

# **Uppföljning av personer behandlade vid Dianova, Sverige**

**Rapport 24 2008**

**Mats Fridell  
Johanna Crabo  
Maja Gradowska**

**Institutionen för Psykologi, Lunds universitet 2007**

I regeringens narkotikapolitiska handlingsplan för åren 2002–2005 betonades särskilt vikten av forskning på flera områden. Dessutom framhölls betydelsen av att sprida och tillämpa forskningsresultat.

I vår aktionsplan har vi avsatt 42 miljoner kronor i en särskild forskningssatsning och vi har utöver detta finansierat ett flertal studier och kartläggningar. Sammantaget har vi genomfört den största satsningen på svensk narkotikaforskning genom tiderna.

I denna serie presenterar vi ett antal rapporter som är resultatet av denna satsning. Mobilisering mot narkotika har helt eller delvis möjliggjort att dessa studier genomförts. Författarna svarar för tolkningar och slutsatser i de presentationer som redovisas.

Rapportserien vänder sig till yrkesverksamma, beslutsfattare och andra som är intresserade av att få nya och djupare kunskaper inom narkotikapolitikens olika områden.

**Björn Fries**

*Nationell narkotikapolitisk samordnare*

# **Uppföljning av personer behandlade vid Dianova Sverige**

# Förord

Studien initierades av Dianova Sverige som 2004 sökte kontakt med Mats Fridell i syfte att få en utvärdering genomförd. Denna kunde påbörjas 2005 efter ekonomiskt stöd från Mobilise-ring mot Narkotika. En tanke var att hålla kostnader nere genom att två studenter på termin 10 av psykologutbildningen åtog sig att genomföra all datainsamling och preliminär avrapportering i form av en psykologexamenssuppsats: Johanna Crabo och Maja Gradowska (2006). Hur har det gått för Dianova Sveriges Klienter - En utfallsstudie av personer behandlade för drogmissbruk. Johanna Crabo och Maja Gradowska gjorde tillsammans med Dianovas personal en uppdatering och systematisering av uppgifter från inskrivningstillfället, vilka sedan användes i urvalsförfarandet. Psykologexamenssuppsatsen nådde 38 patienter och tillsammans med Dianova bestämdes att göra ett nytt försök att få in fler intervjuer. I sin slutliga form omfattar studien därför 43 patienter vilket utgör 65% av alla levande klienter. Därtill kommer 5 personer som avlidit av den ursprungliga kohorten som utgjorde 72 personer, vilket gör att utfallet är känt för 67% av hela gruppen när både fullföljare och avhoppare ingår, s k intent-to-treat-design.

Datainsamling har helt gjorts av Johanna Crabo och Maja Gradowska under handledning av Mats Fridell. Design, analys och slutrapport är en gemensam produkt av de tre författarna.

I en studie av detta slag hamnar fokus främst på de problem och svårigheter som följer med ett drogmissbruk och kanske i mindre grad de resurser de haft och kanske förvärvat under sin vistelse i DIANOVA. En poäng med att som här använda standardiserade skalor, test och frågebatterier är att jämförelser kan göras med andra undersökningsgrupper och sist men inte minst att vi kan se om gruppen diagnostiskt har lika svåra patienter som andra undersökningar.

Stort tack till de personer som har medverkat och som generöst och tålmodigt delat med sig av sina personliga erfarenheter. Stort tack till Margit Eli Vånar och Krister Persson på Rusmiddelstaten i Oslo kommun för tillgång till den kvalitetsenkät som använts samt som jämförelsematerialet. Ett stort tack vill vi rikta till personalen på Dianova Sverige som utfört det inledande kontaktarbetet med deltagarna i studien samt stått till förfogande med lokaler, praktisk hjälp och varit tillgängliga för våra frågor.

## Tillkännagivanden:

Studien har kommit till genom arbetsinsatserna från Johanna Crabo och Maja Gradowska som del i deras psykologexamensarbete, dels med stöd för en kompletterande uppföljningsdel från Dianova Sverige och slutligen genom ett anslag från Mobilisering mot Narkotika: Dnr 105/ 2005.

# Innehåll

<b>FÖRORD</b> .....	3
<b>SAMMANFATTNING</b> .....	7
<b>DIANOVA SOM BEHANDLINGSORGANISATION</b> .....	8
<b>Dianova som en form av terapeutiskt samhälle</b> .....	9
Historik.....	9
Organisation.....	10
Klientgrupp.....	10
Behandlingsinnehåll.....	11
Behandlingsmodellen.....	12
<b>Resultat i miljöterapeutisk behandling</b> .....	12
Om utfallskriterier.....	12
Behandlingstidens inverkan samt problemet med dropout.....	13
Organisationsfaktorer.....	14
Missbruk och psykisk störning.....	15
Sociala nätverk.....	18
Resultat från utfallsstudier.....	18
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b> .....	21
<b>METOD</b> .....	22
<b>Inklusionskriterier</b> .....	22
<b>Tillvägagångssätt och etiska beaktanden</b> .....	23
<b>Instrumentbeskrivning</b> .....	24
Addiction Severity Index uppföljning (ASI).....	24
Time Line Follow Back (TLFB) -metoden.....	25
Dokumentation inom Missbrukarvården – DOK.....	26
The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT).....	26
Symptom Checklist (SCL-90).....	26
Personlighetsstörning enligt DSM-IV.....	27
DSM-IV Personality Questionnaire (DIP-Q).....	29
Global Assessment of Functioning Scale (GAF).....	30
Basic Character Trait Test (BCT).....	31
Känsla av Sammanhang (KASAM).....	31

The Interview Schedule of Social Interaction (ISSI-SR) .....	31
Brukarundersökning för kvalitetsmätning (kvalitetsenkät) .....	32
<b>Jämförelsematerial</b> .....	33
<b>Statistik</b> .....	33
<b>MATERIALBESKRIVNING</b> .....	34
<b>Den intervjuade gruppen</b> .....	36
<b>RESULTAT</b> .....	37
<b>Representativitetsanalys</b> .....	37
<b>Hur ser gruppen ut vid uppföljningen ?</b> .....	38
Missbruk, alkohol- och narkotikabruk .....	38
Alkoholvanor enligt AUDIT .....	41
Aktuella behandlingskontakter .....	41
Arbete, försörjning och bostad .....	41
Somatisk hälsa .....	43
Psykisk hälsa .....	44
Psykiska symtom enligt Symptom Checklist - SCL-90 .....	45
Personlighetsstörningar enligt DIP-Q.....	47
GAF .....	49
Personlighetstestet – Grundläggande karaktärsdrag – BCT .....	50
Upplevelse av Sammanhang och socialt nätverk m m .....	52
KASAM.....	52
Familj och umgänge .....	53
ISSI-SR .....	54
Kriminalitet .....	55
<b>Kvalitetsstudie</b> .....	56
<b>DISKUSSION</b> .....	60
Utfallet.....	60
Vad tyckte klienterna om behandlingen? .....	64
Studiens representativitet.....	66
Avslutande kommentar och sammanfattning .....	67
<b>REFERENSER</b> .....	68

# Sammanfattning

Föreliggande arbete är en utvärdering av Dianova Sverige och följer personerna i en kohort bestående av samtliga som skrivits in på behandling för drogmissbruk (n=72) vid Dianova mellan 2002-09-01 och 2004-06-31. Fyrtiotre personer intervjuades med en standardiserad intervju (ASI) och en rad psykologiska bedömningsinstrument, AUDIT, SCL-90, DIP-Q, GAF, KASAM, BCT, ISSI-SR samt en kvalitetsenkät. Uppföljningsprocenten beräknat på de som levde (n=67) var rimligt hög (65%). Fem personer hade avlidit och 24 kunde inte spåras. En anledning att standardiserade mätmetoder användes var bl a att undersöka om Dianovas behandlingsgrupp avvek ifråga om belastning från andra behandlingsgrupper med narkotikaberoende.

Vid inskrivning var de intervjuade en tungt belastad grupp. I genomsnitt hade missbruket pågått i över 11 år. Medelåldern var 31,2 år och i snitt hade personerna 1,7 behandlingsförsök före behandlingen på Dianova. Amfetamin var den vanligaste drogen och användes av 17 (40%) följt av heroin, 16 personer (37%). Merparten missbrukade mer än en drog där cannabis var vanligast (13) (30%) följt av olika lugnande medel för 12 personer (28%). Majoriteten (58%) var bostadslösa vid inskrivning i behandling och 70% försörjde sig på socialbidrag, 21% huvudsakligen genom kriminell verksamhet. Majoriteten (61%) hade grundskola som högsta utbildningsnivå.

Efter behandling på något av Dianovas behandlingsinstitutioner i Europa och Amerika, fullföljde 63% i gruppen eftervård. Behandlingsavbrott hade registrerats hos 16 (37%). I snitt hade deltagarna över ett års behandling i Dianovas regi. Av de 43 som intervjuades var 33 personer (77%) drogfria vid intervjutillfället och aktivt missbrukande utgjordes av 10 (23%). Beräknat enligt intention-to-treat d, v s på hela gruppen inkl de som avbröt är 49% drogfria. På grund av att relativt kort tid förflutit efter avslutad behandling är det 23 (53%) som har varit drogfria mer än 6 månader. Drogfri mer än ett år var 21 personer (49%) och 11 (26%) hade en drogfrihet som varat två år eller längre. Bara fyra personer var beroende av alkohol (10%).

