt att LVM-klienterna behövt mindre vård än de frivilligt intagna klienterna efter vistelsen på Rällsögården. Det skulle möjligen kunna tolkas som ett gott betyg för LVM. De tvångsomhändertagna har framför allt utnyttjat avgiftningar mindre än de frivilliga, men istället utnyttjat öppenvårdsinsatser mer än dem, vilket skulle kunna tyda på att Rällsögården lyckats i föresatsen att motivera dem.

Samtliga narkomanerna har haft någon ytterligare insats, och de har tagit emot såväl sluten som öppenvård för såväl psykiatri som missbruk i högre utsträckning, vilket dock inte nödvändigtvis strider mot att de missbrukar mindre. Istället kan en av förklaringarna till att de lyckats bättre än alkoholisterna vara just de fortsatta insatserna. Det relativt lilla antalet svar medgav inte jämförelse mellan de tre programmen.

| | Andel totalt n=56 | Drogtyp Alk n=37 | Drogtyp Nark n=19 | Lagrum Friv. n=33 | Lagrum LVM n=23 |
|---|---|---|---|---|---|
| Avgiftning | 38 | 35 | 42 | 49 | 22 |
| Missbruksbehandling i öppen vård | 27 | 22 | 37 | 18 | 39 |
| Missbruksbehandling på behandlingshem | 21 | 16 | 32 | 24 | 22 |
| Psykiatrisk öppenvård | 5 | 0 | 16 | 6 | 4 |
| Psykiatrisk avdelning | 7 | 3 | 16 | 6 | 9 |
| Kroppssjukhus | 25 | 27 | 21 | 30 | 29 |
| *Någon vård överhuvudtaget* | *79* | *68* | *100*** | *88** | *65* |

* p<0,05 ** p<0,01.[12]

**Tabell 33:** *Förekomst av ny vård efter behandlingen, procentuell andel i respektive grupp som mottagit olika vårdinsatser.*

## 7.6 Sammanfattning och diskussion

Dåvarande huvudmannen, Örebro läns landsting, formulerade inte några egna mål när det gäller behandlingsresultat. Men i lagstiftningen, både LVM och SoL finns

[12] En cell av fyra (narkomaner utan vård) hade dock minsta förväntat värde 5, dvs 25% av cellerna.

mål uttryckta. I LVM finns mål i tre perspektiv. Ett första mål handlar om att omedelbart bryta en destruktiv utveckling. På kort sikt skall LVM motivera till fortsatt frivillig vård och på längre sikt syftar LVM till att uppnå frihet från missbruk och en förbättrad livsstil i övrigt.[13] I Socialtjänstlagen (11 §) finns regler för kommunens insatser för missbrukare. Där sägs att *"Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs"*.[14] De båda lagarna SoL och LVM har otvetydigt målsättningen att missbrukaren skall hjälpas att komma ifrån sitt missbruk. I olika stenciler har Rällsögårdens personal klargjort att inriktningen är helt i linje med målen som uttrycks i SoL och LVM. Som vi beskrivit i kapitel två skrev Rällsögården t.ex. *"...att vi som personal ska lära ut ett annat sätt att leva, utan droger."*

Andelen förbättrade kunde uppskattas till 29 procent. Gerdner (1998)[15] fann vid en genomgång av 14 olika studier av utfall inom LVM-vården efter sex månader upp till två år (olika studier) att procentandelen förbättrade varierade mellan sju och 40 procent i 14 representativa studier (median 25 procent). Andelen helt nyktra och drogfria varierade mellan noll och tretton procent. Rällsögården står sig väl vid denna jämförelse. Däremot är de mål som Rällsögården själva satte upp i sin verksamhetsplan för 1993–95 helt orealistiska, dvs 85 procent drogfria.

### Frivillighet och tvång

En fråga som vi ställde oss var om det förelåg några skillnader i utfallet mellan frivilligt intagna klienter och de som vårdades med stöd av LVM. Tvångsomhändertagna skilde sig *inte* från frivilligt intagna trots att de var mer belastade i socialt avseende. Att det i denna studie inte uppmättes några signifikanta skillnader mellan LVM-intagna och frivilligt intagna klienter avviker inte från resultaten i de tidigare LVM-studierna.[16] Det förefaller alltså inte som om tvångsomhändertagande negativt påverkar utfallet.

### Alkoholister respektive narkomaner

Ett intressant fynd är att narkomanerna förbättrades i högre utsträckning än alkoholisterna. Detta fynd skiljer sig från tidigare LVM-studier.[17] Man skulle kunna tänka sig att det hänger samman med att Rällsögården har strävat efter en behandlingsmo-

[13] Socialstyrelsen (1997).
[14] SFS (1980), § 11.
[15] Gerdner (1998).
[16] Gerdner (1998).
[17] Gerdner (1998).

dell som inspirerats av ett annat narkomanvårdsprogram. Mot denna förklaring talar dock att varken behandlingsgrupp eller andra behandlingsfaktorer kunde förklara utfall. Däremot kan narkomanernas högre utnyttjande av fortsatta vårdinsatser var en viktig faktor.

**Program**

Det rådde alltså inga skillnader i utfall mellan de tre behandlingsgrupperna på Rällsögården. Vi har tidigare noterat att kvinnoavdelningen hade en hög ambition vad gäller behandling av själva missbruket och att Sörgården ansågs som Rällsögårdens pionjäravdelning, men ingendera medförde skillnader i behandlingsresultat. Antingen har det gemensamma förhållningssättet på institutionen lett till de likartade resultaten, eller också har programmen kompenserat för skillnader i prognos. Det kan inte avgöras då materialet är för litet.

**Självhjälps- och stödgruppernas betydelse**

Ett annat intressant fynd var betydelsen av deltagande i självhjälps- eller stödgrupp efter avslutad behandling på Rällsögården. Bland dem som deltog i självhjälpsgrupper hade 65 procent förbättrats mot 32 procent av dem som ej deltog i sådan grupp. Liknande fynd har gjorts i en studie av resultat på Runnagården.[18] Runnagårdens behandlingsprogram är inriktat på att vägleda sina patienter till fortsatt deltagande i självhjälpsgrupper. Det är därför särskilt intressant att samma resultat uppnåtts vid Rällsögården som ej har motsvarande inriktning.

[18] Gerdner m.fl. (1996).

# 8. Faktorer som påverkar behandling och utfall

I den föregående genomgången har en mängd olika faktorer visat sig ha ett statistiskt samband med utfall. Det betyder dock inte att alla dessa faktorer har påverkat utfallet, dvs att sambandet är kausalt. För att kunna anta att en faktor styr utfallet behöver vi veta tre saker: 1. Om det finns ett samband. 2. Om det finns en temporal ordning som överensstämmer med kausalitet. Och 3. Om faktorn kan separeras från andra påverkande faktorer. Här är det framför allt den tredje frågan som är problematisk. Om många faktorer verkar ha samband med utfallet så vet vi inte om sambandet från en enskild faktor är skenbar. Den kan ju vara nära korrelerad med eller bero av en tredje faktor, som i själva verket är den som påverkat utfallet. Det klassiska sättet att klara detta problem är experimentet, där en grupp med den studerade faktorn jämförs med en kontrollgrupp och där alla andra faktorer kontrolleras genom att individerna slumpats in i respektive grupp.

Men många faktorer kan inte studeras på det sättet. Vi kan t.ex. inte slumpmässigt utdöma LVM eller fördela behandlingstiden. Det skulle varken vara lagligt eller etiskt. Många faktorer är historiska och kan inte ändras, t.ex. drogtyp, missbrukets varaktighet, olika sociala bakgrundsfaktorer. Modern statistisk metod erbjuder dock en utväg som åtminstone ger intressanta utgångspunkter för vidare studier. I s.k. regressionsanalyser kan man studera samband mellan den studerade utfallsvariabeln och flera olika eventuellt förklarande variabler samtidigt. Genom att de införs i en gemensam s.k. multivariat analysmodell kan varje faktors bidrag studeras, som om de övriga faktorerna i modellen var konstanthållna. Korrelationen får dock inte vara högre än att modellen klart kan skilja variablerna åt.[1] Inga korrelationer mellan ingående variabler visade sig vara högre än 0.55. Vi har valt att på detta sätt undersöka faktorer som har betydelse för fem olika slags utfall av behandlingen:

1. Fullföljande av behandling
2. Avvikningar (gäller endast tvångsomhändertagna)
3. Deltagande i självhjälpsgrupper och övriga stödgrupper efter behandlingen
4. Förändring i alkohol- och drogbruk
5. Besvärsfrihet vad gäller missbruk.

Det finns olika typer av regressionsmetoder. Då en s.k. dikotom variabel (dvs med två kategorier) studeras, så används *logistisk regressionsanalys*. Den ger oddskvoter som signifikansprövas genom Chi-2-fördelningen. En oddskvot som signifikant skiljer sig uppåt eller nedåt från 1 tyder på att faktorn har ett eget bidrag till den variabel som ska förklaras (den s.k. "beroende variabeln"). Hög oddskvot tyder

[1] Detta problem kallas multikollineraritet. Maximalt brukar man acceptera korrelationer runt 0,8. Av detta skäl har vi ej tagit med behandlingsprogram, som är alltför högt korrelerat med kön.

på att faktorn stärker och låg oddskvot tyder på att den hämmar.[2] I analysen kan både dikotoma och kontinuerliga bakgrundvariabler användas (s.k. "oberoende variabler"). I båda fallen avser oddskvoten den effekt som man får hos den beroende variabeln genom att höja respektive oberoende variabel med ett heltal eller skalsteg. Det säger sig självt att oddskvoten lättare varierar hos dikotoma (t.ex. LVM/ej LVM) än i kontinuerliga variabler (t.ex. skillnaden mellan om man är 40 år eller 41 år). Därför är det nödvändigt att titta på signifikansprövningen (p-värdet) för att se om den oberoende variabeln har någon betydelse eller ej. I modellen kan man också lägga in en konstant. Den samlar upp okända orsaksfaktorer. Om konstanten också är signifikant så tyder det på att det kan finnas okända faktorer som var för sig eller tillsammans har en signifikant effekt på den variabel som ska förklaras. Modellen kan ha ett värde även om inte alla förklarande faktorer kunnat tas med. Modellens värde för att förutsäga den beroende variabeln beskrivs bl a av modellens samlade p-värde (som också bygger på Chi-2-fördelningen). Man brukar säga att modeller med ett p-värde under 0,05 inte kan förkastas. Dessutom beräknas hur stor andel av individerna som rätt kunnat predicera den beroende variabeln utifrån de förklarande variablerna. En god modell kan rätt predicera stor andel av bägge kategorierna i den beroende variabeln.

## 8.1 Prediktion av fullföljande av behandlingen

Till att börja med undersökte vi faktorer som påverkar genomförandet av behandlingen. Som beroende variabel valdes "att ha klarat behandlingen" enligt de kriterier, som tidigare diskuterades i kapitel 4. Som möjliga förklarande (oberoende) variabler valdes i ett första steg kön, ålder, missbruksdebutålder, duration,[3] narkotikamissbruk, utbildning, bostad, arbete, fängelse, bildat familj, tidigare institutionsbehandling samt LVM-omhändertagen vid inskrivningen. Vi exkluderade därefter variabler med stort bortfall som inte hade någon signifikant inverkan (fängelse, utbildning) samt missbruksdebutålder (som ej bör ingå tillsammans med duration och ålder). För att inte få ännu större bortfall valde vi att i denna modell ersätta "antal tidigare institutionsbehandlingar" med "antal tidigare behandlingar på Rällsögården". Vi sökte en modell, som på ett signifikant sätt kunde förklara variabeln "klarat behandlingen" i så hög utsträckning som möjligt och med så litet bortfall som möjligt. I modellen som framgår av Tabell 34 ingick 457 klienter från 1988–1992 med fullständiga data på alla ingående variabler (88 procent). Modellen kunde korrekt predicera ev. fullföljande för 68 procent, därav 63 procent av de 210 som ej fullgjort och 73 procent av de 247 som fullgjort.

[2] Obs att oddskvoterna 0,2 och 5,0 har samma styrka, eftersom båda avviker lika mycket från ett (1/0,2=5,0). Det avgörande för om oddskvoten blir <1 eller >1 är, vilken av variabelkategorierna som kodats med högre värde.

[3] De tre variablerna ålder, duration och debutålder bör ej ingå alla tre tillsammans i samma modell, eftersom både duration och debutålder delvis är olika funktioner av ålder.

| Oberoende variabler | Oddskvot | p-värde |
|---|---|---|
| Ålder (kontinuerlig) | 1,04 | 0,003 |
| Duration (kontinuerlig) | 1,02 | 0,23 |
| Narkotikamissbruk | 1,07 | 0,80 |
| Tidigare behandlad på Rällsö | 1,00 | 0,92 |
| Någon gång bildat familj | 1,01 | 0,93 |
| Har bostad vid inskrivning | 1,80 | 0,02 |
| Har arbete vid inskrivning | 1,81 | 0,02 |
| LVM | 4,94 | 0,000 |
| Konstant | | 0,000 |

**Tabell 34:** *Multivariat logistisk regression: Prediktion av fullgjord behandling utifrån olika bakgrundsfaktorer (n=457, p<0,0001).*

Tabellen visar att fyra faktorer på ett signifikant sätt kan förklara fullföljande av behandlingen. De som fullföljer har oftare LVM, är äldre samt har arbete och bostad i högre utsträckning. Att ålder och social stabilitet befrämjar fullföljande ligger i linje med tidigare studie på Runnagården[4]. Där var dock LVM en faktor som var relaterad till mer avhopp. Det finns två skillnader mellan dessa båda studier som förklarar de olika resultaten. Dels innebar avvikning på den tiden automatiskt avhopp ur Runnagårdens program. Dels räknades inte lyckad § 27-placering[5] som fullföljande eftersom den studien enbart handlade om fullföljande av Runnagårdens eget program. Här har den avvikne LVM-klienten istället kodats som fullföljare, om han/hon fullföljt programmet senare, dvs efter återkomsten till Rällsögården, eller haft en lyckad § 27-placering eller övergått i frivillig vård. Om målsättningen är att studera LVM-lagens möjligheter för att genomföra en behandling så måste rimligen fullföljande inkludera alla de möjligheter som lagen ger. Det visade sig alltså att LVM-lagen medverkar till att betydligt fler kan fullfölja sin behandling, eller med andra ord, att LVM-klienterna har 5 gånger högre odds för fullföljande än frivilliga klienter, när andra bakgrundsfaktorer hålles konstanta.

## 8.2 Prediktion av avvikningar bland de tvångsomhändertagna

Av 160 tvångsomhändertagna under åren 1988–1992 avvek 54 procent någon gång. Vi prövade multivariat logistisk modell för att predicera vilka som avvek. Som möjliga förklarande (oberoende) variabler valdes i ett första steg kön, ålder, missbruksdebutålder, duration,[6] narkotikamissbruk, utbildning, bostad, arbete, fängelse, bildat familj samt tidigare intagen på Rällsögården. Vi exkluderade därefter variabler som inte hade någon signifikant inverkan och som ej förbättrade modellen (duration,

[4] Gerdner, Bodin, Söderfeldt & Furuholm (1991).

[5] Egentligen motsvarande § i *dåvarande* LVM-lagstiftning.

[6] De tre variablerna ålder, duration och debutålder bör ej ingå alla tre tillsammans i samma modell, eftersom både duration och debutålder delvis är olika funktioner av ålder.

| Oberoende variabler | Oddskvot | p-värde |
|---|---|---|
| Kön | 0,88 | 0,80 |
| Ålder (kontinuerlig) | 0,95 | 0,02 |
| Narkotikamissbruk | 1,61 | 0,27 |
| Tidigare behandlad på Rällsö | 0,51 | 0,09 |
| Har bostad vid inskrivning | 0,43 | 0,07 |
| Har arbete vid inskrivning | 0,33 | 0,02 |
| Ej samboende vid inskrivning | 1,20 | 0,42 |
| Behandlingstid, dgr (kontinuerlig) | 1,01 | 0,01 |
| Konstant | | 0,16 |

**Tabell 35:** *Multivariat logistisk regression: Prediktion av förekomst av avvikning bland tvångsomhändertagna utifrån olika bakgrundsfaktorer (n=150, p<0,0001).*

missbruksdebutålder, utbildning, och fängelse). Några av dessa hade dessutom stort bortfall (utbildning, fängelse). Den optimala modellen innehöll 150 av de ursprungliga 160 LVM-klienterna. Den var klart signifikant (p<0.0001) och kunde rätt predicera förekomst av avvikningar hos 68 procent (66 procent av dem som ej avvek respektive 70 procent av dem som avvek). Den framgår av Tabell 35.
Modellen tycks visa vad som kan förväntas, nämligen att unga personer med socialt instabil situation (arbets- och bostadslösa) avviker i högre utsträckning än andra tvångsomhändertagna. Behandlingstidens längd spelar också in. 1989 förlängdes LVM till sex månader, vilket ökade avvikningarna.[7] En viss tendens (p<0,09) tyder också på att de som tidigare under åren intagits på Rällsögården avviker i mindre utsträckning, kanske för att de därmed har hunnit etablera relationer till personal och finner sig mer tillrätta än de förstagångsintagna.

## 8.3 Prediktion av förbättring vad gäller alkohol- och drogbruk

Vi har prövat oss fram till en godtagbar multivariat modell för alkohol- och drogbruk genom att i ett första steg utgå från tillgängliga bakgrunds- och behandlingsvariabler samt deltagande i självhjälps- och stödgrupp. Därefter har modellen reducerats så att faktorer med höga p-värden steg för steg tagits bort (dvs icke-signifikanta faktorer med liten påverkan på utfallet). Vi har stannat för den modell som optimalt kunde predicera utfallet. Några variabler har haft bortfall, vilket innebär att modellen endast omfattar 50 individer, för vilka fullständiga data på samtliga ingående variabler finns. De faktorer som prövats men som alltså kunnat uteslutas ur modellen är "tidigare dom till fängelse/skyddstillsyn", "LVM-omhändertagen under aktuell behandling", "ålder", "duration" samt "behandlingstid – antal dagar". Ingen av dessa faktorer var signifikanta eller förbättrade modellen. De faktorer som är kvar framgår av Tabell nr 36.

[7] Gerdner m.fl. 1997.

| Oberoende variabler | Oddskvot | p-värde |
|---|---|---|
| Kön: kvinna | 0,12 | 0,27 |
| Debutålder över 20 år | 15,23 | 0,07 |
| Narkotikamissbruk | 6,94 | 0,15 |
| Antal tidigare institutionsbehandlingar (kontinuerlig) | 0,79 | 0,76 |
| Utbildning > grundskola | 3,61 | 0,24 |
| Någon gång gift/sambo | 4,16 | 0,17 |
| Har bostad vid inskrivning | 0,01 | 0,01 |
| Har arbete vid inskrivning | 1,11 | 0,94 |
| Psykiatrisk diagnos noterad | 3,91 | 0,30 |
| Fullgjort behandling | 0,22 | 0,27 |
| Antal dagar på låst avdelning (kontinuerlig) | 1,06 | 0,17 |
| Deltar i självhjälpsgrupp/stödgrupp sedan behandlingen | 25,87 | 0,01 |
| Konstant | | 0,03 |

**Tabell 36**: *Multivariat logistisk regression: Prediktion av förbättring vad gäller drickande och drogande efter behandlingen utifrån bakgrunds- och behandlingsfaktorer samt deltagande i självhjälps- och stödgrupp (n=50, p=0,001).*

Modellen hade mycket god prediktionsförmåga. Den kunde rätt predicera 82 procent av alla förbättrade (n=22) och 93 procent av dem som ej förbättrades (n=28), vilket ger en samlad korrekt prediktion i 88 procent av fallen. Två faktorer visade sig ha signifikant prediktionsförmåga och ytterligare en visade viss en tendens. En av dessa faktorer var i viss mån förväntad. *Deltagande i självhjälps- eller stödgrupp* förbättrar prognosen. Som tidigare påpekats har detta visats tidigare, men då har det gällt AA-orienterade behandlingsprogram som motiverat till deltagande i självhjälpsgrupper. Här visar det sig även gälla deltagande i stödgrupper efter en helt annan typ av program. Oddsen för dem som deltar är 25 gånger så bra som för dem som ej deltar, när andra faktorer hålles konstanta.

Den andra faktorn är knappast lika förväntad. De som hade *bostad före inskrivningen* hade därmed tydligen en kraftigt *sämre* prognos för förbättring. Detta kan emellertid vara skenbart och hänga samman med att de bostadslösas utgångsläge var så katastrofalt. Förbättring i deras fall sker alltså från en mycket låg nivå. Deras förbättring innebar därför inte nödvändigtvis att de nådde samma nivå som de vilka hade bostad. Inte en enda av 13 helt bostadslösa blev helt nyktra/drogfria under uppföljningstiden, jämfört med sju av 62 (11 procent) som hade någon bostad. Men en närmare blick visar att det skilda utgångsläget inte kan vara hela förklaringen. De som saknade bostad vid inskrivningen hade 4,3 återfall/år efter utskrivningen jämfört med 5,4 för dem som hade bostad vid inskrivningen. Skillnaden, dvs att de tidigare bostadslösa skulle ha bättre resultat, är inte signifikant, men redan att komma upp i samma nivå är uppseendeväckande och visar att det är rimligt att de i högre utsträckning klassificerats som förbättrade. Som vi tidigare visade hade 10 av 12 som tidigare var bostadslösa fått bostad vid uppföljningen, medan endast två fortfarande var bostadslösa. (I ett fall saknades uppgift.) En del av dem som på detta sätt

fått bostad har troligen på grund av sin tidigare situation fått någon form stödboende under uppsikt, vilket kan ha medverkat till den relativa förbättringen. Det fanns också en viss (icke signifikant) tendens att klienter som inlett sitt missbruk senare än 20-årsåldern förbättrades mer.

**Prediktion av besvärsfrihet**

Det var inte möjligt att skapa en motsvarande prediktionsmodell för total nykterhet/drogfrihet efter behandlingen eftersom så litet antal klienter nådde denna nivå. Däremot har vi försökt att bygga en modell för det aktuella dryckesmönstret, där det istället gällt att predicera besvärsfrihet (nyktra och drogfria alternativt måttligt dricka och medicinering enligt ordination) gentemot missbruk av alkohol eller droger. Vi har till att börja med utgått från samma förklarande variabler som i tidigare modell, men kunnat utesluta följande variabler: kön, debutålder, utbildning, LVM, behandlingstid samt fullgjord behandling. Ingen av dessa uteslutna variabler var signifikanta eller förbättrade modellen. Den optimala modellen kan korrekt predicera 80 procent av de 45 klienter som ingår. Den predicerar korrekt 85 procent av de 26 som missbrukar och 74 procent av de 19 som är besvärsfria. Modellen visas i Tabell 37.

Enligt modellen är det endast deltagande i självhjälps- eller stödgrupp som på ett signifikant sätt kan predicera besvärsfrihet. Att delta i sådan leder till 48 gånger bättre odds för besvärsfrihet efter behandlingen när andra relevanta faktorer hålls konstanta. Man bör här inte ta själva storleken på oddskvoten alltför "bokstavligt", då det är känsligt för antalet observationer, snarare notera att sambandet är starkt och signifikant även då andra relevanta faktorer kontrollerats.

Det framkom också en (icke signifikant) tendens att antalet tidigare behand-

| Oberoende variabler | Oddskvot | p-värde |
|---|---|---|
| Ålder (kontinuerlig) | 0,91 | 0,16 |
| Duration | 1,08 | 0,25 |
| Narkotikamissbruk | 0,18 | 0,15 |
| Antal tidigare institutionsbehandlingar (kontinuerlig) | 0,21 | 0,07 |
| Någon gång gift/sambo | 2,86 | 0,30 |
| Tidigare fängelse | 0,15 | 0,10 |
| Har bostad vid inskrivning | 0,23 | 0,15 |
| Har arbete vid inskrivning | 0,33 | 0,37 |
| Psykiatrisk diagnos noterad | 0,24 | 0,21 |
| Antal dagar på låst avdelning (kontinuerlig) | 1,09 | 0,20 |
| Deltar i självhjälpsgrupp/ stödgrupp sedan behandlingen | 48,17 | 0,005 |
| Konstant | | 0,08 |

**Tabell 37**: *Multivariat logistisk regression: Prediktion av besvärsfrihet vad gäller drickande och drogande efter behandlingen utifrån bakgrunds- och behandlingsfaktorer samt deltagande i självhjälps- och stödgrupp (n=45, p<0,03).*

lingstillfällen var negativt relaterat till besvärsfrihet. Det överensstämmer också med tidigare fynd från Runnagården.[8] Bostadssituationen var nu inte längre signifikant faktor, vilket är rimligt eftersom det inte längre handlar om relativ förbättring.

## 8.4 Prediktion av deltagande i självhjälps- och stödgrupp

Vi undersökte också vilka faktorer som påverkar deltagande i självhjälps- och stödgrupp efter behandlingen. Samma förklarande faktorer som tidigare användes. Den optimala modellen kunde utesluta följande icke-signifikanta faktorer: kön, ålder, debutålder, duration, utbildning, psykiatrisk diagnos, LVM samt fullföljd behandling. Den kunde predicera 80 procent av samtliga ingående 49 klienter, därav 67 procent av de 16 som deltog i någon grupp och 85 procent av de 33 som ej deltog. Modellen visas i Tabell 38.

Tabellen visar att två faktorer var signifikant relaterade till deltagandet. Att tidigare ha suttit i fängelse innebar 15 gånger ökade odds för att delta i någon grupp och narkotikamissbruk innebar drygt 8 gånger ökade odds. Ingen av dessa faktorer var signifikanta i Runnagårdsstudien. Där var det istället frivillig placering och tidigare institutionsplacering som var signifikanta. Skillnaderna kan möjligen till viss del bero på att det i fallet Rällsögården fanns ett större inslag av professionellt organiserade stödgrupper.

Möjligen kan det trots allt finnas något gemensamt i studierna. I båda studierna har en historia av längre institutionsvistelse inneburit ökad benägenhet att delta. I Runnagårdsstudien gällde det tidigare institutionsbehandling, men i Rällsögårdens fall gällde det istället fängelsevistelser. Såsom diskuterades i Runnagårdsstudien kan man anta att långa institutionsvistelser kan skapa en anstaltsanpassning och en osäkerhet om hur man ska hantera sitt liv i stort samt ett mycket svagt socialt nätverk. Självhjälps- och stödgrupper kan erbjuda ett gott stöd i dessa fall. Orsaken till

| Oberoende variabler | Oddskvot | p-värde |
|---|---|---|
| Narkotikamissbruk | 8,59 | 0,02 |
| Någon gång gift/sambo | 3,19 | 0,16 |
| Har bostad vid inskrivning | 0,50 | 0,51 |
| Tidigare fängelse | 15,32 | 0,006 |
| Antal tidigare institutionsbehandlingar (kontinuerlig) | 2,35 | 0,21 |
| Total behandlingstid (kontinuerlig) | 1,00 | 0,62 |
| Antal dagar på låst avdelning (kontinuerlig) | 0,89 | 0,35 |
| Konstant | | 0,03 |

**Tabell 38**: *Multivariat logistisk regression: Prediktion av deltagande i självhjälps- och stödgrupp efter behandlingen utifrån bakgrunds- och behandlingsfaktorer (n=49, p<0,01).*

[8] Gerdner, Bodin, Söderfeldt & Berglund (1996).

att narkotikamissbruk skulle öka oddset för deltagande i självhjälpsgrupp känner vi ej till.

## 8.5 Sammanfattning och diskussion

De multivariata analysmodellerna visar

1. att fullföljande av behandlingen tycks förbättras av högre ålder, bättre social stabilitet (arbete och bostad) samt av LVM-omhändertagande,
2. att ungdom, social instabilitet (sakna arbete, bostad) och behandlingstidens längd tycks vara relaterat till förekomst av avvikningar bland de tvångsomhändertagna, medan tidigare behandling på Rällsögården tenderar att minskar benägenheten att avvika,
3. att förbättring vad gäller alkohol- och drogbruk är relaterat till deltagande i självhjälps- och stödgrupper samt till tidigare bostadslöshet (det senare troligen därför att det leder till stödboende under uppsikt),
4. att besvärsfrihet vad gäller alkohol- och drogbruk är relaterat till deltagande i självhjälps- och stödgrupper efter behandlingen, samt
5. att de som missbrukat narkotika och de som tidigare suttit i fängelse i högre grad deltar i självhjälps- och stödgrupp efter behandlingen.

### LVM's betydelse

Vi kan alltså inte konstatera någon effekt på behandlingsresultatet av det förhållandet att behandlingen skett under tvång. Detta fynd överensstämmer med andra LVM-studier, men skiljer sig från vad som tidigare anförts i debatten om tvång respektive frivillighet på 1970-talet. Motståndare till vård under tvång befarade att den integritetskränkning, som det rimligen kan uppfattas som, skulle kunna leda till en bitterhet som i sig försämrar utfallet. Med andra ord, att den tvångsomhändertagne, bitter av sitt öde, tar igen och missbrukar i högre utsträckning än den frivilligt intagne när väl tvångsåtgärderna har upphört. Våra fynd tillbakavisar detta. Det föreligger inga skillnader i utfall mellan frivilliga och tvångsomhändertagna och LVM-domen är inte i sig självt en signifikant påverkande faktor för utfallet.

Den viktigaste inverkan som LVM tycks ha är istället att det förbättrar fullföljande hos en grupp som är omotiverad till behandling. Detta är särskilt väsentligt eftersom dessa också är mer socialt utsatta och därmed har sämre prognos både vad gäller fullföljande och utfall av behandlingen.

### Unga och socialt instabila har spring i benen

Avvikningarna är naturligtvis en företeelse som kan tyckas omintetgöra LVM-lagens positiva effekt för att åstadkomma vård och behandling hos de omotiverade. Vi tror dock inte att man ska se dem som enbart negativa. De är naturligtvis riskfyllda, efter-

som missbrukaren i allmänhet omedelbart återfaller i destruktivt missbruk. Men samtidigt kan de vara en säkerhetsventil som gör att tvånget trots allt inte upplevs som outhärdligt. Och missbrukarna som hämtas tillbaka och blir omhändertagna på nytt tycks så småningom landa i verksamheten. För det talar dels att de flesta klienter som avvikit så småningom klassats som att de fullgjort behandling vid utskrivningen, dels att de som varit tidigare på Rällsögården avviker i mindre utsträckning.

Ungdomen och den extrema sociala instabiliteten kan mycket väl indikera personlighetsfaktorer som inte prövats här, det skulle i så fall röra sig om omognad och utagerande personligheter. Det är knappast märkligt om dessa har lite svårare att knyta an till personal och program till att börja med. Ingenting talar för att frivilliga institutioner skulle kunna klara dem bättre. De klientfaktorer som sammanhänger med avvikningarna här är i hög grad desamma som påträffats för avbrott i studier som gäller psykiatrisk vård, frivillig missbrukarvård samt annan LVM-vård.

**Social situation och sociala nätverk**

Bättre social situation, här arbete och bostad, ökar förutsättningen för fullföljande av behandlingen. Samtidigt visar det sig att sociala insatser för de mest utslagna, t.ex. att ordna bostadsfrågan, är starkt relaterat till förbättring vad gäller missbruk. Det sociala arbetet visar här sin betydelse.

Samtidigt är självhjälpsgrupper och andra stödgrupper den klart starkaste faktorn när det gäller att förklara såväl relativ förbättring som besvärsfrihet i mer absoluta termer. De sociala nätverksfaktorerna är alltså avgörande. Detta fynd stämmer väl med tidigare fynd på Runnagården. Vi har tidigare påpekat att detta är särskilt intressant eftersom Rällsögårdens modell, till skillnad från Runnagårdens, inte direkt är fokuserad på att vägleda klienterna till deltagande i självhjälpsgrupper. Ändå visar de sin styrka även här.

Narkotikamissbruk och tidigare fängelsevistelser medverkade till ökat deltagande i självhjälps- och stödgrupper. Detta kan förvåna – särskilt som de grupper som inriktas på drogmissbrukare, NA och RFHL, inte fanns representerade. Förhoppningsvis kan detta förstärkas ännu mer sedan nu NA stärkts inom upptagningsregionen. Som vi påpekat har långvarig institutionsplacering visat sig öka benägenheten att delta i självhjälpsgrupp även i Runnagårdsstudien (fast då gällde det tidigare behandlingshemsvistelser). Vi tror att självhjälpsgrupper kan ha en särskilt viktig roll för att motverka tendenser till anstaltsanpassning på flera olika plan. De bidrar till att upprätta ett friskt nätverk och till att fylla upp tomheten efter anstaltstillvaron. Samtidigt ger de stöd och stärker självförtroendet genom att betona det egna ansvaret för sitt fortsatta tillfrisknande. Att de tycks passa särskilt väl just för dem som tidigare suttit i fängelse, bör vara intressant för Rällsögården, som sedan dess gått vidare och börjat utveckla ett program just för missbrukare med kriminell identitet.

Till skillnad från i Runnagårdsstudien var inte familjefaktorn här relaterad till

utfallet. Vi tror att det kan förklaras av två skillnader i förutsättningarna. För det första var en ännu större andel av Rällsögårdens klienter ensamstående (90 procent). För det andra fanns på Rällsögården ännu vid denna tid inte något program till stöd för klienternas anhöriga. Det har införts senare.

# 9. Tankar, attityder och känslomässig utveckling

I enkäten fanns frågor om klienternas tankar och attityder kring ruset, skuldkänslorna och vägen till tillfrisknande. Andra frågor gick in på klientens personliga utveckling och hur han bedömer förändring i sitt känsloliv. Slutligen hade vi ett par frågor om de retrospektiva upplevelserna av behandlingen och om de retrospektiva upplevelserna av påtryckning eller tvång. När det gäller bedömning av personlig och känslomässig utveckling har vi även ställt frågorna i socialsekreterarenkäten. Relativt många socialsekreterare har också tyckt sig kunna besvara frågorna. På dessa områden har vi därför mellan 50 och 60 svar. Övriga frågor har av naturliga skäl endast ställts till klienterna och där finns således endast mellan 20–28 svar.

Svaren på dessa frågor är inte representativa för hela populationen, eller ens för den så kallade svarsgruppen, eftersom bortfallet är stort och selekterat till dem det allmänt sett gått sämre för. Det innebär att vi inte kan uttala oss om attityder m.m. generellt för klienterna. Det kan ändå vara intressant att redovisa de svar som finns. Framförallt kan det vara intressant att undersöka om det bland befintliga svar föreligger några skillnader i attityder mellan olika grupper, t.ex. mellan tvångsomhändertagna och frivilliga klienter, mellan dem som förbättrats respektive ej förbättrats samt mellan dem som fortsättningsvis valt att delta i självhjälps- eller stödgrupp och dem som valt att ej göra så. Sådana skillnader kan generera hypoteser som kan testas i senare studier.

Olika attityder har mätts genom påståenden, för vilka respondenten markerat grad av instämmande på s.k. Likertskalor markerade från 1 till 7 och där ändpunkterna givits betydelser i klartext, t.ex. "instämmer absolut inte" respektive "instämmer absolut". Denna konstruktion innebär att skalstegen är "ekvidistanta", dvs att avståndet mellan 2 och 3 är lika stort som avståndet mellan 6 och 7. Därmed har det också varit möjligt att beräkna medeltal och jämföra medeltalen mellan grupper. Tyvärr är gruppstorleken för liten för att t-test skall vara tillämpligt. Vi får nöja oss med att observera gruppskillnaderna som de är.

## 9.1 Attityder i tillfrisknande

Rällsögårdens program vid denna tid ägnades inte specifikt åt rusupplevelser och attityder i tillfrisknande. Dock har Rällsögården strävat efter att klienterna skall uppnå nykterhet och inte måttligt drickande. Attityder till ruset, skuldkänslorna och vägen till tillfrisknande framgår av Tabell 39. Medeltal (m) som är högre än värdet 4 tyder alltså på instämmande (ju högre, desto mer) och hög standardavvikelse (sd) tyder på stor spridning mellan olika svar.

Enligt tabellen förefaller det som om dessa klienter i huvudsak anser att *ruset är ett sätt att fly undan verklighetens bekymmer* medan de avvisar att det skulle vara *ett*

| | Instämmer absolut inte 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Instämmer absolut 7 | m | sd |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Att dricka sig berusad är ett sätt att sätta guldkant på tillvaron (n=24) | 46 | 13 | 17 | 0 | 4 | 4 | 17 | 2,8 | 2,3 |
| Att dricka sig berusad är ett sätt att fly undan verklighetens bekymmer (n=25) | 16 | 4 | 8 | 12 | 4 | 4 | 52 | 5,0 | 2,4 |
| Att dricka sig berusad är ett sätt att få göra sådant man annars inte tillåter sig (n=24) | 38 | 4 | 4 | 8 | 21 | 8 | 17 | 3,6 | 2,4 |
| Alkoholister har sig själva att skylla (n=26) | 31 | 4 | 4 | 0 | 8 | 4 | 50 | 4,6 | 2,8 |
| Total nykterhet/drogfrihet är bästa sättet att hantera mina missbruksproblem (n=26) | 19 | 0 | 0 | 12 | 8 | 0 | 62 | 5,3 | 2,4 |
| Måttlighet är bästa sättet att hantera mina missbruksproblem (n=23) | 39 | 9 | 0 | 4 | 4 | 4 | 39 | 4,0 | 2,8 |
| Jag klarar mina missbruksproblem bäst på egen hand (n=23) | 35 | 4 | 9 | 13 | 4 | 4 | 30 | 3,8 | 2,6 |
| Deltagande i stödgrupper har central betydelse för att missbrukare ska må bra (n=24) | 25 | 0 | 4 | 4 | 4 | 4 | 58 | 5,1 | 2,6 |
| Det gäller bara att ta sig kragen och en gång för alltid bestämma sig att sluta missbruka (n=24) | 13 | 0 | 0 | 4 | 13 | 8 | 63 | 5,8 | 2,0 |
| Man får besluta sig för att inte missbruka på nytt varje dag – en dag i taget (n=23) | 9 | 4 | 9 | 4 | 0 | 0 | 74 | 5,8 | 2,2 |
| När det gäller missbruk får man ta dagen som den kommer – det som sker det sker (n=22) | 55 | 0 | 5 | 0 | 5 | 9 | 27 | 3,4 | 2,8 |

**Tabell 39:** *Procentuell fördelning av klientattityder efter behandlingen, samt medelvärde (m) och standardavvikelse (sd).*

*sätt att sätta guldkant på tillvaron.* Fler avvisade också påståendet att berusningen för dem skulle vara vad man brukar kalla *en parentes i tillvaron*, dvs en situation då man kan tillåta sig sådant man normalt inte tillåter sig[1].

En majoritet ansåg att alkoholister *har sig själva att skylla*, vilket rimligen även återspeglar egna skuldkänslor.

De allra flesta instämde kraftigt i att *total nykterhet/drogfrihet var det bästa sättet att hantera sina problem*, vilket dock inte uteslöt att ungefär hälften samtidigt instämde i att *måttlighet* var ett lämpligt sätt. Vi kan alltså notera en ambivalens i valet mellan nykterhet respektive måttlighet hos hälften.

*Deltagande i stödgrupper* har stort stöd, klart större än *föreställningen att man klarar sina problem bäst på egen hand.* Återigen är det intressant att notera att detta

[1] Löfgren och Nelson-Löfgren (1980).

gäller vid en institution vars behandlingsprogram ej varit inriktat på att motivera till självhjälps- eller stödgrupp.