Merparten saknade fast inkomstkälla vid uppföljningen och nära 60% hade socialhjälp eller sjukbidrag som huvudsaklig försörjning. Viss kriminalitet förekom i gruppen, och 17 % blev åtalade under det halvår som föregick undersökningen. Nivåerna av psykiska symptom var låga, medan däremot 47 % av den undersökta gruppen har fått resultat som indikerar personlighetsstörning. Slutsatsen är att gruppen i sin helt inte skiljer sig från andra grupper av vårdgrupper med narkotikaberoende. Bostads- och arbetssituationen var förbättrad medan gruppens sociala nätverk alltjämt var litet. Vad det gäller behandling var klienterna mest nöjda med den sociala gemenskapen och mindre nöjda med de aspekter som gällde behandlingens individuella anpassning.

Slutsatsen är att gruppen i sin helt inte skiljer sig från de som undersökts i andra undersökningar av tunga narkotikamissbrukare och att rehabiliteringssiffrorna ligger på samma nivå som i andra undersökningar.

**Nyckelord:** Dianova, utfallsstudie, drogmissbruk, missbruksbehandling, psykisk störning

# Dianova som behandlingsorganisation

Enligt MAX-projektet från 2001 och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN] (2005) räknar man med ungefär 26 000 narkotikaberoende personer i Sverige, ett beroende som medför betydande kostnader både för den som missbrukar och för samhället i stort. Vidare har personer med drogmissbruk många gånger en komplex problembild, ofta med stor fysisk, psykisk, kriminell och/eller social belastning. Dödligheten i grupper med narkotikamissbrukare har i flera långtidsuppföljningar visat sig ligga markant högre än för den genomsnittliga befolkningen (Fridell & Hesse, 2006, Hser, Hoffman, Grella, & Anglin, 2001; Sörensen, Jepsen, Haastrup, & Juel, 2005;).

Då antalet narkotikamissbrukare i befolkningen är avsevärt färre än antalet alkoholmissbrukare, finns minde kunskap om långtidsförloppet vid narkotikamissbruk. Det finns även osäkra uppgifter om hur många och i vilka sammanhang drogmissbrukare "spontanläker", det vill säga lämnar ett missbruk utan att ha genomgått behandling. Inte bara behandling spelar roll för stabil drogfrihet utan också förändringar i den sociala miljön till exempel ett nytt arbete, en egen bostad, en stabil inkomst, en meningsfull sysselsättning, ett fungerande familjeliv eller ett socialt nätverk kan göra det lättare att hitta en väg ut ur missbruket (Blomqvist, 2002).

Forskare är emellertid i stort sett överens om att behandling har effekt (se text Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2001; Berglund, Thelander & Jonsson, 2003; Prendergast, Podus & Chang, 2000; Ravndal, 1993; Simpson, Joe & Brown, 1997; McLellan et al 1996) men det finns många ineffektiva behandlingsmetoder och organisationer. Behandling för missbruk, i de fall den ger effekt, är en viktig resurs för att minska kostnaderna och det personliga lidandet för individ, anhöriga och samhället i stort. Det är därför viktigt att göra utvärderingar av behandling så att behandlingsenheterna själva och samhället i stort ska få kunskap om vad som är effektiv behandling och inte minst vad man kan göra för att den ska bli ännu bättre. Även för klienten är det av största vikt att undvika onödiga och upprepade behandlingsmisslyckanden.

Elva procent av missbruksvården i Sverige utgjordes år 2003 av ideella organisationer som arbetar med missbruksrehabilitering och social utslagning (Statens offentliga utredningar [SOU], 2005:82). Dianova Sverige var en av dessa organisationer, en klientstyrd organisation som ingår i Dianova International och som bland annat bedriver institutionell missbruksvård med en klientgrupp som huvudsakligen består av narkotikamissbrukare.

Inledningen till denna studie börjar med en presentation av organisationen Dianova. På detta följer ett teoriavsnitt som inleds med en beskrivning av utvärderingsmodeller samt en kort presentation av begrepp och definitioner i missbruksforskning. Efter det redovisas en forskningsöversikt där utfallskriterier som använts i forskning beskrivs samt de olika dimensioner man bör beakta vid uppföljningar av missbruksbehandling. Sedan redovisas vad tidigare utvärderingar visat för resultat. Slutligen presenteras syfte och frågeställningar för studien.



# Dianova som en form av terapeutiskt samhälle

Generellt är ett terapeutiskt samhälle en form av organisation där man har ett miljö-terapeutiskt förhållningssätt. Detta innebär att man använder den yttre miljön till exempel i form av social påverkan för att på ett systematiskt sätt förändra sidor av människors beteenden (Fridell, 1996a).

De amerikanska terapeutiska samhällena utvecklades ur tanken om självhjälp och var influerade av AA-rörelsen. Det första terapeutiska samhället, Synanon, grundades 1958 av Charles Dederich (Ravndal & Vaglum, 1994; Kaplan & Broekaert, 2003). Exempel på andra terapeutiska samhällen av amerikansk typ är Day-top, Phoenix House, det italienska arbetskooperativet San Patrignano och Patriarche – den organisation som senare bytte namn till Dianova.

Hansson och Wijkström (2001) beskriver den gren av rörelsen av terapeutiska samhällen som framförallt kännetecknas av att verksamheten domineras av före detta klienter i personalgruppen. Gemensamma drag hos dessa organisationer är enligt författarna att de i drogpolitiska hänseenden står för en restriktiv inställning, att de har en relativt kritisk hållning till verksamheter som styrs av professionell vårdpersonal och att de har ett relativt oberoende gentemot stat och offentlig sektor. I denna grupp terapeutiska samhällen använder man även arbetet som ett medel för rehabilitering och har en sträng social kontroll av dem som deltar i verksamheten (Hansson & Wijkström, 2001). Kontrollen har medfört att verksamheterna kritiserats för att inte vara tillräckligt demokratiskt organiserade och för att vara på gränsen till förtryckande mot deltagarna. I ideologin hos både San Patrignano och Dianova finns självhjälp som en förutsättning och före detta missbrukare som rollmodeller.

## Historik

Organisationen startade som Le Patriarche i Frankrike 1972 och på 80-talet expanderade organisationen till andra länder i Europa och till Amerika. Le Patriarche är både namn på organisationen och smeknamn på organisationens grundare Lucien J Engelmajer. Patriarches historia liknar i detta avseende arbetskooperativet San Patrignano. Båda organisationerna startades av en "karismatisk person" (Hansson & Wijkström 2001). Patriarche har varit en organisation inblandad i en hel del kontroverser och Engelmajer drog sig ur organisationen, som ombildades under namnet Dianova 1997 efter en konflikt med franska skattemyndigheter. Utvecklingen liknar mycket den som beskrivits av Fridell (1996) under problem kring karismatiskt ledarskap i missbruksbehandling, låt vara att slutet för Le Patriarche var något mindre dramatiskt och destruktivt än för många andra liknande organisationer.

Sedan Patriarche ombildades till Dianova har organisationen till viss del ändrat behandlingsfilosofi (Hansson & Wijkström, 2001). Arbete och sysselsättning är fortfarande en viktig del av behandlingsmodellen, men man har mer professionell personal och inslag av programbaserade interventioner. Enligt uppgift från Dianova försökte man behålla det som varit bra med Patriarche: självhjälpsinslaget samt struktur och aktivitet som viktiga komponenter i behandlingen. Centralstyrningen minskade och istället fungerar varje enskilt lands organisation självständigt med egen styrelse och program. Dianova International äger namnet, och bevakar att alla ländernas organisationer följer uppdraget som det är formulerat.

## Organisation

Dianova är en NGO (Non Governmental Organisation) och baserar sig på icke vinstdrivande fonder och stiftelser. Organisationen är politiskt och religiöst obunden. Den betydande delen av behandling för svenska klienter sker på något eller några behandlingskollektiv/centra utomlands. Den tredje och sista fasen av behandlingen, återanpassningsfasen, sker för de svenska klienterna vid ett boende knutet till Dianova i Sverige. Organisationen finns för närvarande representerad i 15 länder, varav åtta länder är från Europa och sju från Nord-, Central- och Sydamerika. Dianova Sverige har endast avtal med centra i Europa samt Kanada och antalet centra varierar mellan de olika medlemsländerna. I Sverige finns inget behandlingskollektiv utan enbart remitterande kontor, boende för återanpassningsfasen och återfallsprogram. Dianova har under perioder på 1990-talet haft över 8000 missbrukare i behandling i över 200 enheter, men antalet platser har minskat något på senare år.

Dianova introducerades i Sverige 1997. Sedan verksamhetens start till och med sommaren 2005 har ca 400 klienter från Sverige varit i behandling utomlands och ca 70 personer har genomgått alla faserna i behandlingen. Dianova har två kontor i Sverige med huvudkontoret i Stockholm och filial i Malmö. Behandlingens tredje fas, återanpassningsfasen, sker i ett utslussningsboende i Stockholm, dit klienterna kommer efter tiden på behandlingskollektiv utomlands. För klienter från Skåne finns också ett boende i anslutning till kontoret i Malmö och möjlighet finns att vistas där efter perioden i Stockholm. I Stockholm finns även ett program för återfallsprevention som leds av en kognitiv psykoterapeut. De övriga fem anställda som arbetar på Dianova Sverige har alla egen erfarenhet av behandling i antingen Dianova eller dess föregångare Patriarche.