Slutligen kan vi notera det allra största instämmandet har gällt den AA-inriktade devisen att *man får besluta sig "en dag i taget"*. En stor grupp har tydligen ansett detta vara förenligt med attityden *"ta sig i kragen och en gång för alltid besluta sig"*. Detta skiljer sig från den av AA rekommenderade inställningen som förespråkar upprepade beslut "en dag i taget" *istället* för ett stort beslut "en gång för alltid". De allra flesta avvisar också *låt-gå-inställningen "det som sker det sker"*.

| | Kvinnor | Män | Frivilliga | Tvångs-omhänder-tagna | Alkohol-miss-brukare | Narko-maner och blandmiss-brukare |
|---|---|---|---|---|---|---|
| n= | 3–5 | 20–21 | 19–21 | 3–5 | 14–17 | 8–10 |
| Att dricka sig berusad är ett sätt att sätta guldkant på tillvaron (n=24) | 1,3 (0,6) | **3,0** (2,4) | 2,9 (2,4) | 2,3(2,3) | **3,6** (2,5) | 1,8 (0,7) |
| Att dricka sig berusad är ett sätt att fly undan verklig-hetens bekymmer (n=25) | 6,0 (2,2) | 4,8 (2,4) | 5,0 (2,4) | 5,3 (2,4) | 5,3 (2,3) | 4,7 (2,7) |
| Att dricka sig berusad är ett sätt att få göra sådant man annars inte tillåter sig (n=24) | 4,3 (3,1) | 3,5 (2,4) | 3,8 ( 2,4) | 3,0 (2,3) | 3,3 (2,3) | 4,1 2,5) |
| Alkoholister har sig själva att skylla (n=26) | 5,4 (2,6) | 4,4 (2,8) | 4,3 (2,8) | **6,5** (1,0) | 5,0 (2,6) | 3,9 (3,0) |
| Total nykterhet/drogfrihet är bästa sättet att hantera mina missbruksproblem (n=26) | 6,4 (1,3) | 5,1 (2,5) | 5,3 (2,6) | 5,4 (1,5) | 5,4 (2,4) | 5,3 (2,5) |
| Måttlighet är bästa sättet att hantera mina missbruks-problem (n=23) | 3,4 (3,3) | 4,1 (2,8) | 4,0 (2,8) | 4,0 (4,2) | 3,4 (2,7) | 4,8 (2,9) |
| Jag klarar mina missbruks-problem bäst på egen hand (n=23) | 4,0 (3,5) | 3,8 (2,5) | 3,7 (2,5) | 5,0 (3,5) | 3,5 (2,6) | 4,4 (2,5) |
| Deltagande i stödgrupper har central betydelse för att missbrukare ska må bra (n=24) | 4,0 (3,5) | 5,3 (2,5) | 5,3 (2,5) | 4,0 (3,5) | 5,6 (2,4) | 4,2 (2,8) |
| Det gäller bara att ta sig kragen och en gång för alltid bestämma sig att sluta missbruka (n=24) | 4,6 (3,3) | 6,1 (1,6) | 6,0 (1,9) | 4,3 (3,1) | 6,1 (1,7) | 5,3 (2,6) |
| Man får besluta sig för att inte missbruka på nytt varje dag – en dag i taget (n=23) | 6,2 (1,8) | 5,7 (2,3) | 5,8 (2,2) | 5,7 (2,3) | 5,7 (2,2) | 5,9 (2,7) |
| När det gäller missbruk får man ta dagen som den kommer – det som sker det sker (n=22) | 4,0 (3,5) | 3,2 (2,7) | 3,2 (2,8) | 4,7 (3,2) | **4,3** (2,8) | 1,8 (2,1) |

**Tabell 40:** *Jämförelser mellan medelvärden (standardavvikelser) i grad av instämmande till olika attityder mellan kvinnor och män, frivilliga och tvångsomhändertagna, alkoholister och narkomaner, deltagare respektive icke deltagare i stödgrupper samt mellan förbättrade och ej förbättrade.*

| n= | Deltar i självhjälps-grupp 10–12 | Deltar ej 11–14 | Förbättrade 15–18 | Ej förbättrade 5–8 |
|---|---|---|---|---|
| Att dricka sig berusad är ett sätt att sätta guldkant på tillvaron (n=24) | 2,5 (1,8) | 3,1 (2,6) | 2,8 (2,2) | 2,9 (2,9) |
| Att dricka sig berusad är ett sätt att fly undan verklighetens bekymmer (n=25) | 5,0 (2,4) | 5,1 (2,4) | 5,1 (2,2) | 5,3 (2,9) |
| Att dricka sig berusad är ett sätt att få göra sådant man annars inte tillåter sig (n=24) | 4,0 (2,4) | 3,4 (2,4) | 4,0 (2,5) | 2,8 (2,2) |
| Alkoholister har sig själva att skylla (n=26) | 5,4 (2,5) | 3,9 (2,8) | 4,6 (2,9) | 4,4 (3,2) |
| Total nykterhet/drogfrihet är bästa sättet att hantera mina missbruksproblem (n=26) | 5,8 (2,3) | 4,9 (2,5) | 5,6 (2,1) | 4,5 (3,0) |
| Måttlighet är bästa sättet att hantera mina missbruksproblem (n=23) | 3,4 (2,9) | 4,5 (2,8) | 3,8 (2,9) | 4,7 (2,7) |
| Jag klarar mina missbruksproblem bäst på egen hand (n=23) | 2,8 (2,3) | **4,8** (2,5) | 3,5 (2,4) | 5,0 (3,1) |
| Deltagande i stödgrupper har central betydelse för att missbrukare ska må bra (n=24) | **6,3** (1,9) | 3,9 (2,8) | 5,5 (2,4) | 3,7 (3,0) |
| Det gäller bara att ta sig kragen och en gång för alltid bestämma sig att sluta missbruka (n=24) | 5,3 (2,7) | 6,3 (0,9) | 5,3 (2,3) | **7,0** (0) |
| Man får besluta sig för att inte missbruka på nytt varje dag – en dag i taget (n=23) | 6,0 (1,9) | 5,5 (2,5) | 5,6 (2,3) | **7,0** (0) |
| När det gäller missbruk får man ta dagen som den kommer – det som sker det sker (n=22) | 3,7 (2,9) | 3,0 (2,8) | 3,5 (2,8) | 3,4 (3,3) |

**Tabell 40.** *Fortsättning*

Tabell 40 visar skillnaderna i attityder mellan olika grupper av klienter. Antalet observationer för kvinnor och för tvångsomhändertagna är mycket få, vilket gör skattningen för dessa osäker. Andelen svar varierar något för de olika frågorna, vilket ger skilda n-tal för grupperna. Värden som tycks uttrycka klara skillnader och som diskuteras nedan har markerats med fet stil för att underlätta läsningen.

Främsta skillnaden mellan könen är att män oftare än kvinnor upplever att ruset är ett sätt att sätta guldkant på tillvaron. Främsta skillnaden mellan frivilliga och tvångsomhändertagna är att tvångsomhändertagna i högre utsträckning instämmer i påståendet att alkoholister har sig själva att skylla. Narkomaner och blandmissbrukare instämmer i högre utsträckning än alkoholister i påståendet att ruset upplevs som "ett sätt att sätta guldkant på tillvaron". De avvisar också i högre utsträckning att "man får ta dagen som den kommer – det som sker det sker".

Främsta skillnaden mellan deltagare och ej deltagare i självhjälpsgrupp är som väntat att deltagarna i högre utsträckning instämmer i påståendet att sådant deltagande har central betydelse för att missbrukarna ska må bra. Samtidigt och i konsekvens med detta instämmer de i lägre utsträckning i påståendet att de klarar sina problem bäst på egen hand.

| | Mycket sämre 1 | 2 | 3 | Som förr 4 | 5 | 6 | Mycket bättre 7 | m | sd |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Förändringar i klientens relation till anhöriga och vänner (n=60) | 2 | 2 | 7 | 53 | 0 | 10 | 27 | 4,9 | 1,6 |
| Förändringar i klientens kroppsliga hälsa (n=52) | 8 | 8 | 19 | 25 | 8 | 12 | 21 | 4,4 | 1,9 |
| Förändringar i klientens psykiska hälsa (frånvaro av oro och ångest etc) (n=50) | 4 | 2 | 14 | 38 | 12 | 12 | 18 | 4,6 | 1,6 |
| Förändringar i klientens förmåga att klara motgångar (n=47) | 2 | 2 | 11 | 36 | 15 | 6 | 28 | 4,9 | 1,6 |

**Tabell 41:** *Procentuell fördelning av klienternas och socialsekreterarnas upplevelse av klientens personliga utveckling efter behandlingen samt medelvärde och standardavvikelse.*

När det gäller förbättrade respektive ej förbättrade framkommer vissa skillnader. Samtliga av dem som inte har förbättrats vad gäller missbruk instämmer i att det bara gäller att ta sig i kragen, vilket kanske får tolkas som att de någonstans ändå har en förhoppning om att lyckas. De instämmer också i högre grad i det AA-mässiga påståendet att man får upprepa beslutet att inte missbruka varje dag, en dag i taget. Även de som förbättrats instämmer i hög grad i dessa påståenden, men intressant nog instämmer alltså de som ännu inte lyckats i ännu högre utsträckning.

## 9.2 Personlig utveckling

När det gäller klienternas personliga utveckling har vi använt en skala från 1 "mycket sämre" till 7 "mycket bättre". För denna skala har vi också svar från många socialsekreterare. Det förelåg en relativt god validitet och reliabilitet för de fyra frå-

| n= | Deltar i självhjälpsgrupp 16–20 | Deltar ej 30–37 | Förbättrade 26–27 | Ej förbättrade 21–33 |
|---|---|---|---|---|
| Förändringar i klientens relation till anhöriga och vänner (n=60) | **5,5** (1,4) | 4,6 (1,6) | **5,8** (1,3) | 4,1 (1,2) |
| Förändringar i klientens kroppsliga hälsa (n=52)) | 4,4 (2,1) | 4,5 (1,7) | **5,4** (1,5) | 3,3 (1,6) |
| Förändringar i klientens psykiska hälsa (frånvaro av oro och ångest etc) (n=50) | 4,7 (1,6) | 4,5 (1,6) | **5,4** (1,2) | 3,8 (1,5) |
| Förändringar i klientens förmåga att klara motgångar (n=47) | 5,2 (1,4) | 4,8 (1,7) | **5,6** (1,3) | 4,0 (1,5) |

**Tabell 42:** *Jämförelser mellan medelvärden (standardavvikelser) i personlig utveckling mellan deltagare respektive icke deltagare i stödgrupper samt mellan förbättrade och ej förbättrade vad gäller missbruk .*

gorna då svaren från klient och socialsekreterare jämfördes, men för psykisk hälsa fanns en sämre reliabilitet (se Appendix 3). Som framgår i Tabell 41 var det mycket liten skillnad i medelvärdena mellan de fyra olika skattningarna. Generellt framkommer i genomsnitt moderata positiva förändringar i alla de fyra måtten. Men medan relationerna oftast inte ändrat sig alls, så har fysisk och psykisk hälsa samt förmåga att klara motgångar ändrat sig i båda i riktningarna.
Inga skillnader i personlig utveckling framträdde mellan kvinnor och män, mellan frivilliga och tvångsomhändertagna, eller mellan alkoholister och narkomaner. Därför avstår vi från att ge tabeller för dessa grupper.

Däremot fanns en tendens att deltagarna i självhjälps- och stödgrupper oftare hade förbättrat sina relationer till anhöriga. De som har förbättrats i missbrukshänseende uppger större positiva förbättringar i personlig utveckling på de fyra områdena jämfört med övriga.

## 9.3 Förändringar i känsloliv

Tabell 43 visar skillnader mellan två par av skalor. Känslor har beskrivits genom skalor av motsatspar, t.ex. bitter–tacksam. Klienter och socialsekreterare har ombetts att på två sjugradiga skalor från -3 till +3 skatta klientens känsloläge så som de minns det *före behandlingen* respektive så som det är *vid uppföljningen*. Det är alltså inte känslorna i sig som mäts utan klientens beskrivning av dem i efterhand. Mest negativa känsla i ett motsatspar har konsekvent getts det lägre värdet. Differenserna mellan dessa skalor kan maximalt variera i tretton steg från -6 (förändring från bästa till sämsta läge) till +6 (förändring från bästa till sämsta läge).Tabellen visar de genomsnittliga differenserna mellan de två skattningarna dels totalt och dels fördelat på oli-

| | Samtliga | Alkoholister | Narkomaner och blandmissbrukare | Deltar i självhjälps-grupp | Deltar ej | Förbättrade | Ej förbättrade |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| n= | 52 | 31–32 | 19–20 | 17–19 | 30–32 | 22–24 | 28-29 |
| Bitter – Tacksam (n=51) | 1,5 (2,1) | 1,1 (1,5) | **2,2** (2,7) | **2,3** (2,1) | 1,1 (2,0) | **3,0** (2,1) | 0,4 (1,2) |
| Hatisk – Kärleksfull (n=52) | 1,2 (1,6) | 0,8 (1,3) | **1,7** (1,9) | **1,8** (1,8) | 0,9 (1,4) | **2,4** (1,6) | 0,2 (0,6) |
| Ångestfylld – Harmonisk (n=51) | 1,8 (2,3) | 1,4 (2,1) | **2,4** (2,5) | 2,4 (2,6) | 1,5 (2,1) | **3,2** (2,4) | 0,6 (1,5) |
| Olycklig – Lycklig (n=52) | 1,5 (2,0) | 1,2 (2,0) | **2,2** (1,9) | **2,2** (2,0) | 1,2 (1,9) | **2,8** (2,1) | 0,5 (1,2) |
| Sluten – Oppen (n=52) | 1,1 (1,9) | 0,8 (1,7) | **1,7** (2,1) | 1,7 (2,4) | 0,9 (1,6) | **1,9** (2,3) | 0,5 (1,0) |
| Passiv – Aktiv (n=51) | 1,0 (2,1) | 0,9 (2,3) | 1,1 (1,9) | 0,7 (2,7) | 1,2 (1,8) | **1,7** (2,2) | 0,4 (1,8) |

**Tabell 43:** *Jämförelser mellan medelvärden (standardavvikelser) i känslomässig förändring (från -6 till +6) mellan, alkoholister och narkomaner, deltagare respektive icke deltagare i stödgrupper samt mellan förbättrade och ej förbättrade.*

ka grupper. Validitet och reliabilitet har befunnits vara god utom vad gäller förändring sluten-öppen (Appendix 3).

Generellt sett uppger klienterna ganska måttliga positiva förbättringar för alla de sex känsloparen. Största förändringen uppger de vad gäller minskad ångest och minst förändring när det gäller att känna sig aktiv och öppen. Inga skillnader i känslomässig förändring finns mellan kvinnor och män eller mellan frivilliga och tvångsomhändertagna. En måttlig, men genomgående tendens tycks också vara att narkomaner uppger en större känslomässig förändring än alkoholister.

I tre fall finns tendenser att de som deltar i självhjälps- och stödgrupper upplevt en mer positiv känslomässig utveckling än de som ej deltar. Det gäller tacksamhet, kärleksfullhet och lycka. De som förbättrats i missbrukshänseende uppvisar också en påtagligt större och genomgående känslomässig förbättring.

## 9.4 Upplevelser av behandlingen

Här ställdes av naturliga skäl inga frågor till socialsekreterarna. Klienterna ombads markera på skalor från 1 till 7 vilken betydelse olika behandlingsinslag hade haft för att hjälpa dem. Siffran 1 betyder här "ingen hjälp" medan siffran 7 betyder "mycket god hjälp".

Det är tydligt att Rällsögårdens klienter (särskilt frivilliga och narkomaner) främst uppskattar arbetsträningen bland de olika inslagen. Här framträder alltså det inslag

| | Samtliga | Kvinnor | Män | Frivilliga | Tvångs-omhänder-tagna | Alkohol-miss-brukare | Narkomaner och bland-missbrukare |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| n= | 26 | 3–5 | 15–21 | 14–22 | 4–5 | 11–15 | 8–11 |
| Individuella behandlingssamtal (n=26) | 4,3 (2,5) | 4,6 (2,4) | 4,2 (2,6) | 4,2 (2,5) | 5,0 (2,7) | 3,9 (2,5) | 4,8 (2,6) |
| Gruppsamvaro (n=26) | 3,7 (2,4) | 4,2 (2,4) | 3,6 (2,5) | **4,1** (2,4) | 2,0 (1,4)§ | 3,5 (2,3) | 4,1 (2,6) |
| Egna uppgifter till veckosamtal (n=19) | 2,9 (2,1) | 2,5 (1,7) | 3,0 (2,3) | 2,8 (2,0) | 3,0 (2,8) | 3,1 (2,6) | 2,6 (2,4) |
| Träning i klädvård, kroppsvård och städning (n=24) | 3,3 (2,6) | 1,3 (0,5) | **3,7** (2,6) | 3,5 (2,5) | 2,2 (2,7) | 3,1 (2,5) | 3,6 (2,8) |
| Morgonsamling (n=26) | 4,2 (2,4) | 5,6 (2,6) | 3,8 (2,3) | 4,3 (2,3) | 3,4 (2,9) | 4,3 (2,3) | 4,0 (2,6) |
| Avslappning/Motion (n=23) | 4,3 (2,6) | 3,5 (3,0) | 4,4 (2,6) | 4,6 (2,6) | 3,2 (2,7) | 4,5 (2,4) | 3,9 (3,0) |
| Social planering (n=22) | 3,9 (2,3) | 3,0 (2,0) | 4,1 (2,4) | 3,9 (2,3) | 3,8 (2,7) | 3,6 (2,1) | 4,3 (2,8) |
| Arbetsträning (n=26) | 4,9 (2,6) | 4,8 (2,6) | 4,8 (3,0) | **5,2** (2,4) | 3,4 (3,3) | 4,2 (2,7) | **5,8** (2,4) |
| Eftervård/utslussning (n=22) | 3,3 (2,7) | 2,0 (2,0) | 3,6 (2,7) | **3,7** (2,8) | 1,8 (1,8) | 3,1 (2,6) | 3,5 (2,8) |

**Tabell 44:** *Klienternas upplevelse av olika behandlingsinslags betydelse för att hjälpa dem (från 1 till 7). Jämförelse av medelvärden (med standardavvikelser) mellan kvinnor och män, frivilliga och tvångsomhändertagna, alkoholister och narkomaner, mellan deltagare i självhjälpsgrupper och övriga, samt mellan förbättrade och ej förbättrade.*

| n= | Deltar i självhjälps-grupp 10–13 | Deltar ej 9–14 | Förbättrade 12–18 | Ej förbättrade 5–7 |
|---|---|---|---|---|
| Individuella behandlingssamtal (n=26) | 4,2 (2,6) | 4,5 (2,5) | 4,7 (2,4) | 3,4 (2,8) |
| Gruppsamvaro (n=26) | **4,3** (2,4) | 3,3 (2,4) | **4,1** (2,3) | 2,3 (2,4) |
| Egna uppgifter till veckosamtal (n=19) | 3,1 (2,0) | 2,7 (2,4) | 2,5 (2,0) | 3,5 (2,6) |
| Träning i klädvård, kroppsvård och städning (n=24) | 3,5 (2,8) | 3,1 (2,5) | 3,4 (2,6) | 2,8 (2,9) |
| Morgonsamling (n=26) | **4,9** (2,5) | 3,5 (2,2) | **4,7** (2,4) | 2,6 (1,8) |
| Avslappning/Motion (n=23) | 4,6 (2,8) | 3,9 (2,5) | **4,6** (2,5) | 2,6 (2,6) |
| Social planering/ kontakt (n=22) | 3,8 (2,6) | 4,0 (2,3) | 4,1 (2,5) | 3,5 (2,2) |
| Arbetsträning (n=26) | 4,8 (2,8) | 5,0 (2,6) | 5,0 (2,6) | 4,6 (3,0) |
| Eftervård/utslussning (n=22) | 3,5 (2,5) | 3,1 (2,9) | 3,3 (2,7) | 2,8 (2,9) |

**Tabell 44:** *Fortsättning.*

som också tar mest tid i anspråk under veckan. De egna uppgifterna till veckosamtalen bedöms tydligen inte vara till stor hjälp. Klädvård har inte heller ansetts vara till så stor hjälp. Men då könen studeras separat visar det sig att männen, som kan antas behöva detta mer, också uppskattar det något mer. Inte heller eftervård/utslussning röner någon allmän uppskattning. Det framgår inte om det beror på att klienterna inte ansett sig behöva dessa inslag eller om de inte ansett sig fått del av dem i tillräcklig utsträckning.

Vi har större skillnader i jämförelserna mellan dem som deltar och dem som inte deltar i självhjälps- och stödgrupper samt mellan de förbättrade och de ej förbättrade. Det utmärkande för deltagarna och för dem som förbättrats är att de uppskattar morgonsamlingen och gruppsamvaron mer än övriga. Kanske är deras uppskattning av dessa inslag en faktor som medverkat till deltagande och därmed förbättring. Frivilliga tycks också uppskatta gruppsamvaron och eftervård/utslussning mer än tvångsomhändertagna klienter.

## 9.5 Upplevelser av påtryckning och tvång

Slutligen har vi frågat klienterna om deras upplevelse av påtryckning eller tvång för att söka behandling. Det betonades att frågan avsåg påtryckningar av olika slag: till exempel från familjen, från arbetsgivaren, eller från länsrätten, och oavsett om man vårdades "frivilligt" eller intagits med stöd av LVM. Vi bad dels klienterna att skatta

| Upplevelse av påtryckning/ tvång | Mycket positivt 1 | 2 | 3 | Varken eller 4 | 5 | 6 | Mycket negativt 7 | m | sd |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Då (n=23) | 13 | 4 | 9 | 17 | 9 | 4 | 44 | 4,9 | 2,2 |
| Nu (n=23) | 39 | 4 | 0 | 26 | 4 | 0 | 26 | 3,6 | 2,5 |

**Tabell 45:** *Klienternas upplevelse av påtryckning/tvång vid intagningen (då) respektive vid uppföljningen (nu). Procentuell fördelning.*

sin *dåvarande* upplevelse, dvs vid tiden för intagningen. Därefter bad vi dem skatta sin *nuvarande* inställning till de påtryckningar de tidigare utsatts för. I Tabell 45 redovisas svaren för Dåvarande respektive Nuvarande inställning. Båda dessa skalor varierar från "mycket negativt" (7) till "mycket positivt"(1). Höga värden indikerar alltså en starkt kritisk inställning.
Det förefaller alltså som om en omvärdering har skett i så måtto att den tidigare kritiska inställningen har mildrats något när klienterna tänker tillbaka, men en fjärdedel känner fortfarande att påtryckningen/tvånget var något mycket negativt.

Jämförelsen görs också på individnivå som en differensen mellan Nu och Då. Denna differens kan variera från -6, vilket betyder att man omvärderat i mer kritisk riktning, till +6, som betyder att man positivt omvärderat det tvång eller den påtryckning man utsattes för vid intagningen. Av 20 jämförelser där båda skalorna besvarats hade två personer omvärderat i kritisk riktning (-5 resp. -1), 9 hade samma uppfattning som tidigare (dvs ±0) och 9 hade omvärderat påtryckningar/tvång de utsatts för i positiv riktning. Därav hade tre personer +2, två personer +4, en person +5 och tre personer hade omvärderat maximalt, dvs +6.

Det genomsnittliga värdet var 1,6 (sd=2,9), dvs övervägande en positiv omvärdering. Det fanns dock en skillnad mellan frivilliga och tvångsomhändertagna. Sexton frivilliga hade omvärderat mer i genomsnitt (+2; sd=3,0). Fyra tvångsomhändertagna hade (genomsnittligt) i stort sett samma bedömning som tidigare (-0.25; sd=0,5). Däremot fanns det inga skillnader i omvärdering mellan kvinnor och män, mellan alkoholister och narkomaner, mellan dem som senare gick vidare till självhjälps- och stödgrupper eller mellan förbättrade och icke förbättrade. Det tycks alltså inte vara så att någon negativ låsning från tidigare påtryckningar hindrar deltagande eller förbättring.

## 9.6 Sammanfattning och diskussion

Detta avsnitt har behandlat attityder, upplevelser och åsikter. När endast klientenkäten använts har dessa gällt en mindre och klart selekterad grupp av klienter. De skiljer sig bland annat genom bättre utfall än övriga. När båda enkäterna har använts finns visserligen något fler svar, men även här är bortfallet besvärande stort. Därför kan vi inte av dessa resultat uttala oss om klienternas generella attityder, upplevelser och åsikter. Det lilla antalet observationer gör också att vi inte på ett tillförlitligt sätt kan använda signifikanstest för att upptäcka säkerställda skillnader. De skillnader mellan grupper som ändå har noterats får prövas i ytterligare material. Gruppjämförelserna syftar därmed till att generera hypoteser.

### Kvinnor och män

Det var generellt sett mycket små skillnader mellan kvinnor och män, vilket möjligen kan bero på det lilla antalet kvinnor i denna del av studien. En skillnad var dock att män oftare upplevde ruset som ett sätt att sätta guldkant på tillvaron. Det-

ta motsvarar skillnader mellan manlig och kvinnlig alkoholism som beskrivits tidigare[2,3,4] och som tycks innebära att män oftare söker berusningen i sig, medan kvinnorna oftare söker lindring. En annan skillnad var att män upplevde behandlingsinslaget klädvård som mer betydelsefullt än kvinnorna. Detta motsvarade tydligen ett behov hos dem, men inte hos kvinnorna. I övrigt fann vi inga signifikanta skillnader i attityder, i personlig eller känslomässig utveckling, i inställningen till övriga behandlingsinslag eller i inställningen till inledande tvång/påtryckning.

**Frivilliga respektive tvångsomhändertagna**

Vi har mycket få observationer vad gäller tvångsomhändertagna utom vad gäller personlig och känslomässig utveckling. Resonemanget är därför mycket hypotetiskt.

De tvångsomhändertagna som har besvarat enkäten tycks i större utsträckning än frivilliga respondenter anse att "alkoholister har sig själva att skylla". Det tyder på att skuld och skamkänslor är större i denna grupp. En viss grad av stämpling tycks alltså upplevas även ett par år efter behandlingen. De tvångsomhändertagna har också i mindre utsträckning lyckats att positivt omvärdera de påtryckningar och det tvång de utsatts för än frivilliga lyckats göra. Även om graden av påtryckning/tvång skilt mycket mellan dessa grupper, så har även "frivilliga" i stor utsträckning utsatts för påtryckningar och mer eller mindre direkt tvång. Trots att utfallet i missbrukshänseende inte skilde mellan grupperna, så kan det finnas väsentliga skillnader i upplevelser av kränkning som bör hanteras i behandlingen. Såväl känslorna av kränkning som av skuld- och skam kan bli en blockering för tillfrisknande.[5] Möjligen kan svåra skuld- och skamkänslor och upplevelsen av kränkning dessutom bidra till att "låsa fast" varandra, så att kränkningsupplevelsen understödjer skamkänslor och skamkänslorna skapar behov av projicering av olusten på kränkningen.

Däremot märks inga klara skillnader mellan grupperna i upplevelserna av behandlingen på Rällsögården. Möjligen finns en tendens att tvångsomhändertagna i mindre utsträckning uppskattar gruppsamvaron, vilket skulle kunna vara en följd av en ökad skamupplevelse. De har också möjligen en mindre uppskattning av eftervård/utslussning. Här framgår dock inte orsaken till detta. Det har naturligtvis stor betydelse om de efterfrågar eftervård men är missnöjda med utformningen eller om de efter sitt tvångsomhändertagande helst vill slippa vidare kontakt. Internationella studier visar att eftervård är av största betydelse särskilt efter tvångsvård.[6] Med tan-

[2] Dahlgren (1979).
[3] Öjehagen & Berglund (1989).
[4] Österling (1997).
[5] Gerdner (1995).
[6] Leukefeld & Tims (1988).

ke på tidigare redovisade fynd, att de tvångsomhändertagna deltar i självhjälps- och stödgrupper i samma utsträckning som frivilliga, så förefaller det inte vara så att de inte upplever behoven.

Inga skillnader noterades när det gällde personlig utveckling efter behandlingen vad gäller relationer, psykisk och fysisk hälsa samt förmåga att klara motgångar. Inte heller noterades några skillnader vad gäller känslomässig utveckling. Även om det alltså är svårare att upptäcka skillnader p.g.a. det lilla antalet observationer i två skattningar p.g.a. bristande reliabilitet respektive validitet (gäller psykisk hälsa respektive öppenhet–slutenhet), så harmonierar detta med tidigare redovisade fynd om likartat utfall för frivilliga och tvångsintagna vad gäller missbruksutvecklingen.

**Alkoholister och narkomaner**

Narkomaner och blandmissbrukare, som främst missbrukat amfetamin och hasch, instämmer i högre utsträckning i att ruset upplevs som ett sätt att sätta guldkant på tillvaron. De avvisar också i högre utsträckning den "låt-gå"-mässiga inställningen "det som sker det sker". Här har vi möjligen intressanta uppslag att titta närmare på som kanske kan kasta ljus över narkomanernas relativa framgång i denna studie. Kan det vara så att narkomanerna har andra personlighetsdrag, vilka gör dem mindre sårbara än alkoholisterna för en hopplöshetsdepression i långvarigt missbruk? Eller handlar det om att drogbruket som sådant är mer gränsöverskridande eftersom det är illegalt, och att de därför är mer medvetna om det egna ansvaret för situationen. Hur som helst så tycks inte Börjessons hypotes stämma, att narkomaner i högre utsträckning än alkoholister är fast i tankemönstret att förändring är omöjlig.[7]

Det fanns också en måttlig men genomgående tendens att narkomaner upplever större känslomässig förändring än alkoholister. Kan detta hänga samman med motsvarande skillnader i personlighetsdrag? Eller kan det hänga samman med drogrelaterade skillnader i efterförloppet, s.k. postakut abstinens som främst diskuteras vad gäller alkoholism och heroinism? Denna typ av frågor kan ej besvaras inom ramen för denna studie, eftersom personlighetstest inte ingick i Rällsögårdens diagnostiska arsenal och eftersom inga processmätningar gjordes.

**Deltagare respektive ej deltagare i självhjälps- och stödgrupper**

Deltagare i grupperna uttrycker som förväntat starkare att detta deltagande är betydelsefullt i tillfrisknandet och de avvisar i högre utsträckning att man bäst klarar problemen på egen hand.

Det finns inga tendenser att de som i mindre utsträckning lyckats hantera tidigare upplevelser av påtryckning/tvång skulle delta mindre i grupperna. Vi har alltså inte något tecken på att sådan eventuell upplevelse begränsar benägenheten att delta. Det-

[7] Börjesson (1979).

ta stämmer också med att tvångsomhändertagandet i sig inte tycks predicera minskat eller ökat deltagande.[8]

Det är små skillnader i upplevelser av behandlingen mellan dem som senare deltar i självhjälps- och stödgrupper och övriga. Antingen har det lilla antalet observationer inte räckt för att tydliggöra sådana skillnader, eller också handlar det om att Rällsögårdens program har få kopplingar till deltagande.

Det finns en tendens att deltagare förändrar sina relationer till anhöriga och vänner till det bättre i större utsträckning än de som ej deltar, samt att de upplever en mer positiv känslomässig förändring i riktning mot tacksamhet, kärleksfullhet och lycka. Även detta understryker vikten av deltagandet.

**Förbättrade respektive ej förbättrade**

De som ej förbättrats uttrycker starkare än de förbättrade att "det gäller bara att ta sig i kragen och en gång för alla bestämma sig för att sluta missbruka". Samtidigt instämmer de mer i att "man får besluta sig på nytt varje dag – en dag i taget". Dessa två påståenden är i sak motstridiga men får tolkas som att de som ännu missbrukar ändå har en stark förhoppning om att de en gång ska lyckas. De som förbättrats instämmer också i dessa påståenden, men graden av instämmande skilde alltså. I övrigt fanns inga skillnader i attityder mellan grupperna.

Upplevelsen av inledande tvång/påtryckning skilde inte mellan grupperna. Däremot fanns en skillnad i upplevelse av behandlingen. Det gällde inte den allmänt uppskattade arbetsträningen, utan morgonsamlingen och i viss mån gruppsamvaron. De som lyckas väl pekar ut dessa kollektiva inslag som mer betydelsefulla för deras framsteg.

De som förbättrats i missbrukshänseende har, som kanske kan förväntas, betydligt större framsteg i sin personliga utveckling på alla studerade områden: relationer, fysisk och psykisk hälsa samt förmåga att klara motgångar. De har också en mer positiv utveckling känslomässigt på samtliga studerade områden, dvs i riktning mot tacksamhet, kärleksfullhet, harmoni, lycka, öppenhet och aktivitet, även om de graderar framgången i öppenhet och aktivitet som något lägre än övriga områden (för öppenhet är mätningen också mer tveksam, se Appendix). Vi har med detta viss grund att påstå att förbättringen inte bara är en beteendeförändring utan också en förbättring av livskvalitet, eller med andra ord ett tillfrisknande och inte bara en förändring av symptombild – åtminstone för dem som besvarat attitydfrågorna.

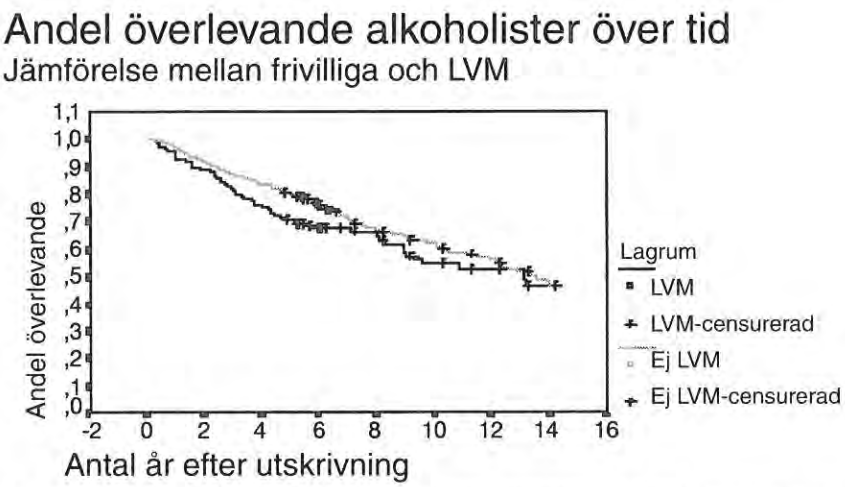
[8] Se kapitel 6.

# 10. Långtidsöverlevnad efter utskrivning

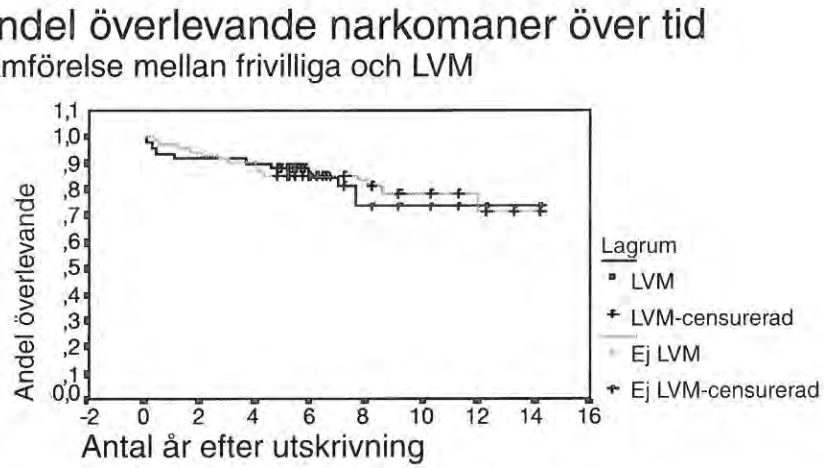
Genom skattemyndighetens befolkningsregister har data om dödsfall och ev. dödsdatum kunnat införskaffas för 725 personer. Observationstiden sträcker sig från första utskrivningsdatum till oktober 1997. För de klienter som skrevs ut under 1983 innebär detta en fjortonårig observationsperiod. Totalt 281 personer hade avlidit, vilket innebär 39 procent. I 274 fall har dödscertifikat erhållits från SCB. De fördelar sig på följande huvudgrupper: 50 (18 procent) är direkt alkohol- och drogrelaterade dödsfall (alkoholism, delirium tremens, alkoholhallucinos, alkohol- och drogförgiftning, levercirrhos, alkoholrelaterad epilepsi), 58 fall (21 procent) av våldsam död (inkl. brott), 13 fall (5 procent) av självmord (inklusive misstänkta sådana), 150 andra dödsfall (55 procent) inkluderar bl.a. levercancer, hjärtattacker, inre blödningar typ magsår m.m. varav många diagnoser kan ha samband med tidigare missbruk, men där dödsorsaken inte nödvändigtvis hänger samman med aktuellt missbruk. Dessutom fanns tre fall (1 procent) där dödsorsak ej kunde fastställas p.g.a. förruttnelse.

## 10.1 Överlevnadskurvor

Överlevnaden kan åskådliggöras genom s.k. överlevnadskurvor, som räknas fram genom s.k. Kaplan-Meier-metod. De visar hur stor andel av de observerade personerna som återfinns i livet. Varje person finns alltså med antingen till dess att han dött




**Figur 23:** *Andel överlevande bland 492 frivilliga respektive 115 tvångsomhändertagna alkoholister (utan inslag av narkotika) åren efter första utskrivning från Rällsögården.*




**Figur 24:** *Andel överlevande bland 69 frivilliga respektive 49 tvångsomhändertagna narkomaner åren efter första utskrivning från Rällsögården.*

eller till dess att han "censurerats", dvs då observationen av den personen upphört. Procentbasen förändras efterhand som personer faller ut ur studien, men sådan "censur" ändrar inte kurvan.

Nedan visar vi kurvorna för andel överlevande över tid bland 607 alkoholister respektive 118 narkomaner i var sina bilder. På varje bild förekommer en kurva för LVM-fallen och en för de frivilliga. Om flera institutionsviselser förekommit har personerna kategoriserats utifrån första vistelsen. Alkoholisterna omfattade 492 frivilliga och 118 som omhändertagits enligt LVM. Av de frivilliga hade 208 avlidit (42 procent) och av de tvångsomhändertagna 50 (43 procent). Narkomanerna omfattade 69 frivilliga och 49 tvångsomhändertagna. Bland dessa hade 14 frivilliga och nio tvångsomhändertagna dött (20 respektive 18 procent). Alkoholisterna har alltså avlidit i betydligt högre utsträckning än narkomanerna, vilket borde kunna förväntas eftersom de har en högre medelålder. Däremot finns det alltså inte någon skillnad i överlevnad mellan frivilliga och tvångsomhändertagna inom respektive drogtypsgrupp. Detta framgår också av överlevnadskurvorna. (De kraftigare brotten i narkomankurvorna och i slutet av resp. kurva beror på färre antal observationer.)