Dianova är en klientstyrd organisation och verksamheten domineras av före detta klienter i personalstyrkan, så kallade monitorer. Det finns dock professionell personal knuten till behandlingskollektiven, där läkare och psykologer tillsammans med de anställda bildar de team som ansvarar för verksamheten. Utomlands är det vanligt att klienterna själva finansierar sin behandling, medan det i Sverige är Socialtjänsten som remitterar klienterna och betalar deras behandling.

Dianova ingår i nätverket Rainbow Sweden, en paraplyorganisation för olika klientstyrda föreningar som riktar sig till människor som upplever problem med missbruk, kriminalitet och socialt utanförskap. Organisationen arbetar med gemensamma rehabiliteringsetiska och drogpolitiska frågor (Hansson & Wijkström, 2001). Dianova har genom medlemskapet i Rainbow också möjligheter att erbjuda klienter arbete och boende efter behandling. Rainbow har under 2005 tilldelats pengar från Mobilisering mot narkotika för att utveckla kvalitetssäkring och utvärdering inom verksamheten.

## Klientgrupp

Organisationen tar emot alla typer av klienter, om klienten inte har någon fysisk eller psykisk sjukdom eller skada som blir ett direkt hinder. Detta kan gälla personer med fysiska funktionshinder eller med psykosjukdom i anamnesen. Man tar emot klienter med hepatit och HIV-smitta, men inte personer med aktiv AIDS, TBC eller akut hepatit. Dianovas behandlingskollektiv tar emot svenska klienter över 18 och upp till 55 år, med skillnader i högsta åldersgräns mellan medlemsländerna.

Med hjälp av Dianovas informationssystem DUSNAT har sociologen José Carrón sammanställt en rapport över klientgruppen 2004. Den omfattar behandlingskol-

lektiv både i Europa och Amerika, som visar en del skillnader mellan olika geografiska områdens missbruksprofiler, exempel könsfördelning och drogvvanor.

År 2003 hade Dianova International 972 intagningar. Könsfördelningen varierade mellan olika länder, i genomsnitt var 14,9 % kvinnor. De allra flesta använde mer än en substans och missbruk av heroin, cannabis och kokain var vanligast. Ungefär hälften behandlades för heroinmissbruk. Kvinnor missbrukade mer amfetamin och syntetiska droger, medan crack främst missbrukades av män. 27,6 % hade ett huvudsakligt injektionsmissbruk, vilket var ca 10 % färre än föregående år. Medelåldern var 27,6 år och antal år i missbruk var 11 år i genomsnitt. Fyrtio procent var i behandling för första gången, vilket enligt Carrón (2004) är dubbelt så många som 2002. I genomsnitt hade patienterna tre tidigare behandlingstillfällen bakom sig. Det hade blivit allt färre som genomgått någon form av psykiatrisk behandling; trots att det 2002 var det en fjärdedel av klienterna som vårdats för psykiska besvär. Detta varierade mellan olika länder, i Belgien var det hälften av de intagna som hade en psykiatrisk sjukdomshistoria. En av fem har haft tidigare överdos, 4 % av de intagna hade HIV-infektion och 21 % hepatit. Ungefär hälften hade grundskola som högsta utbildningsnivå och 7,6 % högskoleutbildning. En tredjedel av de inskrivna hade blivit anhållna vid något tillfälle och 25 % hade vid något tillfälle suttit i fängelse. En av tio hade blivit dömda till vård. Engelska talades endast av 22,1 % av de intagna. De som kunde tala mer än ett språk var huvudsakligen de som remitterats till Tyskland, Portugal, Belgien och Kanada (Carron, 2004).

En tredjedel av utskrivningarna för 2003 års kohort skedde på grund av behandlingssabrott före tre månader. I ytterligare 21,8 % av fallen avbröts behandlingen vid senare tidpunkt. Behandlingsavbrott på personalens initiativ skedde i 12,1 % av fallen, 11,7 % blev remitterade till andra typer av behandling och 2,7 % till andra länder. Antalet som fullföljde behandling och skrevs ut enligt planering var endast 17,8 %. Medellängd på behandlingen var 4,5 månader år 2003. 40,7 % var kvar i behandlingen vid sex månader, jämfört med 48,8 % i 2002 års kohort. 21,5 % var kvar efter ett år. Kvinnor avbröt behandlingen i större utsträckning än män (Carron, 2004).

Retentionsnivåerna ligger således något under välfungerande terapeutiska samhällen i amerikanska eller svenska undersökningar (Fridell 1996a) där retentionen vid ett år ligger mellan 40 och 50%. En annan skillnad är att kvinnor som regel har bättre behandlingsgenomförande än män till skillnad mot Dianova. Hur selektionen av kvinnor spelar in har inte diskuterats, men ordinärt i skandinaviska material brukar andelen kvinnor vara ca 33-35% av den behandlade gruppen (Fridell 1996a).

## Behandlingsinnehåll

Dianova har krav på drogfrihet under behandling. Målet för behandlingen är att klienterna ska lära sig leva ett drogfritt och självständigt liv i samhället och ta ansvar för sitt beteende när det gäller droger, socialt, med familj och på arbete. Dianovas syfte grundar sig i tanken att varje person, med rätt stöd och hjälp, har förmågan att hitta de verktyg hon eller han behöver för att utvecklas personligt och integreras i samhället. Programet är individuellt anpassat. Man har ett antal övergripande principer för sitt arbete, och principerna syftar till att översättas i interventioner som ska uppmuntra till självhjälp, autonomi och integration. Behandlingen varar oftast 12–18 månader, men det finns också kortare program med begränsad målsättning för de klienter som till exempel har sin livssituation redan ordnad, jobb och bostad som väntar.

Programmet ser likadant ut i behandlingskollektiven i alla länder i stora drag, men man använder sig av lite olika tekniker. I Portugal används mer psykologiska metoder och gruppsamtal. I Spanien finns ett program för substitutionsbehandling och man har också behandling inriktad på kokainmissbrukare. I Italien håller man på att utveckla ett program för kvinnor, där kvinnor och män bor särskilt, men arbetar tillsammans på dagarna. Man har substitutionsbehandling sedan ca fyra–fem år tillbaka, samt nedtrappning av substitutionspreparat. Metadonprogrammet ingår i ett skade- och riskreduktionsperspektiv, och motiveras av tidigare misslyckande att undvika multikonsumtion av droger. I Spanien finns ett program för samsjuklighet som dock bara tar emot spanska medborgare.

Avgiftning sker ofta på själva behandlingskollektivet. Dagarna är strukturerade med program mellan sju på morgonen till elva på kvällen. Detta innebär att man får mycket lite fritid på egen hand.

## Behandlingsmodellen

Behandlingen består av tre olika faser. I den första fasen sker avgiftning under läkar-kontroll, om klienten inte redan avgiftats i Sverige. Klienten ska kunna återhämta sig fysiskt och återfå en normal dygnsrytm. Ett annat mål i denna fas är att klienten ska lära sig att ta konstruktiv kritik och konfliktlösning, samt att respektera reglerna som gäller när man ingår i en social gemenskap. Klienten får en kontaktperson på behandlingskollektivet och börjar efter två veckor delta i gruppverksamheten.

I den andra fasen, själva behandlingsfasen, är målen att klienten ska lära sig fortsätta leva utan droger och utveckla sig själv personlighetsmässigt på olika sätt, ta ansvar och träna sin sociala kompetens.

I den tredje fasen börjar återanpassningen i boende som i Sverige finns i Stockholm. Målen är att klienten ska börja med arbetsträning eller utbildning, samt ordna med eget boende. Programmet innehåller, enligt Dianovas presentation, fyra teman;

- En formulärbaserad psykologutredning, som utmynnar i en individuell rehabiliteringsplan.
- En manualbaserad kurs i återfallsprevention som syftar till att klienten ska lära sig en metod för att inte återfalla i tidigare problembeteenden. Programmet för återfallsprevention är tidsbegränsat.
- Gruppdiskussioner en gång i veckan.
- Strukturerad fritid och sysselsättning där klienterna erbjuds delta i schemalagda aktiviteter.

På grund av att behandlingskollektiven skiftar en smula i behandlingsinnehåll, kompletterar man för en del klienter under återanpassningsfasen.

## Resultat i miljöterapeutisk behandling

### Om utfallskriterier

I så gott som alla behandlingsprogram är syftet att hela individens situation ska förbättras – inte bara missbruket (McLellan et al, 1996). För ett framgångsrikt utfall bör alltså aspekter som den fysiska och psykiska hälsan samt den sociala funktionen bli bättre. Förändringar i de 7 olika problemområdena i klientbedömningsintervjun Addiction Severity Index (ASI) är beroende av förbättring i området psykisk hälsa, för att en stabil förändring av livssituationen skall åstadkommas (McLellan et al

1992). Vid allvarlig psykisk sjukdom måste i analyser av resultaten hänsyn tas till att kraven på förbättring måste sättas lägre än för personer utan psykiska sjukdomar men med tungt missbruk (Fridell, 1996b).