## 10.2 Överdödlighet jämfört med normalbefolkning

För 1991–1992 års klienter har jämförelse gjorts med normalbefolkningen, standardiserad för ålder och kön. Dessa klienter har följts upp en något kortare tid i genomsnitt 5,8 år (sd=0,53; min–max: 4,8–6,75). Då hade 35 personer dött av 135 observerade (en hade emigrerat), vilket motsvarar 26 procent, eller 4,5 procent per år. Detta är hög-

| Ålder | Män Personår | Observerat antal döda | Förväntat antal döda | SMR | Kvinnor Personår | Observerat antal döda | Förväntat antal döda | SMR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25–29 | 4,00 | | 0,004 | | 2,50 | | 0,001 | |
| 30–34 | 24,47 | 1 | 0,03 | 33,33 | 14,27 | | 0,007 | |
| 35–39 | 85,29 | 1 | 0,13 | 7,69 | 13,17 | | 0,01 | |
| 40–44 | 101,90 | 5 | 0,22 | 22,72 | 20,44 | | 0,03 | |
| 45–49 | 127,17 | 8 | 0,41 | 19,51 | 23,52 | 1 | 0,07 | 14,29 |
| 50–54 | 72,38 | 4 | 0,37 | 10,81 | 14,03 | 1 | 0,07 | 14,29 |
| 55–59 | 59,63 | 4 | 0,53 | 7,55 | 10,77 | | 0,08 | |
| 60–64 | 45,48 | 3 | 0,66 | 4,55 | 9,55 | | 0,08 | |
| 65–69 | 20,64 | 5 | 0,49 | 10,20 | 5,00 | | 0,06 | |
| 70–74 | 8,10 | 1 | 0,32 | 3,13 | 0,11 | | 0,02 | |
| 75–79 | 10,72 | 1 | 0,70 | 1,43 | | | | |
| 80–84 | 5,00 | | 0,54 | | | | | |
| 85–89 | 0,52 | | 0,87 | | | | | |
| | 565,30 | 33 | 5,27 | 6,26 | 131,07 | 2 | 0,43 | 4,65 |

**Tabell 46**: *Standardiserade mortalitetskvoter för män respektive kvinnor fördelat på ålder.*

re än vad som redovisats i sammanställningar av tidigare svenska och internationella studier, men det är inte högre än vad som visats i tidigare studier av LVM-vård.[1]

Dödligheten beror av klientgruppens ålders- och könssammansättning. I denna grupp finns en relativt hög medelålder. Den standardiserade mortalitetskvoten (SMR) tar hänsyn till detta. Den innebär i korthet att antalet observerade levnadsår i varje femårigt åldersintervall räknas för vardera könet. Förväntat antal dödsfall under dessa observationsår räknas ut med hjälp av dödsrisktal utifrån befolkningsstatistik.[2] SMR-kvoten är observerade dödsfall dividerat med förväntade dödsfall. (Se Tabell 46.)

För männen är 33 dödsfall observerade mot 5,27 förväntade. Det ger en SMR-kvot på 6,26. För kvinnorna har två dödsfall observerats mot 0,43 förväntade, vilket ger en SMR-kvot på 4,65. Tillsammans är detta med enkel addition 35 dödsfall mot 5,7 förväntade, dvs en SMR-kvot på 6,14. Uttryckt på ett annat sätt kan man säga att Rällsögårdens män har en dödlighet som är drygt sex gånger högre än vad som gäl-

| Lagrum | Alkoholister Personår | Observ. antal döda | Förv. antal döda | SMR | Narkomaner Personår | Observ. antal döda | Förv. antal döda | SMR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frivilliga | 280,59 | 14 | 2,04 | 6,88 | 147,81 | 6 | 0,54 | 11,12 |
| Tvångsomhändertagna | 127,81 | 7 | 1,96 | 3,57 | 129,41 | 3 | 0,27 | 11,00 |
| Summa | 408,40 | 21 | 4,00 | 5,26 | 277,22 | 9 | 0,81 | 11,08 |

**Tabell 47**: *Standardiserade mortalitetskvoter för alkoholister respektive narkomaner fördelade på lagrum.*

[1] Gerdner & Berglund (1998).

[2] Dödsrisker har hämtats från tabell 4.14 i: SCB (1993a).

ler för befolkningen i stort. Det framgår också av tabellen att männen har en hög dödlighet i relativt unga år 30–54. Även de båda kvinnorna har dött medelålders, 45–54 år gamla.

Dödsorsakerna är kända för 29 av de 35 döda och fördelade sig enligt följande: alkohol- och drogrelaterad död 21 procent, våldsam död 17 procent, självmord 3 procent och andra dödsorsaker 59 procent. Direkt alkoholrelaterad död, våld och självmord svarade alltså för 41 procent av alla dödsfall och motsvarade halva överdödligheten, dvs hälften av det antal dödsfall som översteg det förväntade antalet.

På motsvarande sätt kan man beräkna SMR-kvoterna för narkomaner och alkoholister, samt för frivilliga respektive tvångsomhändertagna. Tabell 47 ger sammanfattande värden för dessa grupper.
Alkoholisterna dog i högre utsträckning än narkomanerna (31 vs. 18%, $p<0,09$). Ändå visar tabellen att narkomanerna tycks ha en högre överdödlighet än alkoholisterna (11,08 vs 5,26). Narkomanernas förväntade dödlighet är nämligen lägre än alkoholisternas p.g.a. yngre ålder. Inom respektive grupp finns det dock inte någon skillnad för frivilliga respektive tvångsomhändertagna.

## 10.3 Faktorer som är relaterade till död

Dödsfallen har också relaterats till ett antal bakgrunds- och behandlingsfaktorer samt till kortsiktigt behandlingsutfall genom enkla korstabuleringar, vilka visas i sammandrag i Tabell 48. Där ej annat sägs har vi utgått från senaste behandlingstillfället för de individer som vårdats under alla åren 1988–1992 och för vilka dödsfallsdata finns (n=357). För dem som vårdats flera gånger har uppgifter från senaste vårdtillfälle valts.

De äldre manliga alkoholisterna på Norr- och Mellangården har dött i högre utsträckning, medan de yngre narkomanerna från Sörgården och Kvinnogruppen har överlevt mera. Detta beror alltså på att narkomanerna är yngre i snitt. Väljer vi sedan att särskilt se på heroinisterna, så kan vi konstatera att inte heller de hade någon högre dödlighet. Två av åtta heroinister dog, vilket ger dem samma dödlighet eller t.o.m. aningen lägre (25 procent) jämfört med övriga (30 procent, ej signifikant skillnad).

Positiva behandlingsresultat under första åren efter behandling tycks också medverka till bättre överlevnad. Alla sju som varit helt nyktra och drogfria hade också överlevt. Men det lilla antalet medgav inte signifikanstestning.

## 10.4 Multivariat analys

Slutligen ska vi pröva en multivariat analys i syfte att försöka bringa någon ordning på några av de faktorer som kan tänkas störa varandra. Vi använder då en s.k. Cox regression. Den är en vidareutveckling av Kaplan-Meier-metoden som användes för överlevnadskurvorna ovan. Här användes den observerade överlevnadstiden som en beroende variabel och ett antal kontinuerliga och dikotoma bakgrunds- och behandlingsvariabler prövas som eventuellt förklarande (oberoende) faktorer.

| | Döda |
|---|---|
| Kön (n=357): Män | 32* |
| Kvinnor | 16 |
| Ålder (n=357): <36 år | 16 |
| 36-55 år | 28 |
| <55 år | 49*** |
| Lagrum (n=357): LVM | 31 |
| Frivilliga | 28 |
| Drogtyp (n=356): Alkohol | 35** |
| Narkotika m.m. | 18 |
| Har arbete (n=337): Ja | 36 |
| Nej | 28 |
| Har egen bostad (n=350): Ja | 31 |
| Nej | 24 |
| Familj (n=352): Aldrig gift/sambo | 31 |
| Gift/sambo | 25 |
| Tidigare gift/sambo | 30 |
| Suttit i fängelse (n=102) a): Ja | 24 |
| Nej | 31 |
| Fullgjord behandling: Klar | 27 |
| Ej klar | 32 |
| Program (n=356): Sörgården | 21 |
| Kvinnogruppen | 12 |
| Mellan och Norrgården | 36** |
| Behandlingsutfall efter 2 år (n=67): | |
| Ej förbättrade | 21 |
| Förbättrade, med återfall | 5 |
| Helt nyktra och drogfria | 0# |

a) Inkluderar endast 1991-1992 år klienter.
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.
# Kan ej signifikanstestas p.g.a. för många tomma celler.
**Tabell 48:** *Procentuell andel döda klienter behandlade 1988–1992 i relation till bakgrund, behandling och utfall. Kategoriska variabler.*

Utgångspunkten är samma individer som i korstabellen ovan. I ett första steg prövade vi 12 oberoende variabler, för vilka litet eller inget bortfall fanns: kön, ålder, missbrukets varaktighet, antal ggr i behandling, narkotikamissbruk, bostad, arbete, familj, LVM, antal dagar i behandling, antal dagar på låst avdelning samt fullföljt behandlingen. Program kunde ej tas med p.g.a. alltför hög korrelation till kön och ålder. Ingen korrelation mellan ingående oberoende variabler översteg 0,45. Modellen, som inkluderade 315 individer vårdade åren 1988–1992 med kompletta data på alla ingående variabler, var klart signifikant (p<0.001). Av de beroende variabler som prövades i modellen var dock endast kön och ålder signifikanta och visade lägre relativ risk för kvinnor jämfört med män (Exp (B): 0.36, p=0,03) och högre relativ risk ju äldre klienterna är (Exp.(B): 1.04, p<0.001). Dessa samband står sig alltså även i en grupp med betydligt högre dödsrisk än normalpopulatio-

nen. Vi fann däremot inget stöd för att t.ex. typ av drog eller lagrum skulle vara relaterade till ökad risk.

## 10.5 Sammanfattning och diskussion

Vi har kunnat konstatera mycket höga dödstal bland dem som varit inskrivna som klienter vid Rällsögården. I en jämförelse med normalbefolkningen, standardiserad för ålder och kön, har Rällsögårdsklienterna under en period på knappt 6 år avlidit drygt 6 gånger mer än förväntat. Av överdödligheten, som är högst i relativt unga år (30–59 år), svarade alkohol- och drogrelaterad död, våld och självmord för hälften. Narkomanerna som var yngre hade något högre överdödlighet än alkoholisterna, men inom grupperna fanns ingen skillnad beroende på lagrum. Den multivariata analysen visade att död som förväntat är relaterat till ålder och kön, medan varken drogtyp eller tvång var signifikant relaterade. Vid en uppföljning upp till 14 år efter utskrivning visade överlevnadskurvorna på en kontinuerligt brant utförsbacke i andel överlevande över tid, likartat för frivilliga och tvångsomhändertagna.

Denna studie bekräftar därmed den höga överdödlighet som påvisats också i andra tidigare studier. En studie av Bergmark visade att LVM-patienter hade en överdödlighet 7 gånger den förväntade 5–8 år efter utskrivning.[3] En studie av Runnagårdspatienter 8,5 år efter utskrivning visade på 9 gånger högre dödlighet än förväntat trots att alla överlevde året efter utskrivning.[4] Helnykterhet/drogfrihet året efter utskrivning var starkt relaterat till långsiktig överlevnad. I en Cox regression av samma Runnagårdsmaterial fanns inte heller någon skillnad mellan frivilliga och tvångsomhändertagna eller mellan alkoholister och narkomaner. Däremot var symtom på svårt beroende i en checklista från National Council on Alcoholism, USA (delirium tremens, alkoholhallucinos, sänkt tolerans, självmordstankar eller ogrundad rädsla) mycket starkt relaterade till död.[5]

De höga dödstalen inträffar alltså inte i anslutning till institutionsvården. Samtidigt framgår det tydligt att institutionsvård inte är tillräckligt för att hjälpa dessa ens till överlevnad. Vi tror att dessa fynd är värda att något reflektera över. Överdödligheten för narkomaner har diskuterats t.ex. av Ågren, som ansåg sig finna en ökad dödsrisk för tvångsomhändertagna narkomaner. Vi har inte funnit någon skillnad baserat på drogtyp eller lagrum, men däremot en hög dödsrisk för alla klienterna. En cynisk inställning som utbrett sig på senare år, är att det inte är någon idé (eller inte lönar sig) att kosta på t.ex. äldre återfallspatienter några behandlingshemsvistelser. Vi tror tvärtom att dessa är oundgängliga för att bryta ett akut destruktivt mönster. En annan sak är att det inte tycks vara tillräckligt, utan att andra åtgärder på hemmaplan efter utskrivningen uppenbarligen behövs och att dessa klienter måste följas upp långsiktigt och uthålligt om samhället vill ta ansvar för deras hälsa och överlevnad.

[3] Bergmark Å (1994).
[4] Gerdner A (1997).
[5] Ej publicerad studie.

# 11. Institutionernas roll, deras betydelse och begränsning

Den kritik som riktades mot de "totala institutionerna" på 1960- och 1970-talen hade flera olika fokus som berörde institutioner av Rällsögårdens typ.[1] Man kritiserade:

- tvångsvård i sig
- institutionernas bristande terapeutiska innehåll
- auktoritär hållning till de intagna som fungerade stämplande på individerna
- institutionsboende som sådant.

Kritiken fördes i hela det socialt engagerade samhället och rörde en rad olika slags institutioner även på andra områden än nykterhetsvården, såsom mentalsjukhus, ålderdomshem och barnhem. Den förde med sig förändringar av lagstiftningen, bl.a. genom att nykterhetsvårdslagen ersattes av socialtjänstlagen och LVM. Den ledde också till att samhället började sträva efter öppenvård som alternativ till institutionsvård. De ekonomiska styrmedlen förändrades. Kommunerna fick överta statsbidrag som tidigare gått till institutionerna. Nya typer av institutioner växte också upp, vilka byggde på nya miljöterapeutiska tankegångar. Inom en del av dessa fanns en professionell terapeutisk linje som kritiserade de äldre institutionerna för brist på innehåll, men i andra terapeutiska samhällen fanns en snarast anti-professionell inställning. Den f.d. missbrukaren sågs som den ideala behandlaren, ofta oavsett utbildning och ibland t.o.m. med bristande gränsdragning mot personer med låg personlig mognad. Allt detta utsatte nykterhetsvårdsanstalterna för en stark press att antingen renodla och hävda sin roll eller också att förändras.

Olika institutioner tycks ha reagerat på olika sätt inför detta. En typ av tvångsinstitutioner har helt enkelt inte sett sig som behandlande institutioner. Man har ställt sig uppgiften att motivera – inte behandla. Genom att på detta sätt reducera sina ambitioner kan man undgå kritik för att inte leva upp till dem. Motivationsarbete som genomförs medvetet och strukturerat är behandling i tidig fas. Men i den mån motivationsarbete varken sker strukturerat utifrån noggrann utredning eller utifrån medvetna modeller för motivationsarbete, kvarstår i praktiken enbart tvånget i sig som deras centrala uppgift. I en sådan situation finns det risk att paternalismen blir dominerande ideologi, och att man inför sig själva och andra motiverar en fortsatt auktoritär hållning och brist på terapeutiskt innehåll. Behandling får andra sköta, senare. Andra institutioner har istället strävat efter att utveckla behandling och hitta modeller som kan upprätta även den tvångsintagne individen. Frågan gäller också om man ser motivationsarbete som något avskilt från eller som en integrerad initial del i en längre syftande behandling.

[1] Goffman (1961), Eriksson m.fl. (1967).

De fyra institutionerna för vuxna missbrukare som Örebro läns landsting övertog från staten 1983 valde skilda strategier. Den institution som var störst och äldst, och möjligen bl a därför hade svårast att förändras, var Åsbrohemmet. Detta bidrog säkert till att det lades ned först. Brotorp valde transaktionsanalytisk behandling på frivillig grund, men lyckades inte konkurrera bland alla de institutioner som under 1970-talet etablerat sig med denna profil. Kvar idag finns Rällsögården och Runnagården, som också gjorde delvis olika val när det gällde institutionens utveckling som en reaktion mot kritiken av "anstaltslivet". Båda institutionerna har försökt forma ett nytt behandlingsinnehåll. Runnagården valde att lansera sig med ett professionellt terapeutiskt innehåll, en diagnostisk kultur och strukturerade behandlingsmetoder. Vägen dit gick via Maxwell Jones-inspirerade tankegångar över i 12-stegsmodell och så småningom integrerad behandling av missbruk och psykiatriska problem. Utifrån detta val var t.ex. sjukdomsbegreppet naturligt.[2]

Rällsögården valde istället att betona *normalitet*. Idealet var en identitet som "svensson" och metoden var att klienten skulle återupprätta strukturen i tillvaron. Arbetet som nav för att strukturera vardagen förefaller för deras del lika naturligt – eller också formades svensson-idealet av att man redan hade utvecklat en central praktik runt arbetet. Arbete sågs inte som något nödvändigt ont utan som en god uppbyggande social praktik. Missbruksproblemet hanterades alltså främst som ett socialt problem och man värjde sig mot begreppet sjukdom. Liksom Hassela försökte undvika anstaltsstämpeln genom att tolka sig som en modell av familjen, försökte Rällsögården hantera detta problem genom att efterlikna "den normala vardagens" relation till arbetet. Hasselas socialisering in i samhället tolkades här först som resocialisering till dess att man upptäckte att klientens sociala och emotionella svårigheter utvecklats tidigt och var betydligt större. En ny praktik har efterhand utvecklats som också innefattar diagnostik och vissa strukturerade behandlingsinslag och där arbetets roll har omdefinierats. Bägge institutionerna, Runnagården och Rällsögården, hade alltså behandlingsambitioner, men båda upptäckte att problemet hade fler bottnar än dem man först såg. Runnagården betonade alkohol- och drogberoendet i sig och tvingades efterhand se omfattningen av de psykiatriska och sociala problemen, medan Rällsögården först arbetade med den sociala rollen och därefter fick fördjupa sin syn på beroende och mental hälsa.

Rällsögården hade hämtat inspiration från Hasselamodellen men avstått från de två ingredienser som bedömts ha den starkaste effekten; den socialistiska ideologin och personalens medlevarskap. Att Rällsögården betonade den sociala problematiken tidigt är naturligt mot bakgrund av att dessa problem var särskilt stora i Rällsögårdens klientgrupp, även i jämförelse med andra LVM-hem. Den sociala problemtyngden har t.o.m. ökat under åren samtidigt som andelen tvångsintagna har ökat mycket kraftigt. Denna studie har tydliggjort att talet om svårare problembild bland

[2] Gerdner (1998).

de intagna har viss grund i Rällsögårdens fall. Vad vi vet har detta inte visats i tidigare institutionsstudier. Till att börja med var alkoholproblemen totalt dominerande men från 1987–1988 har drogberoende klienter tagits in i allt högre grad. Detta har medverkat till att Rällsögården lade större vikt vid diagnostik, vilket i sin tur har bidragit till en fördjupad medvetenhet om klienternas problem. Allt detta har åskådliggjorts utförligt i Kapitel 2 och 4–5.

## 11.1 Institutionell behandling och utfall

Detta för emellertid till några korta reflexioner om rapportens fynd när det gäller behandlingspraktiken och klienternas väg ut ur missbruket. Vi har pekat på att andelen med positivt behandlingsutfall för Rällsögårdens klienter är högre än medianen för hittills studerade LVM-institutioner.[3] Det bör emellertid mer tjäna som en uppmuntran att bli ännu bättre än som ett kvitto på att allt är färdigt, eftersom tvångsvårdens utfall generellt sett behöver förbättras. Avsnittet om den höga dödligheten i Kapitel 10 gör om inte annat detta mycket klart. Våra analyser pekar på svårigheten att finna direkta samband mellan t.ex. behandlingens längd och utfallet efter utskrivning. Ett sådant samband har tidigare ofta rapporterats från den frivilliga missbrukarvården, särskilt i studier av s.k. terapeutiska samhällen.[4] Till viss del kan detta vara ett skensamband, en artefakt, eftersom avbrotten i sig i allmänhet hänger samman med återfall. Det är alltså svårt att veta om behandlingstiden ska ses som en orsak eller som ett resultat i sig.

Emellertid har vi funnit ett klart samband mellan tvångsomhändertagande och genomförd behandling såsom detta definierades i Kapitel 6. Samtidigt har de tvångsomhändertagna visat sig ha samma behandlingsutfall som de frivilliga trots att de generellt har en betydligt sämre prognos både vad gäller avhopp ur behandling och vad det gäller förbättring efter behandling utifrån de data som föreligger om missbruk och social situation. Det förefaller alltså som om tvångsomhändertagandet till viss del kan kompensera för denna dåliga prognos genom att understödja genomförandet av en behandling. Motsvarande fynd har redovisats i andra studier av tvångsvård både i Sverige och internationellt.[5]

Detta kan bidra till att det är svårt att påvisa samband mellan behandlingsfaktorer och behandlingsresultat i studier om tvångsvården. I en studie om LVM-hemmet Älvgården prövade Åke Bergmark att predicera behandlingsresultat utifrån en kombination av bakgrunds- och behandlingsfaktorer med hjälp av multipel regressionsanalys.[6] Han fann att modellen förklarade en relativt liten del av variansen (27 procent) och att inga enskilda behandlingsfaktorer (behandlingsav-

[3] Gerdner (1998).
[4] DeLeon (1994).
[5] Gerdner (1998).
[6] Bergmark (1994).

delning, behandlingstid, klientens förväntan på och attityder till pågående behandling) i sig var signifikanta. I vår multifaktoriella analys visade sig inte heller detta att ha fullgjort behandlingen vara en signifikant faktor för utfall. Antalet studerade klienter var för litet för att göra interaktions-faktorer utifrån prognos, LVM och behandlingstid. Trots detta lyckades vi i den föreliggande studien (Kapitel 7) och i en tidigare studie på Runnagården betydligt bättre att även predicera behandlingsutfallet. I bägge studierna är förklaringen den att vi tagit med deltagande i självhjälps- och stödgrupper i modellen och denna faktor är signifikant som enskild faktor när bakgrunds- och behandlingsfaktorer kontrolleras. Detta understryker vikten av deltagande i dessa grupper. Det är mot den bakgrunden mycket märkligt att socialtjänsten i allmänhet inte efterfrågar att institutionerna ska motivera till deltagande i självhjälpsgrupper.[7] Man får hoppas att detta förändras när resultaten blir kända.

Men kan detta inte samtidigt leda till ett starkt ifrågasättande av institutionsvården som sådan, om deltagande i dessa grupper i stort sett ensamma kan predicera utfallet medan behandlingsfaktorerna inte kan det? Är detta inte ett avgörande bevis på att institutionsvården spelat ut sin roll? Skulle vi inte istället få samma eller bättre resultat om socialtjänsten direkt försökte motivera till deltagande i självhjälpsgrupper och olika kommunala stödprogram? Nej, det vore enligt vår mening en förhastad och felaktig slutsats. En kontrollerad studie med viss relevans har publicerats i den ansedda tidskriften New England Journal of Medicine. Walsch och hans kollegor studerade en grupp alkoholister som hade anställning, dvs betydligt bättre socialt integrerade klienter än de på Rällsögården och inom LVM-vården i stort. Denna anställning utgjorde grunden för en typ av vårdtvång, eftersom alternativet till att underkasta sig behandling var uppsägning. Alkoholisterna fördelades slumpmässigt på tre olika slag av insatser: En grupp (a) beordrades gå i ett strukturerat behandlingsprogram i dygnsvård (i genomsnitt 23 dygn) och därefter obligatoriskt deltagande i AA-möten tre gånger per vecka och kontakt med företagshälsovården en gång per vecka. En annan grupp (b) hade samma krav förutom behandlingsprogrammet i dygnsvård, och i den sista gruppen (c) fick deltagarna fritt välja mellan dessa båda och andra alternativ. På åtta av totalt 11 olika utfallsmått förelåg signifikanta skillnader. Gruppen som tvingades genomgå dygnsvård hade överlag bättre resultat än de båda andra grupperna.[8] Den obligatoriska institutionsvistelsen som följdes upp med AA-deltagande och professionell eftervård var alltså betydligt bättre än enbart de båda öppenvårdsinsatserna. Intressant nog var det tvingande alternativet också bättre än alternativet fritt val.

Nu kan naturligtvis inte dessa resultat direkt generaliseras till en socialt så annorlunda grupp som LVM-vårdens klienter. Men enligt de erfarenheter som kommer till

[7] Gerdner (1997).
[8] Walsch m.fl. (1991).

uttryck i svensk och internationell facklitteratur[9] om matchningskriterier mellan institutionell behandling och öppenvård, så bör i första hand de personer som har den svagaste sociala plattformen erbjudas institutionell vård. Mot den bakgrunden skulle man alltså kunna tänka sig att motsvarande resultat i särskilt hög grad skulle kunna gälla Rällsögårdens och övriga LVM-vårdens klienter. Detta är också mycket rimligt om man försöker att sätta sig in i deras situation.

## 11.2 Marginalkonflikten

Att bryta med ett missbruk som har pågått i decennier och särskilt när detta debuterat tidigt i livet, när man dessutom är utan både arbete och stöttande familj, när ens attityder och förväntningar har formats tillsammans med personer med likartade erfarenheter och när alla tidigare försök att sluta har misslyckats, det är en övermänsklig uppgift att klara på egen hand. Den som går i öppenvårdsbehandling är just på egen hand, dvs utelämnad till sig själv, under större delen av dygnets timmar. Dessa människor lever inte "i samhället" så som de flesta av oss. De lever i samhällets marginal. En del har dessutom kriminell bakgrund eller en redan tidigare avvikande personlighet. Men de har samma grundläggande sociala behov av delaktighet, dvs att höra till en grupp av människor som i någon mån delar ens öde, ens erfarenheter och värderingar. De krafter som drar tillbaka till missbruket är enorma, både krafterna inom personen – negativa attityder och invanda mönster i kombination med sug och ångest, och krafterna utanför – de gamla olycksbröderna.

Därför tror vi att det är alldeles nödvändigt att lyfta dessa personer ur sin vardag och placera dem i ett behandlingssammanhang 24 timmar om dygnet, åtminstone under en period, i avsikt att göra det möjligt för dem att överväga alternativ till sin gamla livssituation. Det gamla ordet för nykterhetsvårdsanstalterna – alkoholist-asyler – var egentligen mycket träffsäkert. Det är just precis fråga om en fristad, en asyl, undan ett förödande destruktivt livsmönster. Institutionerna försöker levandegöra alternativet till missbruket på olika sätt, genom socialt umgänge i drogfri miljö, genom andliga upplevelser, eller genom att arbetet strukturerar vardagen. De försöker också stimulera till förändrade attityder och träna in andra sätt att hantera kriser, besvikelser, vardagliga problem eller ångest och andra känslomässiga problem. De kan förmedla kunskaper, träna olika färdigheter och bidra till att bearbeta olika hinder för förändring. Ofta leder detta också till att personen ifråga förändras. Attityder ändras, hoppet väcks, självförtroendet stärks och personen går ut med ambitioner om ett bättre liv.

Men hemma har ofta ingenting förändrats. I den mån man har bostad så sitter det gamla livet "i väggarna". Det är oerhört svårt att upprätthålla de nya ambitioner som väcktes under behandlingstiden när man återigen är överlämnad till sig själv. Det är

[9] Se exempelvis Öjehagen (1997), Berglund (1995a) och Kinney & Leaton (1997).

därför som Lindström kunde påvisa att effekterna av även de allra bästa behandlingsprogram har en tendens att "rinna ut i sanden", så att skillnaden mot ingen behandling alls i stort sett har upphört efter ungefär ett år.[10]

Just där, tror vi, spelar emellertid gruppdeltagandet en oerhört viktig roll. Rapporten visar att deltagande i självhjälpsgrupper och andra stödgrupper är den centrala faktor som bäst kan förklara de "lyckade fallen". Om detta bara hade gällt för dem som deltagit i AA-inspirerade eller länk-inspirerade program, så hade man kunnat anta att detta var en följd av effektiv indoktrinering. Men det gäller alltså även dem som behandlats på Rällsögården, med en annorlunda behandlingsinriktning. Vi tror att detta bl.a. beror på att gruppdeltagandet gör det möjligt att upprätthålla de positiva ambitionerna och de nyinlärda tanke- och beteendemönstren från behandlingen.

Det är därför av stort intresse att gruppdeltagande tycks appellera särskilt stark till de klienter som är mest marginaliserade i sin sociala livssituation, människor med en historia av omfattande institutionsliv. Mer än några andra hamnar just dessa personer i den s.k. marginalkonflikten när de ska försöka inleda ett nytt nyktert liv. För att klara sig tvingas de lämna sin gamla missbrukande umgängeskrets. Samtidigt saknar de i stor utsträckning ett nytt friskt nätverk. Och om de lyckas skaffa ett sådant, så upplever de ofta mycket stor osäkerhet om sin roll i detta nätverk. De saknar "koderna" för att kunna tolka andra människors reaktioner. Ofta kan de känna sig annorlunda och iakttagna.

Begreppet marginalkonflikt härstammar från forskning om immigranter. Att bryta upp från missbruket är då som att emigrera till ett främmande land.[11] Man förstår inte språket, sederna, de icke-verbala signalerna. Men denna metafor missar en väsentlig detalj. "Hemlandet" finns på gatan strax utanför eller hos de gamla suparbröderna.[12]

Den stora osäkerheten kan leda till stora ansträngningar för att bli accepterade, till en överkompensation i uppträdande och ansvar, ett "översocialt beteende".[13] Samtidigt sker detta i en känsla av anspänning, osäkerhet och rädsla att inte duga. Därför kan det hela tiden samtidigt finnas en längtan tillbaks till det gamla livet, där allt var självklart. Där de var accepterade som de var. Där de upplevde att de hade kompetens, förstod spelet och kunde vara kungar för en dag.[14] Om den marginaliserade missbrukaren ska kunna stå emot locktonerna att vända tillbaka, så behövs en ny grupptillhörighet av likasinnade, av människor som levt länge i missbruk men som nu försöker leva nyktra. Där kan de återigen uppleva känslan att vara accepterade som de är, där kan de spegla sin osäkerhet och där kan de få hjälp att tolka signaler och reaktioner från icke missbrukande omgivning genom att andra som tagit sig igenom motsvarande skede förstår deras situation.

---

[10] Lindström (1986).
[11] Ramström (1983).
[12] Svensson (1997).
[13] Blomgren (1974), Jenner (1979).
[14] Svensson (1997).

Detta är uppgifter som institutionerna aldrig kan klara. Institutionsvistelsen kan vara ett nödvändigt och verksamt skede i tillfrisknandet, men tiden efteråt är lika viktig. Socialtjänsten kan bidra när det gäller boende, ekonomi och i vissa fall någon typ av sysselsättning. Vi har i rapporten sett vikten av att ordna sociala övergångsbostäder. Goda sysselsättningsalternativ saknas dessvärre oftast. Ibland kan socialtjänsten också, som vi sett, organisera eftervårdsgrupper, vilket är utmärkt. Men framför allt bör man mer medvetet söka ta tillvara de stora resurser som redan finns när det gäller att möta den ny-nyktre missbrukarens existentiella välbefinnande, och som organiseras gratis utanför alla myndigheters verksamhet. Detta borde gälla såväl socialtjänsten som institutionerna, och oavsett om behandlingsmodellen utgår från självhjälpsrörelsens filosofi eller ej.[15]

För Rällsögårdens del borde detta vara särskilt lämpligt inför den nya satsningen att behandla personer med extremt omfattande institutionserfarenhet – de som lever med det dubbla problemet missbruk och kriminell livsstil. För dem gäller i ännu högre grad att det "normala svensson-livet" är främmande och kanske skrämmande.

[15] Berglund (1995b).

# REFERENSER


Bejerot N (1983). *Missbruk av alkohol, narkotika och frihet*, 7:e uppl. Ordfront, Nacka.

Berg M & Jansson I (1997). *LVM-klienter, in- och utskrivningar 1996*. Statens institutionsstyrelse, FoU-enheten. Stockholm.

Berglund M (1995a). *Behandling i specialistvård*. I: Berglund M & Rydberg U (red.) Beroendelära. Studentlitteratur, Lund.

Berglund M (1995b). *Frivilligorganisationer. Minnesotamodellen*. I: Berglund M & Rydberg U (red.) Beroendelära. Studentlitteratur, Lund.

Bergmark A, Björling B, Grönbladh L, Olsson B, Oscarsson L & Segraeus V (1989). *Klienter i institutionell narkomanvård, Analyser av bakgrund, behandling och utfall*. Pedagogisk Forskning i Uppsala 89, Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet.

Bergmark Å (1994). *Institutionsvård av missbrukare. En studie av Älvgårdens behandlingshem*. Institutionen för Socialt Arbete, Stockholms universitet.

Bergslagsposten (1975). *Alkoholisternas Rällsögården – Vårdhem eller slutstation?* Bergslagsposten 1975-01-22.

Bergström G (1997). *Kriminalitet som livsstil*. Egalité och Johansson & Skyttmo Förlag.

Blomgren P (1974). *Marginalkonflikt vid behandling av narkotikamissbrukare*. Rapport från forskningsgruppen vid narkomanvårdskliniken, nr 3, Långbro sjukhus.

*Bonniers lexikon* (1995). Bonniers, Stockholm.

Börjesson B (1979). *Inre och yttre tvång. En principfråga vid vården av missbrukare*. Samarbetskommittén för socialvårdens målfrågor och Tidens förlag.

Cloninger CR, Bohman M & Sigvardsson S (1981). Inheritance in alcohol abuse. *Archive of General Psychiatry* 38:861–868.

Dahlgren L (1979). *Female alcoholics. A psychiatric and social study*. Avhandling, Karolinska Institutet, Stockholm.

DeLeon G (1994). *The therapeutic community: Toward a general theory and model*. In: Tims FM, De Leon G & Jainhill N (Eds.), Therapeutic Community: Advances in Research and Application. NIDA Research Monograph 114, National Institute on Drug Abuse, Rockville, MD.

Elfving L (1995). *Vinst varje gång? – Kartläggning och utvärdering av externt genomförd behandling enligt Minnesotamodellen, Volymer/kostnader – resultat – en översikt inom en statlig myndighet under åren 1989–93*, Vårdhögskolan i Växjö samt IKM, Växjö.

Elmér Å (1993). Vad nytt under solen? Om missbrukarvården i ett historiskt perspektiv. *Socialt Perspektiv* 72 (4):4–13.

Emrick CD (1987). Alcoholics Anonymous: Affiliation Processes and Effectiveness as Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11 (5):416–423.

Emrick CD & Hansen J (1983). Assertions regarding effectiveness of treatment for alcoholism - fact or fantasy? *American Psychologist* 38:1078–1088.

Eriksson LD (red. 1967). *Varning för vård. En bok om frihetsberövanden, vårdanstalter och vårdideologi*. Söderström & Co Förlags AB.

Fugelstad A (1989). *LVM-vård av Narkomaner. Kartläggning av narkomaner inskrivna på Serafens LVM-hem 1986–1988*. Toxicomanikliniken, Sabbatsbergs Sjukhus & FoU-byrån, Stockholms socialförvaltning, FoU-rapport nr 101.

Fugelstad A (1997). *Drug-related deaths in Stockholm during the period 1985–1994. Causes and manners of deaths in relation to type of drug abuse, HIV-infection and methadone treatment*. Karolinska Institutet, Stockholm. (Akademisk avhandling).

Gallant et al. (1968). Enforced clinic treatment of paroled criminal alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 25:77–83.

Gerdner A (1986). *Uppföljning av Runnagårdens 5-veckorsprogram. 1984 års patienter ett halvår efter utskrivning*, Runnagården, Örebro.

Gerdner A (1995). Viljans tillfrisknande – om alkoholism och andligt omhändertagande. *Socialt Perspektiv*, 2:5–20.

Gerdner A (1997). *LVM-vårdens kvalitet enligt socialtjänstens bedömning.* Statens institutionsstyrelse, SiS-rapport (Under tryckning).

Gerdner A (1998). Compulsory Treatment for Alcohol Use Disorders – Clinical and Methodological Studies of Treatment Outcome. Department of Clinical Alcohol Research. University of Lund. (Akademisk avhandling ).

Gerdner A & Berglund M (1998). Mortality of treated alcoholics after 8 years in relation to short-term outcome. Alcohol and Alcoholism. (Under tryckning).

Gerdner A, Bodin L & Söderfeldt B (1988). *Behandling som hjälp till självhjälp. Minnesota modellen tillämpad på ett svenskt LVM-hem, Runnagården – Bakgrundsfaktorer och resultat.* Örebro läns landsting – Högskolan i Örebro, Rapportserie nr 47.

Gerdner A, Bodin L, Söderfeldt, B & Berglund M (1996). Prediction of outcome in coerced and voluntarily treated alcoholics. *Scandinavian Journal of Social Welfare* vol. 5:106–112.

Gerdner, A, Bodin L, Söderfeldt B & Furuholm P-E (1991). *Fullföljare och avhoppare i behandling för alkoholism.* Socialförvaltningen, Örebro läns landsting, Rapport nr 13.

Gerdner A & Söderfeldt B (1993). Alkoholism som sjukdom. *Nordisk Alkoholtidskrift* 10 (3): 133–144.

Gerdner A & Söderfeldt B (1996). Explaining inconsistencies between patients and collaterals validity in outcome studies of coercive alcoholism treatment. *Scandinavian Journal of Social Welfare*, 5:12–18.

Gerdner A, Söderfeldt B & Berglund M (1998). Social workers and significant others as collaterals of nonresponding alcoholics in follow-up studies using mail questionnaires and telephone interviews. *Scandinavian Journal of Social Welfare* (Under publicering).

Gibbons JD (1993). Nonparametric statistics – an introduction. Series: Quantitative Applications in the Social Sciences 90. Beverly Hills, Sage University Paper.

Goffman E (1961). *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other inmates.* Reprinted (1982) by Penguin Books Ltd. Middlesex, England.

Guba EG och Lincoln Y (1989). *Fourth Generation Evaluation*, Sage Publications, Newsbury Park.

Hasselakollektivet & Englund G (1984). *Fostran för framtiden*, Tidens förlag, Stockholm.

Holm B (1985). *Boken om Åsbrohemmet*, Örebro läns landsting, Örebro.

Hoppe Jakobsson U (1992). *Hur kan vi förstå alkoholisters handlande? Om tankeprocessernas roll i alkoholisternas rehabilitering.* Stockholms universitet, Pedagogiska institutionen. (Akademisk avhandling).

Hunt RJ (1986). Percent agreement, Pearson´s correlation and kappa as measures of interexaminer reliability. *Journal of Dental Research* 65:28–130.

Jenner H (1979). *Mål och verklighet i ett terapeutiskt samhälle. En process- och effektstudie av en behandlingsinstitution för drogmissbrukare.* Pedagogiska institutionen, Uppsala universitet samt Almquist & Wiksell, Stockholm.

Jenner H & Segraeus V (1996). *Att utveckla missbrukarvård genom dokumentation,* SiS rapport 1996:6.

Kinney J & Leaton G (1997). *Att släppa taget,* Studentlitteratur, Lund.

von Knorring, A-L, Bohman, M, von Knorring, L & Oreland, L (1985). Platenet MAO activity as a biological marker in subgroups of alcoholism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72:51–58.

Landis JR & Koch GG (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics* 33:159–174.

Laundergan JC (1982). *Easy Does It. Alcoholism Treatment Outcomes, Hazelden and the Minnesota Model.* Hazelden Foundation, Center City, MN.

Leukefeld CG & Tims FM (1988). Compulsory treatment of drug abuse: Research and clinical practice. National Institute on Drug Abuse (NIDA), *Research Monograph Series* 86.

Lindström L (1986). *Val av behandling för alkoholism.* Liber Förlag, Malmö.

Lindström L (1993). Socialtjänsten och den hemlöse alkoholisten. *Sociologisk Forskning* 1: 29–45.