Förutom förändringar i missbruk åtföljs detta av vinster för samhället, till exempel mindre kriminalitet, minskad smittorisk av narkotikarelaterade sjukdomar samt slutligen förändringar som rör vinster för anhöriga och familjen till missbrukaren (McLellan et al, 1996). En skillnad mellan resultatstudier och effektstudier är att utfallskriterierna som regel måste bli mycket exakta men begränsade i effektforskningen (Prendergast et al 2000, 2002).

I BAK/SWEDATE-projektet (Bergmark et al, 1994) valde man att använda sig av 11 kriterier: utfall för narkotika, alkohol, kriminalitet, försörjning och psykisk hälsa m.m.. Genom att lägga de olika utfallskriterierna stegvis till varandra kan man finna olika resultat beroende på vad man vill lägga in i ett lyckat behandlingsutfall. Detta, menar Bergmark et al (1994), kan bidra till att synliggöra den process som det innebär att sluta med narkotika. Fridell (1996a) menar att en sådan modell blir en typ av "helrenoveringsmodell" som saknar jämförbarhet med andra studier och dessutom ger en orealistisk beskrivning av förändring.

De Leon (1984) har i sina utvärderingar istället valt att redovisa resultatet i termer som maximalt gynnsam förbättring och gynnsamt utfall. Med det förstnämnda kriteriet ska personen vid en tvåårsuppföljning inte ha använt droger, alkohol eller ha begått något brott. Med det andra kriteriet ska personerna inte ha begått några brott under de senaste två åren, men kan ha haft enstaka återfall.

Generellt har utvecklingen i diskussionen av utfallskriterier resulterat i att dessa alltid blir bättre operationaliserade och mätbara.

## **Behandlingstidens inverkan samt problemet med dropout**

Tid i behandling är en nyckelfaktor för framtida drogfrihet för narkotikamissbrukare (Fridell, 1996a; Bergmark et al, 1994; Simpson et al, 1997; Moos, Moos & Andrassy, 1999; Ravndal, Vaglum & Lauritzen, 2005). Men McLellan et al (1996) menar dock att man inte kan utesluta att det är de mest motiverade personerna som stannar länge i behandling, snarare än att det är själva tiden som är avgörande. Ett liknande samband mellan tid i behandling och utfall har man inte kunnat finna för vård av kroniska alkoholister eller personer med psykoser eller psykosnära personlighetsstörningar (Fridell, 1996a). I randomiserade kontrollerade studier (RCT-studier) har man visat att tid i behandling har betydelse upp till 3 månader i behandling men inte fortsatt vid 6 månader efter inledd behandling (Fridell 2003).

Minimitid i behandling som krävs för att uppnå något resultat rör sig mellan 50 och 190 dagar (Berglund et al, 2003). Simpson et al (1997) anger tre månader som en lägsta gräns för kvarstannande i behandling. Upprepade vårdtider tenderar också att förbättra resultatet, enligt Davidsson & Magoulias (1992). Vidare nämns i SBU-rapporten (Berglund et al, 2003) att kohortstudier visar att behandling den andra eller tredje gången i många fall ger bättre resultat än den första behandlingskontakten. Samtidigt talar andra studier för att många behandlingsförsök har samband med ett negativt utfall, möjligen beroende på att de som är svårbehandlade tenderar att återkomma (Berglund et al, 2003; Ravndal et al 2005). Slutligen har det konstaterats att regelbunden eftervård, till exempel i form av självhjälpgrupper, påverkar utfallet i positiv riktning för personer med alkoholberoende (Moos et al 1999; Bergmark et al, 1994; Fiorentine, 1999).

I välfungerande terapeutiska samhällen brukar efter ett halvår ca 50 % vara kvar i behandling (Fridell, 1996a; Ravndal, 1993). I regel stannar 30-35 % i behandling till den avslutats enligt planering (Fridell, 1996a). Forskningen kring vilka som avbryter behandlingen är inte entydig och visar en del motstridiga uppgifter. Klart står dock att ett urval av mer välfungerande och socialt integrerade missbrukare leder till bättre fullföljande (Fridell, Al-Obaidy et al 2002). Tidiga dropouts är oftare personer med allvarigare psykiska problem än de som avbryter behandlingen senare. De förstnämnda har ofta en mer negativ syn på behandlingen (Fridell, 1996a).

Personlighetsstörningar som visar ett negativa samband med fullföljande av är främst anti-sociala och schizoida (Fridell, Hesse & Johnsson, 2006; Ravndal et al 2005; ). En amerikansk studie av institutionell behandling visade att också låg stress-tolerans kunde förutsäga tidig dropout (Daughters et al, 2005). Andra studier pekar även på att opiatmissbrukare avbryter oftare än amfetaminmissbrukare (Ravndal et al 2005).

Det är dock inte endast klienternas karakteristika som inverkar på dropoutnivån, utan även hur organisationen fungerar i praktiken. En initialt välmotiverad klient kan tappa motivation eller omvänt, beroende på den organisation hon eller han möter (Fridell, 1996a). Ball, Carroll, Canning-Ball och Rounsaville (2006) har gjort en pilotstudie där klienter med tidig dropout själva fått ange vad som orsakade deras avhopp från behandlingen. Informanterna angav främst förlorat motivation och förlorat hopp om att kunna förändras samt konflikter med och inom personalgruppen som anledningar till den avbrutna behandlingen. Klienter med hög dropoutrisk brukar hoppa av från behandlingsprogram med många kontrollfunktioner och få stöd-funktioner (McKellar, Kelly, Harris & Moos, 2006). Davidsson & Magoulias (1992) menar dock att avhoppare ofta tillgodogör sig nästföljande behandlingstillfälle bättre.

## Organisationsfaktorer

Forskning har pekat på att behandling av narkotikamissbruk i regel ger bättre resultat när den sker inom miljöterapeutiska institutioner än i öppen vård. Så är dock inte fallet för alkoholmissbruk, där man inte kan hitta någon signifikant skillnad i behandlingseffekt mellan de båda vårdformerna (SBU, 2001). Det finns dock en stor variabilitet bland program i effektivitet och även om behandling generellt sett är effektiv betyder det inte att varje program är effektivt (Prendergast et al, 2000; Prendergast, Podus, Chang et al, 2002; SBU, 2001). Dessutom kan behandlingsresultaten variera i hög grad mellan verksamheter med samma ideologi och teoretiska utgångspunkt, beroende på stora skillnader i organisationen (Fridell, 1996a).

Prendergast et al (2002) har i en metaanalys av 78 effektstudier funnit att behandlingar med hög effektivitet bedöms ha lyckats implementera tankarna bakom verksamheten i hög grad, till exempel genom manualbaserade program och utbildning av personalen. Fridell (2003) liksom Andréasson och Öjehagen (2003) visar att såväl för alkohol- som narkotikamissbrukare, finns tre faktorer som utmärker välfungerande behandlingsmodeller framför mindre välfungerande: att behandlingen fokuserar på missbruket, att det finns en hög grad av struktur samt att behandlingen varar tillräckligt lång tid för att ge effekt.

Fridell (1996a) sammanfattar forskning som visat att det i en bra organisation bör finnas tydliga och realistiska målsättningar som kan utvärderas samt ett ledarskap som är väl definierat och avgränsat. Vidare finns hos välfungerande organisationer kompetens hos de anställda som motsvarar klientunderlaget, med arbetsmetoder

anpassade efter de senare (Fridell, 1996a) och efter var i förändringsprocessen de befinner sig (Blomqvist, 2002). En hög grad av struktur och tydlighet ska vara i fokus för verksamheten, framförallt vid arbete med klienter med personlighetsstörningar (Socialstyrelsen, 2006).

Egen erfarenhet tycks vara en positiv faktor i 12-steps- och Minnesotabehandling där rekryteringen av patienter ofta liknar personalen bakgrundsmässigt. Men vid behandling av missbrukare med psykiska sjukdomar så är det utbildning och professionell kunskap som är viktig. En fördel är att före detta missbrukare är väl förtrogna med det beteende som medföljer missbruket och kulturförhållanden i gruppen. Men en negativ aspekt med missbrukserfarenhet kan vara att de inte är "färdiga" med egen personlighetsproblematik eller andra allvarliga problem. Verksamheter med mycket professionellt utbildad personal tenderar att få bättre resultat än verksamheter med många före detta missbrukare som behandlare (Bergmark et al, 1994).

## Missbruk och psykisk störning

Att ha både missbruksdiagnos och psykisk sjukdom innebär större belastning och lidande för den enskilda personen, och innebär en negativ prognos för behandling (Fridell 1990, 1991, 2004; Schaar & Öjehagen 2001), särskilt om behandlingen inte är anpassad efter båda diagnoserna. Om missbruket inte behandlas kan patienten försämrans i sin psykiska hälsa; om å andra sidan det psykiatriska tillståndet inte uppmärksammas, riskerar patienten återfall i missbruk efter behandling. Dubbeldiagnospatienter riskerar också i större utsträckning än personer med enbart substansmissbruk fysisk ohälsa, våld, brottslighet, problem med det sociala fungerandet och relationer (Schaar & Öjehagen, 2001). Begreppet psykisk störning är inte synonymt med psykisk sjukdom även om man numera ersatt psykisk sjukdom för att inkludera även till exempel kristillstånd och personlighetsstörningar (Socialstyrelsen, 1996).

Kopplingen mellan psykiska symptom och missbruk är komplex. Droger och alkohol kan medföra och utlösa psykiska problem, bland annat substansbetingade psykoser och depression, och tillfälligtvis lindra psykiska besvär som till exempel ångest. Detta kan få som konsekvens att drogens effekter döljer psykiska besvär och störningar, vilka inte uppenbaras förrän personen avslutar sitt missbruk (Socialstyrelsen, 1996).

Bland tunga narkotikamissbrukare är psykiska störningar av olika slag vanligt förekommande. Fridell (1991, 1996b) menar dock att det inte i någon större utsträckning handlar om någon allvarligt psykisk sjuk grupp på grund av att andelen med psykossjukdomar är relativt liten. Framförallt är det vanligt med personlighetsstörningar bland personer med drogmissbruk. I en genomgång av studier inom Skandinavien finner Fridell (1996b) en prevalens på 65–85 % personlighetsstörningar i grupper av personer med drogmissbruk. Öjehagen (1998) fann en prevalens på 40–70 % personlighetsstörningar bland alkoholmissbrukare, men skriver att siffrorna varierar beroende på vilken grupp som studeras. I normalbefolkningen ligger förekomsten av personlighetstörning på ca 6 %, i amerikanska material (Fridell, 1996b).

När det gäller andra psykiska störningar (axel 1-syndrom) har Fridell funnit i en forskningsöversikt att 30–60 % av skandinaviska missbrukare lider av samtidig ångest eller medelsvåra till svåra depressioner (1996b, 2004). Bland de personer som behandlats och följts upp i BAK/SWEDATE-projektet förekom depression hos upp till 60 % även hos dem som hade slutat med droger (Bergmark et al, 1994).

Prevalensen för psykossjukdom låg på ca 15 % enligt samma studie, vilket överensstämmer med de siffror som Fridell, Cesarec, Johnsson Fridell & Kindberg fann i sin femårsuppföljning (1996) om även toxiska psykoser inkluderas. Renodlade psykossjukdom utgjorde annars 8 %.

I det så kallade NESARC-projektet undersöktes prevalens för och samsjuklighet mellan substansmissbruk och psykiska störningar i den amerikanska befolkningen. Undersökningen omfattar 43.093 personer. För diagnos användes instrumentet AUDADIS-IV som baserar sig på DSM-IV:s kriterier för psykisk störning. Grant et al (2004b) fann att 16 % av dem med alkoholmissbruk hade minst en personlighetsstörning. I gruppen med drogmissbruk förekom minst en personlighetsstörning hos 48 %. Antisocial personlighetsstörning var vanligast bland personer med drogmissbruk och andelen var 28 %. I kliniska studier har en större andel personer både missbruk och psykisk störning än i prevalensstudier, vilket troligen hänger samman med att de som söker vård upplever mer psykiskt lidande. Grant et al (2004a) fann också starka signifikanta samband mellan substansmissbruk och affektiva störningar samt ångest. Tjugo procent av alla med substansmissbruk hade någon form av affektiv sjukdom, medan ca 18 % hade något samtidigt ångestsyndrom. Bland drogmissbrukare som sökte behandling för missbruk hade 60 % någon affektiv störning, och 43 % något ångestsyndrom. De som sökte behandling hade alltså mer symptom. Få personer hade substansinducerade affektiva störningar eller ångestsyndrom. Grant et al (2004a) pekar därför på vikten av att ge psykiatrisk behandling under behandling för missbruk, vilket även Fridell och Hesse (2006) gör i en artikel som redogör för olika variablers samband med dödlighet i en femtonårsuppföljning av en grupp tunga narkotikamissbrukare. Drogfrihet vid femårsuppföljningen av samma grupp kunde inte predicera dödligheten vid 15-årsuppföljningen, vilket psykiatrisk status vid samma tidpunkt kunde. Faktorer som predicerade dödsfall vid femtonårsuppföljningen var höga värden på GSI-skalan i SCL-90, låga värden i testet KASAM och värden under 70 på GAF-skalan (Fridell & Hesse, 2006; Fridell, Hesse et al, 2006). I en norsk prognosstudie med ett urval av personer med tungt narkotikamissbruk var psykopatologi relaterat till överdos och suicid vid femårsuppföljning. De som ingår i undersökningen var ursprungligen inskrivna på behandling i ett terapeutiskt samhälle av typen Phoenix house (Ravndal & Vaglum, 1995).

Anti-social personlighetsstörning har i en serie studier från S.t Lars-materialen visat sig ge ett väsentligt sämre utfall såväl vid det enskilda vårdtillfället som på lång sikt i femårsuppföljning och i femtonårsuppföljning (Fridell, 1996b, 2002; Fridell och Hesse 2006a,b,c). Ravndal et al (2005) visade att personlighetsstörningar var negativt relaterat till fullföljande av behandling. Enligt Ravndal och Vaglum (1995) predicerade antisocial eller narcissistisk personlighetsstörning att avlida genom överdos, eventuellt relaterat till det ökande risktagande som kan beskrivas hos dessa personer. Fridell, Hesse et al (2006) visade ett tydligt samband mellan antisocial personlighetsstörning och antal fällande domar, drogfrihet och socialhjälp, i en femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare. Gruppen med antisocial personlighetsstörning hade en kontinuerligt hög vårdkonsumtion och kriminalitet, medan de positiva förändringarna var lägre vad det gällde drogvanor än för gruppen utan denna diagnos. I denna uppföljning uppfyllde 29,6 % av kohorten (n=125) och 24,5 % av populationen, som bestod av 773 personer, kriterierna för antisocial personlighetsstörning vid inskrivning till behandling (Fridell, Cesarec et al, 1996).

Andra problem men mera sällan kopplade till antisocial personlighetsstörning var



att 60 % av patienterna i femårsuppföljningen uppgav att de mådde psykiskt dåligt där ensamhetsproblem uppgavs som en huvudorsak. Trettiofyra procent hade upplevt allvarlig depression någon gång i livet och 45 % hade någon gång gjort suicidförsök. Under det senaste året uppgav 30 % att de haft självmordstankar. Vid uppföljning låg gruppen klart över genomsnittet på SCL-90. Män hade högre symptomnivåer än kvinnor på SCL-90 och psykiska problem fanns även hos dem som var drog-fria. Andelen med personlighetsstörning inom det dramatiska klustret sjönk från 58 % vid behandlingstillfället till 37 % vid femårsuppföljningen. Andelen med personlighetsstörningsdiagnos minskade samtidigt från 29 till 14 % (Fridell, Johnsson Fridell & Cesarec, 1996). Personer med en personlighetsstörning inom det dramatiska klustret, hade mindre grad av symptom vilket implicerar att de inte har så stort lidande och därmed blir svåra att påverka.

Psykiska besvär är inte entydigt negativt när det gäller missbruksbehandling; symptom kan också verka motiverande för behandling och vid personlighetsstörningar förbättrar depressiva symptom prognosen (Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1987). Rao, Broome och Simpson (2004) fann ett samband mellan depression och minskad droganvändning under året som föregick uppföljning vid ett respektive fem år efter behandling, medan vrede/fientlighet var förknippat med mer droganvändning och kriminalitet under samma period. Detta avsåg endast personer som inte var i behandling. Som underlag för depression respektive vrede användes subskalor från SCL-90, ett självskattningsformulär för psykiska symptom.

Flera tidigare studier har funnit att kvinnor som grupp har mer psykiatriska symptom än män, både när det gäller grupper av missbrukare, psykiatriska patienter eller befolkningen i stort (Fridell, 2002; De Wilde et al, 2004). Psykiska störningar vid sidan av missbruk är vanligare bland kvinnor än män, med undantag av antisocial personlighetsstörning som förekommer i en signifikant lägre utsträckning bland kvinnor (Fridell, 2002). Om man ser på hela dramatiska klustret är dock antalet kvinnor och män med någon diagnos i klustret ungefär lika många, på samma sätt som i den övriga befolkningen. De Wilde et al (2004) intervjuade 828 kvinnor och män från 33 olika terapeutiska samhällen och fann att kvinnorna hade mer psykiska besvär än männen, hade varit mer utsatta för övergrepp och ansåg det vara viktigare med behandling för sina psykiska besvär.

Det är viktigt att känna till nivån på psykiska störningar i de grupper som behandlas. Såväl tidigare refererade studier från 15 olika program för 12-stegsbehandling i USA pekade på en generellt lägre nivå av psykiska störningar (29%) i gruppen och en relativt ny 2–4-årsuppföljning av ett slumpmässigt sampel av patienter (n=80) ur en kohort från Nämndemansgården vårdade vårdade 1997–2000 (n=798), visade samma nivå av psykiska störningar som i den amerikanska multicenterstudien (29%). Unikt var att personlighetsstörning i samplet var 17%, i princip samma nivå som i NESARC-studien (Grant et al 2004). Ingen person hade en anti-social störning. Dessutom visade sig patienterna i detta urval liksom i den amerikanska studien ha en relativt välordnad social och arbetsmässig tillvaro till skillnad mot de tunga narkotikamissbrukare som undersöks i Dianovastudien. En sådan skillnad i psykopatologi har tidigare funnits ge bättre utfall än de som har olika typer av störningar.