Löfgren B & Nelson-Löfgren I (1980). *Alkohol – Rus, missbruk, behandling.* Prisma, Stockholm.

Maisto SA & Connors GJ (1992). Using subject and collateral reports to measure alcohol consumption. I: Litten R, Allen J (red.) Measuring alcohol consumption: Chicago Humana Press, Inc., sid 73–96.

Mattson O (1971). *Kommunal socialvård – grundläggande regler*, Coromant AB, Trelleborg.

Moos RH, Finney JW & Cronkite RC (1990). *Alcoholism Treatment – Context, Process and Outcome.*

NY, Oxford University Press.
Olsson O (1997). *LVM-vård 1982–1995.* Rapport 1997:3. Statens institutionsstyrelse, FoU-enheten.
Oscarsson A & Gerdner A (1995). *Kontakten mellan Rällsögården och socialtjänsten – projekt om en dialog*, SiS, Stockholm.
Pagano M & Gauvreau K (1993). *Principles of Biostatistics.* Duxbury Press, Belmont CA.
Pockettidningen R (1979). *En annan historia*, Pockettidningen R, nr 5/6, Bokförlaget Prisma, Lund.
Proposition 1984/85:151. Om statsbidrag till missbrukarvård m.m.
Riksrevisionsverket (1996). Statens institutionsstyrelse – en granskning av tvångsvårdens organisation och administration (RRV) 1996:73.
Rällsögården (1986a). *Sörgården, presentation.* Stencil.
Rällsögården (1986b). *Faserna i arbetet på Sörgården.* Stencil.
Rällsögården (1988a). Stencil i Mellangårdspärmen, i Harriet Lundefors ägo.
Rällsögården (1988b). *Från fattiggård till behandlingshem – inför Rällsögårdens 30-årsjubileum.* Stencil.
Rällsögården (1988c). *"Behandlingshemmet Rällsögården".* Stencil.
Rällsögården (1990). *Rällsögårdens syn på förklarings- och behandlingsmodeller.* Stencil.
Rällsögården (1992). *Rällsögårdens arbetssätt, sammanställt av personal på Rällsögården.* Stencil.
Rällsögården (1993). *Här ges en presentation över verksamheten på Rällsögårdens behandlingshem.* Stencil 930401.
Rällsögården (1995a). *Rällsögårdens alkohol och drogprogram - policy.* Stencil.
Rällsögården (1995b). *Rällsögårdens verksamhetsplan 1995–96.* Stencil.
Rällsögården (1996). *Anhörigprogram på Rällsögården.* Stencil 1996-02-19.
Rällsögården (1997). *Rällsögårdens verksamhetsplan 1997.* Stencil.
SCB (1992a). *Folk- och bostadsräkning 1990, FoB90, del 2, Folkmängd och sammanboende*, Statistiska Centralbyrån, Halmstad.
SCB (1992b). *Folk- och bostadsräkning 1990, FoB90, del 4, Hushåll*, BE 15. Statistiska Centralbyrån, Halmstad.
SCB (1992c). *Folk- och bostadsräkning 1990, FoB90, del 5, Förvärvsarbetande och yrke*, Statistiska Centralbyrån, Halmstad.
SCB (1992d). *Folk- och bostadsräkning 1990, FoB90, del 6, Inkomst och utbildning*, Statistiska Centralbyrån, Halmstad.
SCB (1993). *Insatser för vuxna missbrukare 1982–1993*, Statistiska meddelanden, S38 tabell 6.
SCB (1993a). *Befolkningsstatistik 1992, del 4: Födda och döda, civilståndsförändringar m.m.*
Schlesselman JJ (1982). *Case control studies – design, conduct, analysis.* New York, Plenum Press.
Schmidt W & Popham RE (1980). Sex differences in mortality. A comparison of male and female alcoholics. I: Kalant OJ (red.) Alcohol and Drug Problems in Women. Research Advances in Alcohol and Drug Problems, vol. 5, sid 365–384. Plenum Press, New York.
Segraeus V (1994). *Var står vi? Ackumulerad kunskap och erfarenhet inom institutionell missbrukarvård, utifrån en dialog forskare – praktiker*, Statens institutionsstyrelse, SiS-rapport 1, Stockholm.
SFS (1913). *Alkoholistlagen.* Svensk författningssamling 1913:102.
SFS (1931). *Alkoholistlagen.* Svensk författningssamling 1931:233.
SFS (1954). *Nykterhetsvårdslagen.* Svensk författningssamling 1954:579.
SFS (1956). *Socialhjälpslagen.* Svensk författningssamling 1956:56.
SFS (1980a). *Socialtjänstlagen.* Svensk författningssamling 1980:620.
SFS (1980b). Lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga. Svensk författningssamling 1980:621.
SFS (1981). *Lag om vård av missbrukare i vissa fall.* Svensk författningssamling 1981:1243.
SFS (1988). *Lag om vård av missbrukare i vissa fall.* Svensk författningssamling 1988:870.
Socialstyrelsen (1981). *Hem för vård eller boende.* SOSFS 1981:1226.
Socialstyrelsen (1982). *Hem för vård eller boende.* Allmänna råd från Socialstyrelsen 1982:5.
Socialstyrelsen (1989). *LVM tillämpning av lagen.* Allmänna råd från Socialstyrelsen 1989:3.
Socialstyrelsen (1997). *Tillämpning av lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall.* Allmänna råd, Socialstyrelsens författningssamling, SOSFS 1997:6.

Sobell LC, Cunningham JA, Sobell MB & Toneatto T (1993). *A life-span perspective on natural recovery (self-change) from alcohol problems.* In: Baer J.S., Marlatt, A. & McMahon, RJ (eds.) Addictive behaviors across the life span – Prevention, treatment and policy issues. Sage Publications, Newsbury Park.

Spolin K (1987). *Rapport från Rällsögården.* Stencil, 1987-03-20.

Starborg E (1989). *Lek och likväntan.* Rubicon, Solna.

Statens institutionsstyrelse (1996). *Institutionsvård i förändring.* Rapport 1996:5.

Stenbäcker R (1982). *Generella problemställningar, möjligheter och begränsningar i samband med vårdresursplaneringen inom Örebro län.* Örebro läns landstings socialförvaltning. Stencil, 1982-08-13.

Stickler A (1997). Rällsö unikt med program för kriminella missbrukare. *Sistone*, 1997/4: 10–11.

*Svenska akademiens ordlista* (1982). 10:e uppl., PA Norstedts & söners förlag, Stockholm.

Svensson B (1997). Livet som narkoman. *Nordisk alkohol & narkotikatidskrift*, 14 (4): 219–230.

Thelander A (1979). *Hasselakollektivet en rapport om vårdinnehåll och vårdideologi på ett hem för unga narkomaner.* Prisma, Stockholm.

Walsch DC et al. (1991). A randomized trial of treatment options for alcohol abusing workers. *The New England Journal of Medicine*, 325 (11): 775–782.

Westerlund M (1995). *Grindstugan – Behandling i öppenvård för alkoholism/kemiskt beroende enligt Minnesotamodellen.* Habiliteringsförvaltningen Örebro läns landsting, Örebro.

Vårdresursplaneringen (1981). *VRP för Örebro län.* Stencil.

Vårdresursplaneringen (1984). *VRP för Örebro län 1984–86, Bilaga 1.* Stencil.

Vårdresursplaneringen (1986). *VRP för Örebro län 1987–89.* (Remissupplagan). Stencil.

Vårdresursplaneringen (1989). *VRP för Örebro län 1990–92.* Stencil.

Vårdresursplaneringen (1993). *Årsstatistik för mellansvenska samarbetsregionen 1993.* Stencil.

Vårdresursplaneringen (1994). *Halvårsstatistik för 1:a halvåret 1994.* Stencil.

Öjehagen (1997). Riktlinjer för matchning mellan öppenvård och behandlingshem i vård av missbrukare. I: Svenska psykiatriska föreningen och SPRI. Alkoholproblem - kliniska riktlinjer för utredning och behandling. *Svensk Psykiatri* nr 4/1997. SPRI´s förlag.

Öjehagen A & Berglund M (1989). Changes in drinking goal in a two-year out-patient alcoholic treatment program. *Addictive Behaviour* 14, 1–9.

Österling A (1997). *Alcohol problems in Women. Gender characteristics relevant for identification in clinical and health screening settings.* Department of Clinical Alcohol Research, University of Lund. (Akademisk avhandling).

Örebro läns landsting (1982). *Förslag angående vård och organisationsförändringar på Rällsögården, 1982-12-13.* Stencil.

Örebro läns landsting (1985). *Beslutsunderlag till omstrukturering av institutionsvården, Rällsögården – Verksamhetens nuvarande omfattning och inriktning* , sid 27–30, 1985-03-28. Stencil.

Örebro läns landsting (1989). *Fastställande av mål för landstingets behandlingshem Rällsögården.* Stencil.

## Intervjuer

Vid ett flertal tillfällen mellan 1993 och 1997:

Ingrid Hedström, behandlingsassistent på Rällsögården.
Berith Lind, behandlingsassistent på Rällsögården.
Harriet Lundefors, institutionschef på Rällsögården.
Carl-Gustaf Mässing, behandlingsassistent på Rällsögården.
Eva Wåhlberg, behandlingsassistent på Rällsögården.
Ralph Stenbäcker, f.d. avdelningschef vid Sociala avdelningen, Örebro läns landstings socialförvaltning.
Dialogföreläsning med personal på Rällsögården 97-03-12.

# Appendix 1

| Ifylles av Rällsögården | |
|---|---|
| IP-nr: | år: |
| Behandl avslutad: | |
| Svarsdatum: | |
| Telefonintervju: ☐ | |

## UPPFÖLJNINGSENKÄT TILL KLIENTER

### Alkoholbruk:

1. Hur bedömer Du Ditt drickande **före** behandlingen? Kryssa för ett alternativ:

   ☐ helt nykter
   ☐ måttligt socialt drickande
   ☐ missbruk av alkohol, men begränsat till helger
   ☐ missbruk av alkohol, ej begränsat till helger
   ☐ missbruk av alkohol, snart sagt varje dag eller kväll
   ☐ perioder av heltidsdrickande

2. Hur bedömer Du Ditt drickande **numera**? Kryssa för ett alternativ:

   ☐ helt nykter
   ☐ måttligt socialt drickande
   ☐ missbruk av alkohol, men begränsat till helger
   ☐ missbruk av alkohol, ej begränsat till helger
   ☐ missbruk av alkohol, snart sagt varje dag eller kväll
   ☐ perioder av heltidsdrickande

3. Hur har Ditt alkoholdrickande förändrats sedan behandlingen?

   a. Hur **ofta** dricker Du jämfört med tidigare?
   ☐ oftare
   ☐ ungefär lika ofta
   ☐ mer sällan
   ☐ mycket mer sällan
   ☐ ej använt alkohol

   b. Hur **stor mängd** dricker Du jämfört med tidigare?
   ☐ mer
   ☐ ungefär som förr
   ☐ mindre
   ☐ mycket mindre
   ☐ ej använt alkohol

4. När drack Du alkohol senast?

(ungefärligt datum): Månad ..... År .....
□ har ej druckit efter behandlingen

5. Hur många återfall i alkoholmissbruk har Du haft efter behandlingen?

(antal): .....

6. Längsta nyktra period sedan behandlingen?

(antal veckor): .....

7. Hur många av de senaste 30 dagarna har Du överhuvudtaget druckit alkohol?

(antal dagar): .....

**Drogbruk annat än alkohol:** (Med droger avses här såväl lagliga som illegala droger. Dvs lugnande, ångestdämpande, sömngivande, uppiggande psykofarmaka och olika slags narkotika.)

---

8. Hur bedömer Du Ditt drogbruk **före** behandlingen? Kryssa för ett alternativ:

- □ ingen droganvändning
- □ korrekt medicinering enligt läkarordination
- □ missbruk av mediciner från läkare (ex. högre doser) mer än enstaka tillfällen
- □ missbruk av illegal narkotika mer än enstaka tillfälle
- □ perioder av dagligt drogmissbruk

9. Hur bedömer Du Ditt drogbruk **numera**?

- □ ingen droganvändning
- □ korrekt medicinering enligt läkarordination
- □ missbruk av mediciner från läkare (ex högre doser) mer än enstaka tillfällen
- □ missbruk av illegal narkotika mer än enstaka tillfällen
- □ perioder av dagligt drogmissbruk

10. Hur har Ditt drogbruk förändrats sedan behandlingen?

a. Hur **ofta** använder Du droger jämfört med tidigare?

- ☐ oftare
- ☐ ungefär lika ofta
- ☐ mer sällan
- ☐ mycket mer sällan
- ☐ ej använt droger

b. Hur **stor mängd** droger använder Du jämfört med tidigare?

- ☐ mer
- ☐ ungefär som förr
- ☐ mindre
- ☐ mycket mindre
- ☐ ej använt droger

## Deltagande i frivilliga stödgrupper och/eller självhjälpsgrupper

11. Vilken eller vilka av följande grupper har Du för närvarande kontakt med?

- ☐ Anonyma Alkolister (AA)
- ☐ Länkarna
- ☐ Anonyma Narkomaner (NA)
- ☐ RIA
- ☐ LP-stiftelsen
- ☐ RFHL
- ☐ Verdandi
- ☐ ALRO
- ☐ annan organisation,
  vilken .....
- ☐ ingen kontakt ☞ **Gå till fråga 14.**

12. Hur ofta deltar Du i Din grupps möten?

- ☐ normalt mer än en gång/vecka
- ☐ ungefär en gång/vecka
- ☐ ungefär 2-3 gånger /månad
- ☐ ungefär en gång/månad
- ☐ mindre än en gång/månad
- ☐ deltar ej

13. Hur aktiv är Du i Din stödgrupp jämfört med tidigare?

- ☐ mer aktiv
- ☐ som förr
- ☐ mindre aktiv
- ☐ deltog ej tidigare

## Social situation

14. Hur ser Din nuvarande arbetssituation ut?

- ☐ anställd
- ☐ egen företagare
- ☐ studerande
- ☐ hemmafru/man
- ☐ arbetslös
- ☐ ålderspension
- ☐ förtidspension/sjukbidrag
- ☐ annat,
  vad .....

  .....

15. Vilket är Ditt yrke? (Gäller även dem som f n inte har ett arbete.) Ange så noggrant som möjligt:

.....

.....

16. Har Du upplevt något av följande i Ditt arbete **sedan** behandlingen?

- ☐ befordran till högre tjänst/bättre jobb
- ☐ nytt och likvärdigt jobb
- ☐ samma arbete som tidigare
- ☐ lägre tjänst/sämre jobb
- ☐ pensionerats eller fått sjukbidrag
- ☐ slutat och är nu utan jobb
- ☐ har ej haft arbete
- ☐ annat,
  vad .....

  .....

17. Hur många veckor har Du varit sjukskriven de senaste 6 månaderna?

(antal veckor, max 26): .....

18. Har Du fått ekonomiskt bistånd från socialtjänsten sedan behandlingen?

- ☐ ja
- ☐ nej

19. Hur har storleken på eventuellt bistånd från socialtjänsten förändrats sedan behandlingen? Har det...

- ☐ upphört
- ☐ minskat stort
- ☐ minskat
- ☐ samma
- ☐ ökat
- ☐ ej aktuellt

20. Hur bor Du för närvarande?

- ☐ egen bostad
- ☐ andrahandsbostad
- ☐ bor inneboende
- ☐ övergångsbostad, inackorderingshem, halvvägshem e.d.
- ☐ saknar bostad
- ☐ annat boende,
  vad .....

  .....

21. Har Du sedan behandlingen varit föremål för någon av följande samhällsåtgärder? Kryssa för tillämpliga alternativ:

- ☐ LOB, tagen av polis för fylleri
- ☐ körkortsindragning
- ☐ LVM-dom (tvångsvård för missbruk)
- ☐ skyddstillsyn
- ☐ fängelse
- ☐ nej, ingen motsvarande åtgärd

22. Har Du sedan behandlingen varit föremål för vård i någon av följande former? Kryssa för tillämpliga alternativ:

- ☐ avgiftning
- ☐ behandling för missbruk i öppenvård
- ☐ behandling för missbruk på behandlingshem
- ☐ psykiatrisk öppenvård
- ☐ psykiatrisk avdelning
- ☐ inläggning på kroppssjukhus
- ☐ nej, ingen motsvarande vård

## Familjesituation

23. Är Du för närvarande

- ☐ ensamstående
- ☐ sambo
- ☐ gift

24. Lever Du för närvarande tillsammans med barn (egna eller annans)?

- ☐ ja
- ☐ nej

25. Har Du **sedan behandlingen** blivit

- ☐ änka eller änkling
- ☐ skild eller separerad
- ☐ inget av detta

## Tankar och attityder

Man kan ha många funderingar, tankar och attityder kring alkohol och alkoholism. Här följer några påståenden och uppfattningar som vi vill att Du tar ställning till. Var snäll och markera Din uppfattning med ett kryss (X) i passande ruta.

| | instämmer absolut | | | | | | instämmer absolut **inte** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 a. "Att dricka sig berusad är ett sätt att sätta guldkant på tillvaron". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. "Att dricka sig berusad är ett sätt att fly undan verklighetens bekymmer". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. "Att dricka sig berusad är ett sätt att få göra sådant man annars inte tillåter sig". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | instämmer absolut | | | | | | instämmer absolut **inte** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 26 c. "Alkoholister har sig själva att skylla". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. "Total nykterhet/drogfrihet är bästa sättet att hantera mina missbruksproblem". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. "Måttlighet är bästa sättet att hantera mina missbruksproblem". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. "Jag klarar mina missbruksproblem bäst på egen hand". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. "Deltagande i stödgrupper har central betydelse för att missbrukare ska må bra". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. "Det gäller bara att ta sig i kragen och en gång för alltid bestämma sig att sluta missbruka". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. "Man får besluta sig för att inte missbruka på nytt varje dag - en dag i taget". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| k. "När det gäller missbruk får man ta dagen som den kommer - det som sker det sker". | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

## Personlig utveckling

Man kan ha många upplevelser av och synpunkter på sin personliga utveckling. Fundera över hur Du hanterar dessa områden nu jämfört med tiden före behandlingen. Var snäll och markera Din uppfattning med ett kryss (X) i passande ruta efter hur den förändrats.

| | mycket bättre | | som förr | | | mycket sämre |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 27 a. Relation till anhöriga och vänner. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ☐ kan ej svara | | | | | |
| b. Din kroppsliga hälsa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ☐ kan ej svara | | | | | |
| c. Din psykiska hälsa (frånvaro av oro, ångest, depression, sömn- och koncentrationsproblem). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ☐ kan ej svara | | | | | |
| d. Förmåga att klara motgångar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ☐ kan ej svara | | | | | |

## Känsloliv

Hur har Ditt känsloliv förändrats jämfört med före behandlingen?
Skriv ett kryss (X) i den ruta på **"Nu-skalan"** som motsvarar hur Du känner Dig **numera**. Sätt ett annat kryss (X) på **"Då-skalan"** för att markera hur Du **brukade** känna Dig månaden före behandlingen.