## Sociala nätverk

Skårner (2001) har i sin sammanställning av litteratur kring stöd- och nätverksforskning funnit att missbrukare har relativt små sociala nätverk och att dessa ofta har en negativ inverkan i personens liv i de fall då de består av andra missbrukare. En vanlig orsak till återfall är relationen till händelser, platser och personer som tidigare varit förknippade med missbruket (De Leon, 1990–91, i Fridell, 1996a). Skårner (2001) skriver också att forskning visat på att behandling kan bidra till att nätverksrelationerna blir bättre och att socialt stöd från nätverket i sin tur vanligtvis är kopplat till ett gynnsamt behandlingsutfall. Missbrukare har följaktligen liksom andra utsatta grupper sparsamt med sociala relationer och dessa blir färre med tiden. De existerande relationerna utgörs ofta av släkt och familjemedlemmar och det finns många gånger en brist på varaktiga och nära vänner. De nära relationer som finns karaktäriseras i sin tur i många fall av dubbla känslor och beroendeproblematik.

Det som däremot skiljer missbrukare från andra utsatta grupper är att de har sina kontakter i missbrukarvärlden. Detta är en alternativ social värld som det inte finns någon motsvarighet till i andra belastade grupper, till exempel personer med allvarliga psykiska sjukdomar. Att bryta med missbrukarvärlden och bygga upp ett "vanligt" socialt liv är i regel en lång process och följaktligen en svårighet de flesta som slutar missbruka måste lära sig att hantera utöver avhållsamheten från droger (Skårner, 2001).

I en femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare menar de personer som lyckats bli drogfria att en av de viktigaste faktorerna i deras liv har varit att ha någon som bryr sig om en, någon som finns kvar även om det skulle gå snett. De som fortfarande missbrukar, om än i mindre utsträckning än förr, berättar istället om sina svårigheter med ett "vanligt" socialt liv och en stor ensamhet (Fridell, Johnsson Fridell et al, 1996, Fridell 1998). Även informanterna i Blomqvists undersökning (2002) vittnar om att ett personligt engagemang från en hjälpare man litat på, bidragit till bibehållen drogfrihet.

## Resultat från utfallsstudier

I långtidsuppföljningar av drogmissbrukare ligger det mindre fokus på behandlingsresultat än vid kortare uppföljningar eftersom mycket kan ha hunnit hända i personernas liv sedan behandling. Enligt Fridell (Socialstyrelsen, 2006) finns det endast en handfull studier som har längre uppföljningstider än 15 år när det gäller drogmissbrukare.

Hser et al (2001), har gjort en 33-årsuppföljning av 242 (av ursprungligen 581) heroinmissbrukande män i Kalifornien. Nästan hälften av den ursprungliga kohorten var döda efter 33 år. Femtiosex procent av den undersökta gruppen använde inte heroin vid tiden för uppföljningen och 47 % (20 % av den ursprungliga kohorten) hade inte använt heroin på fem år. Av dessa fanns det dock 15 % som drack alkohol dagligen och 25 % som fortfarande använde marijuana. De personer som inte använt heroin på fem år var mindre kriminella, med färre fysiska och psykiska symptom och högre grad av anställning. Trots detta var även denna grupp tungt belastade på utfallskriterierna. Studien visade även att risken för återfall minskade markant efter en drogfrihet på fem år, med några undantagsfall.

I den ovan redovisade femårsuppföljningen av Fridell, Cesarec et al (1996) av narkotikamissbrukare vårdade på en psykiatrisk narkomanvårdsavdelning för avgiftning och korttidsrehabilitering, säkrades utfallsdata för 90% i hela kohorten som bestod

av 125 personer vårdade på enheten mellan 1988 och 1999. Trettioåtta procent hade varit drogfria två år eller längre vid uppföljningen, vilket benämndes som stabil drogfrihet, varav 17 % under alla fem åren. Ytterligare 4 % hade varit drogfria det senaste året och därtill 5 % som varit drogfria de senaste 6 månaderna. Tjugotre procent hade inte varit drogfria alls under de fem åren medan 13 % hade varit periodiskt drogfria, dock ej under intervjutillfället. Slutligen hade 10 % varit drogfria den senaste månaden (Fridell, Hesse, & Billsten 2006). Kvinnorna hade signifikant högre grad av stabil drogfrihet än männen: 54 % versus 30%. Trettio två procent av gruppen hade ekonomiskt bistånd och 6 % hade dömts till fängelse det senaste året. Upprepad behandling respektive fortsatt behandling efter indexvårdtillfället var relaterat till positivt utfall (Fridell 1998; Fridell, Cesarec et al, 1996).

Femtonårsuppföljningen (Fridell, Billsten, & Jansson, 2006) gjordes på samma urval som femårsuppföljningen. Utfallet vid femton år är känt för 88 % av samplet. Vid femtonårsuppföljningen hade 34 % en drogfrihet som varat två år eller längre, 54 % hade varit drogfria ett halvår eller längre. Vid intervjutillfället var 60 % var drogfria. Nästan en fjärdedel av den ursprungliga kohorten hade avlidit (34/125). Även efter femton år var kvinnorna drogfria i större utsträckning än männen. Trettiofem procent hade upplevt psykiska problem under de senaste trettio dagarna och symptom fanns oberoende av missbruk. Andelen som mätte psykiskt dåligt var dock lägre än vid femårsuppföljningen och förekomsten av självmordstankar hade minskat avsevärt. Kriminaliteten hade också minskat och endast 2 % hade dömts för något brott under det senaste halvåret. Femtiofem procent hade eget boende och 30 % var gifta eller sambo. Fyrtiofyra procent hade ekonomiskt bistånd, mellan 19 % och 26 % hade haft stabil försörjning under den senaste tioårsperioden och 29 % försörjde sig på sjukpension.

BAK/SWEDATE-projektet är en ettårsuppföljning av 438 narkomaner som vårdats vid 23 olika behandlingsenheter i Sverige. Resultatet visade på att 36 % av klienterna varit narkotikafria hela tiden efter behandling och ytterligare 15 % hade inte använt narkotika det senaste halvåret (Bergmark et al, 1994). Kvinnornas situation ett år efter behandling var något bättre än männens situation på samtliga kriterier, förutom vad det gällde psykisk hälsa samt missbruk av psykofarmaka (Bergmark et al, 1994). Kvinnor som grupp i skandinaviska studier verkar generellt mer belastade än män på en rad bakgrundsfaktorer och debuterar tidigare än män i missbruk (Fridell, 2002). Kvinnor utgör ca 25 % av personer med missbruksproblem, men är överrepresenterade i behandling, ca. 33 % av de personer som behandlas för missbruk är kvinnor (Fridell, 2002).

De flesta utvärderingar som gjorts av terapeutiska samhällen har genomförts i USA där det finns ett stort antal behandlingsinriktningar inom denna gren av missbruksvård. Tre stora nationella utvärderingar har genomförts med syfte att mäta behandlingseffekt, varav den senaste är Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). I en artikel av Simpson et al (1997) beskrivs utfallet från ett urval av 788 personer från de ursprungliga inskrivningarna i DATOS-projektet som omfattar över 100 000 personer. Av dessa kom 342 personer från institutionell behandling och då främst terapeutiska samhällen. Studien var en ettårsuppföljning med förefter-design. Resultatet visar att för alla behandlingsprogram är längre vistelser förknippat med mer gynnsamma utfall. Medianen för tid i behandling vid institutionell behandling var 92 dagar. För den uppföljda gruppen minskade injektionsmissbruk från 17 % till 5 %, heroinanvändning från 19 % till 7 %, daglig alkoholanvändning

från 23 % till 11 %, arresteringar från 53 % till 32 % medan anställningar ökade från 54 % till 68 % och 30 % återinträdde i någon behandling under det gångna året. Man fann signifikanta förbättringar över tid på i princip alla utfallsmått (Simpson et al, 1997).

Moos et al (1999) jämförde utfallet efter ett år för personer som behandlats i terapeutiska samhällen, 12-stepsprogram, institutionell rehabilitering samt behandlingar utan någon definierad behandlingsmetod. Man fann endast skillnader mellan den odefinierade behandlingen och de tre övriga där den förra visade sämre resultat. Samplet från de terapeutiska samhällena bestod av 712 personer och antalet drogfria klienter hade ökat från 5,8 % till 40,5 % efter ett år. Vidare hade klienter med kliniskt signifikanta psykiatriska symtom minskat från 45,5 % till 29,1 %, antalet arresterade personer minskat från 40,9 % till 27,3 %, samt anställningar ökat från 12,7 % till 38,1 %.

Studier av terapeutiska samhällen av amerikansk typ pekar på att det är tunga grupper av kroniska missbrukare som behandlas, oftast i åldern 19 till 35 år. Det är vanligt förekommande med drogrelaterad kriminalitet, problem kring sociala relationer och ofullständig skolgång. I Minnesota och 12-stepsbehandling rör det sig ofta om missbrukare utan allvarliga psykiska störningar (Fridell, 1996a). Genomsnittligt i de miljöterapeutiska samhällena i USA är det idag ca 35 % som genomför hela programmet. I stort sett alla studier med före- och eftermätning visar såväl kort- som långsiktiga förbättringar mellan intagning och utskrivning i terapeutiska samhällen, till exempel för droganvändning, sysselsättning, utbildning och kriminalitet. De Leon (1990–91) menar att återfallsnivåerna är höga, speciellt bland dropouts. Fyrtio procent av dessa återfaller inom ett år, jämfört med 10 % av dem som slutför. Återfallsrisken är som störst de första sex till tolv månaderna efter utskrivning.