**Exempel:** Om Du numera brukar vara *ganska* glad, och Du tidigare ofta var *mycket* ledsen, markera så här:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu glad | | | X | | | | | Nu ledsen |
| Då glad | | | | | | | X | Då ledsen |

28.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu bitter | | | | | | | | Nu tacksam |
| Då bitter | | | | | | | | Då tacksam |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu hatisk | | | | | | | | Nu kärleksfull |
| Då hatisk | | | | | | | | Då kärleksfull |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu harmonisk | | | | | | | | Nu ångestfylld |
| Då harmonisk | | | | | | | | Då ångestfylld |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu lycklig | | | | | | | | Nu olycklig |
| Då lycklig | | | | | | | | Då olycklig |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu sluten | | | | | | | | Nu öppen |
| Då sluten | | | | | | | | Då öppen |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu aktiv | | | | | | | | Nu passiv |
| Då aktiv | | | | | | | | Då passiv |

## Upplevelse av behandlingen

När Du nu ser tillbaka på behandlingen, hur bedömer Du de olika behandlings-inslagens betydelse för att hjälpa Dig? Sätt ett kryss (X) i lämplig ruta för att markera Din inställning.

| | mycket god hjälp | | | | | | ingen hjälp | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 a. Individuella behandlingsamtal med gruppledare och kontaktman. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ☐ minns ej |
| b. Gruppsamvaro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ☐ minns ej |
| c. Egna uppgifter till veckosamtal. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ☐ minns ej |
| d. Träning i klädvård, kroppsvård och städning. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ☐ minns ej |
| e. Morgonsamling. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ☐ minns ej |
| f. Avslappning/motion. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ☐ minns ej |
| g. Social planering/kontakt med soc-tjänsten/öppenvård. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | ☐ minns ej |

| | mycket god hjälp | | | | | | ingen hjälp |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 h. Arbetsträning. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ☐ minns ej | | | | | | |
| i. Eftervård/utslussning. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | ☐ minns ej | | | | | | |

## Upplevelse av påtryckning/tvång

Många utsätts för påtryckningar av sin omgivning för att söka behandling. Påtryckningarna kan vara av olika slag: från familjen, från arbetsgivare, från länsrätt (LVM) m.m. Detta kan ske oberoende av om Du vårdas frivilligt eller får behandling enligt LVM. Ibland kan man ha en uppfattning om tvånget när det sker och en annan när man tänker tillbaka.

Hur har Din inställning till dessa påtryckningar förändrats sedan dess? Markera med kryss (X) Din ***nuvarande*** inställning på **"Nu-skalan"** och ***dåvarande*** på **"Då-skalan".**

30.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nu** | | | | | | | | **Nu** |
| mycket positiv | | | | | | | | mycket negativ |
| mycket positiv | | | | | | | | mycket negativ |
| **Då** | | | | | | | | **Då** |

## Upplevelse av enkäten

31. Anser Du att undersökningen är meningsfull?

- ☐ ja, absolut
- ☐ ja, i stort sett
- ☐ nej, stort sett inte
- ☐ nej, absolut inte

32. Var frågorna klara och begripliga?

- ☐ ja, absolut
- ☐ ja, i stort sett
- ☐ nej i stort sett inte
- ☐ nej absolut inte

**Kommentarer:**

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

***Tack för Din medverkan!***

# Appendix 2

| Ifylles av Rällsögården | |
|---|---|
| IP-nr: | år: |
| Behandl avslutad: | |
| Svarsdatum: | |
| Telefonintervju: ☐ | |

## UPPFÖLJNINGSENKÄT TILL SOCIALTJÄNSTEN

### Kontakt:

1. Hur många kontakter har NN haft med Din socialbyrå?

   a. Efter behandlingen. Ungefärligt antal .....

   b. Senaste halvåret. Ungefärligt antal .....

Om NN **ej** haft någon kontakt med byrån och om Du eller Dina kollegor inte på annat sätt har kunskap om NN och därför ej kan svara, ombedes Du sätta ett kryss i vidstående ruta och återsända enkäten. *Ingen kontakt med eller annan kunskap om NN* ☐

### Alkoholbruk:

2. Vilken beskrivning passar enligt Din mening bäst in på NNs drickande **före** behandlingen? Kryssa för ett alternativ:

   ☐ helt nykter
   ☐ måttligt socialt drickande
   ☐ missbruk av alkohol, men begränsat till helger
   ☐ missbruk av alkohol, ej begränsat till helger
   ☐ missbruk av alkohol, snart sagt varje dag eller kväll
   ☐ perioder av heltidsdrickande

3. Vilken beskrivning passar enligt Din mening bäst in på NNs drickande **numera**? Kryssa för ett alternativ:

- ☐ helt nykter
- ☐ måttligt socialt drickande
- ☐ missbruk av alkohol, men begränsat till helger
- ☐ missbruk av alkohol, ej begränsat till helger
- ☐ missbruk av alkohol, snart sagt varje dag eller kväll
- ☐ perioder av heltidsdrickande

4. Hur har NNs alkoholdrickande förändrats sedan behandlingen?

   a. Hur **ofta** dricker NN jämfört med tidigare enligt vad Du känner till?
   - ☐ oftare
   - ☐ ungefär lika ofta
   - ☐ mer sällan
   - ☐ mycket mer sällan
   - ☐ ej använt alkohol

   b. Hur **stor mängd** dricker NN jämfört med tidigare, enligt vad Du vet?
   - ☐ mer
   - ☐ ungefär som förr
   - ☐ mindre
   - ☐ mycket mindre
   - ☐ ej använt alkohol

5. När drack NN alkohol senast, enligt vad Du känner till?

   (ungefärligt datum): Månad ..... År .....
   - ☐ har ej druckit efter behandlingen

6. Hur många återfall i alkoholmissbruk har NN haft efter behandlingen, enligt vad Du vet?

   (antal): .....

7. Längsta nyktra period för NN sedan behandlingen, som Du uppskattar den?

   (antal veckor): .....

8. Hur många dagar under de senaste 30 dagarna har NN överhuvudtaget druckit alkohol, enligt vad Du känner till?

   (antal dagar): .....

**Drogbruk annat än alkohol:** (Med droger avses här såväl lagliga som illegala droger. Dvs lugnande, ångestdämpande, sömngivande, uppiggande psykofarmaka och olika slags narkotika.)

9. Vilken beskrivning passar bäst in på NNs drogbruk **före** behandlingen? Kryssa för ett alternativ:

- ☐ ingen droganvändning
- ☐ korrekt medicinering enligt läkarordination
- ☐ missbruk av mediciner från läkare (ex. högre doser) mer än enstaka tillfällen
- ☐ missbruk av illegal narkotika mer än enstaka tillfälle
- ☐ perioder av dagligt drogmissbruk

10. Hur bedömer Du NNs drogbruk **numera**?

- ☐ ingen droganvändning
- ☐ korrekt medicinering enligt läkarordination
- ☐ missbruk av mediciner från läkare (ex högre doser) mer än enstaka tillfällen
- ☐ missbruk av illegal narkotika mer än enstaka tillfällen
- ☐ perioder av dagligt drogmissbruk

11. Hur har NNs drogbruk förändrats sedan behandlingen?

a. Hur **ofta** använder NN droger jämfört med tidigare?

- ☐ oftare
- ☐ ungefär lika ofta
- ☐ mer sällan
- ☐ mycket mer sällan
- ☐ ej använt droger

b. Hur **stor mängd** droger använder NN jämfört med tidigare?

- ☐ mer
- ☐ ungefär som förr
- ☐ mindre
- ☐ mycket mindre
- ☐ ej använt droger

## Deltagande i frivilliga stödgrupper och/eller självhjälpsgrupper

12. Har NN enligt vad Du vet, kontakt med någon frivillig stödgrupp eller självhjälpsgrupp?

- ☐ Anonyma Alkolister (AA)
- ☐ Länkarna
- ☐ Anonyma Narkomaner (NA)
- ☐ RIA
- ☐ LP-stiftelsen
- ☐ RFHL
- ☐ Verdandi
- ☐ ALRO
- ☐ annan organisation,
  vilken .....
- ☐ ingen känd kontakt med stödgrupp eller självhjälpsgrupp

## Social situation

13. Hur ser NNs nuvarande arbetssituation ut?

- ☐ anställd
- ☐ egen företagare
- ☐ studerande
- ☐ hemmafru/man
- ☐ arbetslös
- ☐ ålderspension
- ☐ förtidspension/sjukbidrag
- ☐ annat,
  vad .....

  .....
- ☐ vet ej

14. Vilket är NNs yrke? (Gäller även dem som f n inte har ett arbete.) Ange så noggrant som möjligt:

.....

.....

15. a. Har NN fått ekonomiskt bistånd från socialtjänsten sedan behandlingen?

- ☐ ja
- ☐ nej

b. Har storleken på eventuellt bistånd förändrats sedan behandlingen?

- ☐ upphört
- ☐ minskat stort
- ☐ minskat
- ☐ samma
- ☐ ökat
- ☐ ej aktuellt

16. Hur bor NN för närvarande?

- ☐ egen bostad
- ☐ andrahandsbostad
- ☐ bor inneboende
- ☐ övergångsbostad, inackorderingshem, halvvägshem e.d.
- ☐ saknar bostad
- ☐ annat boende,
  vad .....

  .....
- ☐ vet ej

17. Har NN sedan behandlingen varit föremål för någon av följande samhällsåtgärder? Kryssa för tillämpliga alternativ:

- ☐ LOB, tagen av polis för fylleri
- ☐ körkortsindragning
- ☐ LVM-dom (tvångsvård för missbruk)
- ☐ skyddstillsyn
- ☐ fängelse
- ☐ nej, ingen motsvarande åtgärd
- ☐ vet ej

18. Har NN sedan behandlingen varit föremål för vård i någon av följande former? Kryssa för tillämpliga alternativ:

- ☐ avgiftning
- ☐ behandling för missbruk i öppenvård
- ☐ behandling för missbruk på behandlingshem
- ☐ psykiatrisk öppenvård
- ☐ psykiatrisk avdelning
- ☐ inläggning på kroppssjukhus
- ☐ nej, ingen motsvarande vård
- ☐ vet ej

## Familjesituation

19. Är NN för närvarande

- ☐ ensamstående
- ☐ sambo
- ☐ gift

20. Lever NN för närvarande tillsammans med barn (egna eller annans)?

- ☐ ja
- ☐ nej

21. Har NN **sedan behandlingen** blivit

- ☐ änka eller änkling
- ☐ skild eller separerad
- ☐ inget av detta

## Personlig utveckling

Här följer en lista över möjliga områden för personlig utveckling. Fundera över hur NN hanterar dessa områden nu jämfört med tiden före behandlingen. Var snäll och markera Din uppfattning med ett kryss (X) i passande ruta efter hur den förändrats.

| | mycket bättre | | som förr | | | mycket sämre |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 22 a. Relation till anhöriga/vänner. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

□ kan ej svara

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| b. NNs kroppsliga hälsa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

□ kan ej svara

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| c. NNs psykiska hälsa (frånvaro av oro, ångest, depression, sömn- och koncentrationsproblem etc). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

□ kan ej svara

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| d. NNs förmåga att klara motgångar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

□ kan ej svara

## Känsloliv

Hur bedömer Du att NNs känsloliv förändrats jämfört med före behandlingen? Nedan anges motsatspar med exempel på olika känslor.
Skriv ett kryss (X) i den ruta på **"Nu-skalan"** som motsvarar hur det är **numera**. Sätt ett annat kryss (X) på **"Då-skalan"** för att markera hur Du tror att NN **brukade** känna månaden före behandlingen.

**Exempel:** Om NN numera är *ganska* glad och NN tidigare ofta var *mycket* ledsen, markera så här:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu glad | | | X | | | | | Nu ledsen |
| Då glad | | | | | | | X | Då ledsen |

23.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nu bitter | | | | | | | | Nu tacksam |
| Då bitter | | | | | | | | Då tacksam |
| Nu hatisk | | | | | | | | Nu kärleksfull |
| Då hatisk | | | | | | | | Då kärleksfull |
| Nu harmonisk | | | | | | | | Nu ångestfylld |
| Då harmonisk | | | | | | | | Då ångestfylld |
| Nu lycklig | | | | | | | | Nu olycklig |
| Då lycklig | | | | | | | | Då olycklig |
| Nu sluten | | | | | | | | Nu öppen |
| Då sluten | | | | | | | | Då öppen |
| Nu aktiv | | | | | | | | Nu passiv |
| Då aktiv | | | | | | | | Då passiv |

## Upplevelse av enkäten

24. Anser Du att undersökningen är meningsfull?

- ☐ ja, absolut
- ☐ ja, i stort sett
- ☐ nej, stort sett inte
- ☐ nej, absolut inte

25. Var frågorna klara och begripliga?

- ☐ ja, absolut
- ☐ ja, i stort sett
- ☐ nej i stort sett inte
- ☐ nej absolut inte

## Kommentarer:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Datum ..... Telefon .....

Namn .....
Socialsekreterare som fyllt i enkäten (Var vänlig TEXTA)

***Tack för Din medverkan!***

# Appendix 3

## Validitet i enkätundersökningen

### Missbruk och social situation

Överensstämmelse för dikotoma eller dikotomiserade variabler har prövats med Cohens Kappa, ett mått som korrigerar för slumpvis överensstämmelse, och som därmed är strängare än enkla korrelationsmått. Kappa kan signifikansprövas, men signifikans är svår att uppnå om jämförelserna är få till antalet. Signifikansnivån bör därför kunna sättas till p<0,10. Kappa-värdena kan också tolkas enligt följande <0,00 ="poor", 0,00-0,20="slight", 0,21-0,40="fair", 0,41-0,60 = "moderate", 0,61-0,80="substantial" samt 0,81-1,00 ="almost perfect".[1]

Tjugosju jämförelser angående situationen efter utskrivningen har prövats: fem handlar om drickande, tre om drogande, sju om nya vårdtillfällen, sex om nya samhällssanktioner och sex om den sociala situationen. För nio av jämförelserna kunde Kappa tekniskt ej beräknas p.g.a. bristande variabilitet.[2] Här var dock överensstämmelsen mellan klient och socialsekreterare så gott som fullständig. Dessa gällde dels samtliga tre drogfrågor, dels frågor om vissa eventuella samhällssanktioner och

| | n = | Procent | Kappa |
|---|---|---|---|
| Förekomst av aktuellt alkoholmissbruk | 18 | 72 | 0,46* |
| Minskning av alkoholdrickande i frekvens | 16 | 75 | 0,43‡ |
| Minskning av alkoholdrickande i kvantitet | 16 | 69 | 0,23 |
| Fler än 2 återfall | 8 | 63 | 0,25 |
| Druckit någon gång senast 30 dagarna | 10 | 80 | 0,53‡ |
| Inlagd på avgiftning sedan utskrivning | 15 | 80 | 0,54** |
| Psykiatrisk öppenvård sedan utskrivning | 15 | 87 | 0,07 |
| Inlagd på psykiatrisk avdelning sedan utskrivning | 15 | 93 | 0,63** |
| Inlagd på kroppssjukhus sedan utskrivning | 15 | 67 | 0,24 |
| Någon vård sedan utskrivning | 15 | 80 | 0,52* |
| LOB-ad, dvs tagen i arrest för fylleri, sedan utskrivning | 15 | 73 | 0,44‡ |
| Någon samhällssanktion sedan utskrivning | 15 | 73 | 0,44‡ |
| Erhållit socialbidrag sedan utskrivning | 17 | 88 | 0,76*** |
| Ev socialbidrag minskat | 15 | 87 | 0,67** |
| Har egen bostad | 17 | 94 | 0,64** |
| Har arbete | 19 | 90 | 0,78*** |
| Sammanboende | 16 | 100 | 1,00*** |
| Lever med barn | 15 | 93 | 0,63** |

‡: p<0,10; *: p<0,05; **: p<0,01; ***: p<0,001.

**Tabell 49:** *Överensstämmelse mellan svar från socialsekreterare och klient. Andel överens i procent samt Cohen´s Kappa.*

[1] Landis & Koch (1977).
[2] De flesta svar både från olika klienter och olika socialsekreterare var likartade.

vårdtillfällen inträffat sedan utskrivningen: körkortsindragning, nytt LVM, skyddstillsyn, fängelse, missbruksbehandling i öppenvård respektive på behandlingshem. För resterande 18 variabler framgår jämförelsen av Tabell 49. Sju variabler har mycket god överensstämmelse (andel överensstämmande svar >86%, Kappa >0,60) och de är signifikanta på högst 0,01-nivån. Ytterligare sju har relativt god (andel överens >72%, Kappa=0,41-0,60), varav tre är signifikant överensstämmande på 0,05-nivån och fyra på 0,10-nivån. För fyra variabler noteras dock klart lägre överensstämmelse (andel överens 63–87%, Kappa<0,40). Det gäller kvantitet drickande, antal återfall, psykiatrisk öppenvård samt vård på kroppssjukhus.
En sämre överensstämmelse kan förväntas när det gäller kvantitet alkohol som konsumeras vid enskilt tillfälle. Socialsekreteraren är ju inte närvarande och har därför svårt att bedöma mängden. Främst vad gäller antalet återfall och drickande senaste månaden finns ett stort internt bortfall, p.g.a. att socialsekreterarna ej ansett sig kunna svara på respektive fråga. Socialtjänsten underrättas inte heller om psykiatrisk öppenvård eller kroppssjukvård och en sämre överensstämmelse i dessa fall kan därför också förväntas.[3]

För alla de variabler där överensstämmelsen brister kan det antingen vara fråga om systematiska fel, dvs att avvikelserna går i viss bestämd riktning, ett problem som handlar om validitet. Eller också kan det handla om slumpvisa skillnader av över- eller underskattning. Problemet handlar då om reliabilitet, dvs precision i mätningen.

Frågan om systematisk tendens har prövats genom Wilcoxons Matched-Pair Signed Ranks Test för samtliga 27 variabler. Jämförelsen har i detta fall gjorts mellan grundvariablerna, dvs utan föregående dikotomisering, vilket är strängare. Inte i något fall finns någon signifikant tendens. I de fyra fall då överensstämmelsen brister mest (Kappa <0,40) är det alltså fråga om brist i reliabilitet, inte i validitet.

## Personlig och känslomässig utveckling

Både klienten och socialsekreteraren har ombetts att skatta klientens situation vad gäller personlig utveckling och känslomässig förändring. Skalorna har så många skalsteg att överensstämmelse ej på ett meningsfullt sätt kan mätas med Cohens Kappa. När det gäller personlig utveckling besvarade 24–27 klienter frågorna och 36–47 socialsekreterare. I 10–12 fall har vi svar från både klienter och socialsekreterare. Den absoluta överensstämmelsen mellan dessa på den sjugradiga skalan varierade mellan 36 procent (psykisk hälsa), och 44 procent (kroppslig hälsa) till 50 procent (relationer och förmåga att klara motgångar). Pearssons korrelation varierade mellan 0,29 (psykisk hälsa), 0,40 (relationer) till 0,51 (klara motgångar) och 0,59 (kroppslig hälsa). Det fanns ingen systematisk tendens till klientens över- eller

[3] När det gäller den psykiatriska öppenvården var dock 13 av 15 svar överens, men eftersom alla dessa 13 uppgav att psykiatrisk öppenvård ej förekommit (bristande variabilitet) erhölls ett lågt Kappa-värde.

underskattning av sin personliga utveckling jämfört med socialsekreteraren när detta prövades med Wilcoxons Matched-Pair Signed Ranks Test.

På frågorna angående den känslomässiga förändringen förelåg 18–20 svar från klienterna och 40–42 från socialsekreterarna. I 8–12 fall finns skattning både från klient och socialsekreterare. För paret (sluten–öppen) fanns ingen positiv korrelation. I övrigt varierade Pearssons korrelation mellan 0,39 (hatisk-kärleksfull), 0,50 (passiv-aktiv), 0,55 (olycklig-lycklig), 0,63 (ångestfull–harmonisk) och 0,82 (bitter–tacksam). Det fanns ingen systematisk tendens till klientens över- eller underskattning av sin personliga utveckling jämfört med socialsekreteraren när detta prövades med Wilcoxons Matched-Pair Signed Ranks Test.

Vi kan därför summera att validiteten för tre av fyra skattningar vad gäller personlig utveckling och för fem av sex skattningar angående känslomässig förändring är acceptabla. Det största problemet gäller den bristande överensstämmelsen vad gäller förändring slutenhet–öppenhet. Visst reliabilitetsproblem föreligger dessutom för skattningen av psykisk hälsa. Om skattningarna skiljer sig har ändå försiktigtvis mest restriktiva värde använts, även om man kan diskutera socialtjänstens möjligheter att korrekt bedöma den psykiska hälsan.