Två utvärderingar har genomförts av Patriarches verksamhet. En undersökning av Patriarches tyska klienter, gjordes i mitten av 1990-talet utifrån den kritik som riktats mot organisationen (Gerlich & Gerlich, 1995). Urvalsförfarandet är felaktigt då uppföljning förutsatte att missbrukare i gemen skulle resa till Bonn i Tyskland vid en utsatt tidpunkt för att inkluderas. Undersökningen kom därför bara att omfatta 51 personer från en grupp av 587 tyska drogmissbrukare som behandlats inom Patriarche. Samtliga intervjuade hade varit minst 10 månader i behandling, med en genomsnittlig behandlingstid på 21,8 månader. Vid uppföljningen hade 40 av 51 intervjuade varit drogfria hela tiden efter behandling och 50 av 51 personer var drogfria vid intervjutillfället. En italiensk utfallsstudie av Patriarche (De Allegri et al 2001). Uppföljningsprocenten var låg, endast 262 personer från ett urval på 1314 personer kunde nås, accepterade och infann sig vid uppföljningsintervju. En annan nackdel ur jämförelsesynpunkt är att samtliga i den uppföljda gruppen har vistats i Patriarche centret 24 månader eller mer. Av det ursprungliga urvalet hade 183 personer avlidit, de flesta i AIDS. På Patriarches tid fanns ingen tidsbegränsad behandlingstid och man ansåg att minimitiden på center var två år. Trettiosex procent hade använt droger i någon form efter behandling medan 16 % använde droger vid uppföljningstillfället. Majoriteten använde cannabis (14,2 %) och ett fåtal använde heroin och kokain.

Det är svårt att dra någon generell slutsats om rehabiliteringsgraden i DIANOVA i sin helhet utifrån ovanstående studier.

# Syfte och frågeställningar

Syftet med föreliggande studie är att göra en uppföljning med multipla kriterier av hur det gått för Dianovas klienter som blivit inskrivna för behandling mellan 2002-09-01 och 2004-06-31. För att uppfylla syftet har följande frågeställningar formulerats:

Hur ser klienternas livssituation ut vid uppföljningstillfället avseende:

- Alkohol- och narkotikaanvändning. Klienternas drogvanor sedan utskrivningen från Dianova med fokus på den aktuella missbrukssituationen samt eventuella andra behandlingskontakter sedan vistelsen på Dianova.
- Social situation. Klienternas aktuella situation vad det gäller arbete, försörjning och bostad.
- Socialt nätverk och social integration. Klienternas sociala relationer gällande familjeförhållanden, levnadsförhållanden, socialt nätverk och nivå av social integration.
- Fysisk hälsa. Klienternas aktuella fysiska hälsotillstånd samt eventuella vårdkontakter.
- Psykisk hälsa. Klienternas psykiska symptom, indikation på personlighetsstörning, problemskattningar av psykiska besvär, psykiatriska behandlingskontakter, personlighetskaraktäristika, känsla av sammanhang samt social och psykisk funktionsnivå.
- Kriminalitet. Klienternas juridiska situation avseende åtal och fällande domar samt eventuell olaglig verksamhet.

I frågeställningen ingår även en kvalitetsaspekt; hur upplevde de intervjuade behandlingen på Dianova?

Dessutom ställer vi oss frågan om kohorten liknar andra grupper av tunga narkotikamissbrukare eller om den skiljer sig på några avgörande faktorer.

# Metod

Föreliggande arbete utgår från en definierad kohort som består av samtliga behandlade vid Dianova Sverige mellan 2002 09 01 och 2004 06 31. Designen är ett konsekutivt sampel med personer som påbörjat behandling under den avgränsade tidsperioden och studien är inte en kontrollerad studie utan en ren utfallsstudie med uppföljning. Valet av tidsperiod grundar sig i att Dianova Sverige från och med 2002 själva började placera sina klienter utomlands i samarbete med de olika behandlingsskollektiven, vilket tidigare hade skett genom Dianova International. Denna förändring medförde att Dianova kunde placera 72 klienter genom sin matchningsmodell, där olika center tar emot olika profiler. Från och med denna tidpunkt kan man också börja se vilken inverkan eftervårdsprogrammet har på resultatet.

Undersökningen är en utfallsstudie med syfte att se hur klienternas livssituation ser ut vid uppföljning, utan möjlighet till jämförelse av före-efter-mätning. Vid den tidpunkt som kohorten var i behandling hade Dianova inga standardiserade inskrivningsformulär som till exempel ASI, vilket dock introducerats i och med den här undersökningen. Detta beror på att det var en relativt forskningsovan organisation. Det har under rådande omständigheter inte varit möjligt att på ett standardiserat sätt jämföra hur livssituation förändrat sig för vår undersökningsgrupp då inskrivningsuppgifterna i många fall varit tämligen kortfattade till sin karaktär. De bakgrundsdata som rapporteras i denna studie har Dianova tagit fram ur det inskrivningsmaterial som de har tillgängligt, efter uppsatsförfattarnas listade kriterier. Dessa kriterier har valts ut, dels på grund av relevans för området, dels på basis av vilka uppgifter som varit tillgängliga i materialet.

## Inklusionskriterier

Inklusionskriterier i föreliggande studie är klienter från Sverige som blivit inskrivna och påbörjat institutionsbehandling i Dianova under tidsperioden 020901-040631. Studien har en intention-to-treat-design, vilket innebär att samtliga klienter som skrivits in på behandling har inkluderats i undersökningen, även om de avbrutit. De personer som ingår i undersökningen kan dock ha varit i behandling på Dianova vid en senare tidpunkt än juli 2004, då inklusionskriterierna endast avser inskrivning under gällande period. En av de intervjuade i samplet var fortfarande i eftervårdsbehandling vid intervjutillfället och uppföljningstiderna varierade mellan deltagarna.

Utifrån dessa kriterier omfattar kohorten 72 personer, varav 14 kvinnor och 58 män. Totalt intervjuades 43 personer, varav åtta kvinnor och 27 män. Tabell 1 visar hur bortfallet i studien fördelas.

**Tabell 1.** Redogörelse för hur bortfallet i kohorten fördelade sig (n=29).

Bortfall	Antal personer
Nekat intervju	4
Avlidna	5
Bosatta utomlands	4
Uteblivit vid intervjutillfälle	2
Ej nåbara vid tidpunkt för undersökning	13
Avböjt ur säkerhetssynpunkt	1
Skyddad identitet	1

Några få personer har tackat nej till att delta i intervjun och den största andelen av bortfallet beror på att det varit svårt att nå före detta klienter. Många har flyttat till en annan del av landet och avslutat sin kontakt med socialtjänsten. En sökning via skattemyndighetens adressregister påbörjades, men då detta projekt kom igång när de flesta intervjuer redan genomförts kunde den endast nyttiggöras i begränsad omfattning.

29 personer från samplet har inte intervjuats. Utfallsdata saknas helt. I kohorten finns fem personer som avlidit varav tre kvinnor och två män. Då dödsorsak är känd för fyra av dessa personer och denna är drogrelaterad, tillhör dessa fyra personer gruppen "utfallet känt" i den bortfallsanalys som presenteras i resultatavsnittet. Utfallet är känt för 67 %.

## Tillvägagångssätt och etiska beaktanden

Av sekretesskäl tog Dianova den första kontakten med klienterna som ingick i den aktuella kohorten. I detta skede var det endast personalen på Dianova som kände till identiteten på de personer som ingick i kohorten. I det inledande brevet (Introduktionsbrev, se Appendix B) tillfrågades klienterna om de ville medverka och informerades om att deltagandet var frivilligt, att deras personliga resultat inte skulle delges Dianova samt att deras personuppgifter skulle aidentifieras vid undersökningens slut. De klienter som tackade ja till att medverka fick ytterligare ett brev (se Appendix C) där intervjuerna presenterades. FSFH:s etiska regler för intervjuprocessen har således följts.

Intervjuerna genomfördes under hösten 2005 fram till våren 2007 och ägde rum på Dianovas kontor i Malmö, och i Stockholm samt vid två tillfällen på Institutionen för Psykologi vid Lunds universitet. Intervjuerna tog mellan två och fem timmar att genomföra.

Vid intervjun informerades deltagarna om undersökningens innehåll samt att de när som helst kunde avstå från att svara på frågor de ansåg vara känsliga eller helt avbryta. Deltagarna gavs vidare möjlighet att ställa frågor runt vad intervjun och undersökningen syftade till. De erbjöds även att få feedback på testdata av intervjuaren per telefon, samt att ta del av resultaten för den övergripande undersökningen. Ersättning för deltagandet utgick med 300 kr samt eventuella utlägg för resekostnader. Intervjupersonerna lämnade inledningsvis även ett skriftligt medgivande till intervjun.

Varvat med frågor från intervjuguiden fick intervjupersonerna fylla i frågeformulä-

lären AUDIT, DIP-Q, SCL-90, BCT, ISSI-SR, KASAM och en kvalitetsenkät. Vid något tillfälle kompletterades resterande formulär efter intervjun och skickades till Institutionen för psykologi. Intervjuer med tre personer gjordes per telefon på grund av att dessa bodde långt ifrån Stockholm eller Malmö och inte hade möjlighet att ta sig till behandlingsenheten. Även här fick personerna testformulären skicka till sig för att fylla i hemma för att sedan sända dem till Institutionen för psykologi i ett färdigfrankerat svarskuvert.

## Instrumentbeskrivning

Intervjun var halvstrukturerad och innehöll både slutna och en mindre andel öppna frågor. Den intervjuguide som använts är en reviderad version av den intervju som använts i Fridell et al:s (2006a) femtonårsuppföljning av en grupp tunga bland/narkotikamissbrukare. Den är baserad på Addiction Severity Index-uppföljningen (ASI), frågor med en förloppsbeskrivning enligt Time Line Follow Back-metodik samt valda delar av DOK-formuläret. Nedan följer en närmare beskrivning av de enskilda intervjuinstrumenten.

### Addiction Severity Index uppföljning (ASI)

Addiction Severity Index är en standardiserad intervjuguide publicerad 1984 av den amerikanske missbruksforskaren Tom McLellan. Den användes ursprungligen främst som bedömningsmetod för att matcha klienter till olika behandlingar (McLellan et al, 1992). I Sverige används ASI-intervjun främst inom socialtjänsten, men även i forskningssammanhang, som en metod för att samla information om klienter på ett systematiskt sätt. ASI täcker in sju olika problemområden: fysisk hälsa, arbete/för-sörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, kriminalitet, familj och umgänge, missbruk, psykiska problem i släkten samt psykisk hälsa.

ASI-intervjun används idag i många länder och anses ha hög reliabilitet och validitet vad gäller bedömning av klienters aktuella behov av hjälp och deras allmänna livssituation (Andréasson et al, 1999). Den har använts för att på ett mer organisatoriskt plan följa upp verksamheter samt utvärdera effekterna av olika insatser inom missbruksvården. När det gäller självrapportering av drogproblem har studier visat på hög validitet, och reliabilitet. Tillförlitligheten i självrapporterade data är som regel hög om den person som intervjuats inte haft något att vinna på att ge en missvisande bild av situationen. 90–95 % av intervjuerna i BAK/SWEDATE var reliabla enligt Bergmark et al (1994), medan bara 0,1 till 0,2 % var otillförlitliga.

Den version av ASI-intervjun som använts i denna uppsats är ASI-uppföljnings-formuläret. Den är något kortare än huvudintervjun och bland annat avsnittet om missbruk och psykiska problem i släkten har tagits bort. Det har utvecklats med syfte att kartlägga hur klientens situation och behov av stöd förändrats med tiden (Andréasson et al, 1999). I intervjun läggs huvudsakligen fokus på att kartlägga vad som har hänt i klientens liv under de senaste 30 dagarna samt de senaste 6 månaderna. För närmare beskrivning av frågorna i formuläret se tabell 2.

I slutet av varje ämnesområde får den intervjuade själv skatta sina aktuella problem samt det eventuella behovet av hjälp, utöver de insatser de redan har tillgång till, inom samma område. Slutligen gör även intervjuaren en skattning av den intervjuades problem och hjälpbehov.



**Tabell 2.** Övergripande problemområden i ASI uppföljningsintervju, antal item samt exempel på innehåll i respektive område.

Område	Innehåll
Fysisk hälsa (13 item)	Frågor om hepatit, HIV, receptbelagda läkemedel, läkarbesök, pension/sjukbidrag.
Arbete/Försörjning (24 item)	Anställningsmönster, inkomstkällor, inkomst, sjuk-skrivning, utbildningsnivå.
Alkohol- och narkotikaanvändning (26 item)	Användning av alkohol, narkotika och läkemedel gällande omfattning och intagningsätt, behandlingskontakter för missbruket
Familj och umgänge (24 item)	Aktuellt civilstånd, levnadsförhållande, antal vänner, förekomsten av konflikter, missbruk och stöd i relationer.
Psykisk hälsa (22 item)	Psykiatriska vårdkontakter, förekomsten av psykiska besvär och självmordstankar.
Kriminalitet (19 item)	Förekomst av häktning, åtal, domar och specificering av vilka brott det gäller samt eventuell strafftid.

Förutom att redovisa intervjupersonernas svar på de enskilda ASI-frågorna finns det matematiskt sammansatta poängsummer, s k kompositvärden, vilka är summan av flera svar inom vart och ett av de sex problemområden intervjun avser att täcka. Kompositvärdena används för att få ett mer objektivi t mått på förändring och kan även användas för att jämföra med andra material, som en indikation på behandlingsresultat. För alla områden gäller att höga poäng indikerar problem.

Värt att notera är att den matematiska formeln för arbete och försörjning är anpassad efter amerikanska förhållanden. Detta medför att betydelsen av att ha körkort och tillgång till bil ges oproportionerligt stor vikt, jämfört med svenska förhållanden, för att klara sin försörjning. Det är även inom detta område där indikationen på problem brukar vara störst i grupper av missbrukare. Resultaten för detta kompositvärde bör alltså tolkas med viss försiktighet (Andréasson et al, 1999).

### Time Line Follow Back (TLFB)-metoden

En del av frågorna i intervjuguiden är utformade enligt Time Line Follow Back (TLFB)-metodik, där man utgår från hur livssituationen ser ut nu, enligt ASI-frågeställningarna, och sedan går kvartalsvis bakåt i tiden till indexvårdtillfället. I den ursprungliga TLFB-metoden är man ute efter daglig information om en persons livssituation ur ett 12-månadersperspektiv. I uppföljningen av Dianova Sverige undersöks det huvudsakliga mönstret i tremånadersperioder med en mer generell skattning av mängd av alkohol och droger per dag.

Sobell och Sobell (1996) har gjort en studie av TLFB-metoden och påvisat hög test-retest reliabilitet och hög konvergent och diskriminerande validitet gentemot andra metoder och instrument som information från släktingar och urinprov. Däremot har samma studie visat på dålig diskriminering mellan dagar med hög och låg alkoholkonsumtion. Fals-Stewart, O'Farrell, Freitas, McFarlin & Rutigliano (2000) gjorde en undersökning av TLFB-metodiken när det gällde droganvändning och visade att metoden även där hade generellt hög validitet och reliabilitet. Reliabiliteten i vår egen undersökning får betraktas som okänd men redogörelser från tvärssnittsdata har vid jämförelser med TLFB-metodiken inte visat några motsägelser.

## **Dokumentation inom Missbrukarvården – DOK**

Utvärderings- och dokumentationssystemet DOK har utvecklats i samarbete mellan Statens Institutionsstyrelse (SIS) och Institutet för Kunskapsutveckling inom Missbrukarvården (IKM) (Melin & Näsholm, 1998). Det är ett kartläggningsinstrument som används inom LVM-vården och liknar ASI med i stort sett samma uppbygg och problemområden. Frågor från DOK, främst gällande missbruksrelaterad vård och boende, har använts i intervjuguiden som ett komplement till de data som hämtats in från ASI- uppföljningen.

## **The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)**

The Alcohol Use Disorders Identification Test är ett internationellt utprovat screeninginstrument utvecklat av en grupp forskare på uppdrag av WHO som ett alternativ till de verktyg som syftar till att diagnostisera alkoholism (Saunders, Aasland, Babor, De La Fuente & Grant, 1993). AUDIT är utvecklat som en förebyggande teknik för att identifiera eventuella alkoholproblem innan kriterierna för beroende enligt DSM IV är uppfyllda.

Formuläret omfattar 10 item där klienten får skatta sina alkoholvanor. Varje item kan ge mellan 0–4 poäng och hela testet max 40 poäng. Resultatet ger separata poäng för riskfylld alkoholkonsumtion (tre item), beroendesymptom (fyra item), skadlig konsumtion (tre item) samt en total poäng. Internationella studier visar att ett medelvärde på 8 poäng eller mer indikerar ett skadligt eller riskfyllt alkoholintag (Saunders et al, 1993). Kön- och ålderskorregerade linjära T-poäng kan beräknas för den totala poängen enligt svenska normer, där den övre gränsen för "normal" alkoholkonsumtion går vid 70 t-poäng. AUDIT visar tillfredsställande reliabilitet för den svenska versionen där Cronbachs alfa för intern konsistens är .82 och test-retest .93 under ett 3-4 veckors intervall för den totala poängen (Bergman & Källmén, 2001).

## **Symptom Checklist (SCL-90)**

Symptom Checklist är ett självskattningsformulär som avser mäta aktuell psykisk status, baserat på hur man själv tycker man har mått. Formuläret omfattar 90 påståenden där personen får skatta hur mycket hon eller han besvärats av symtomet under veckan. Påståendena kan grupperas i nio skalor där mellan 6–13 påståenden beskriver ett visst symptom. Sju item finns inte med i någon av skalorna. Poängen summeras och omräknas till t-poäng, där 60–80 t-poäng på den aktuella skalan tyder på förekomst av visst psykiskt lidande och värden över 80 utgör kliniska nivåer av psykiska besvär. Förutom de kliniska subskalorna, finns tre globala mått på psykiska besvär som används som "ett sammanvägt mått på graden av psykopatologi" (Fridell, Cesarec, Malling Andersen & Johansson, 2002). De nio subskalorna i SCL-90 är Somatisering, Obsessiv-kompulsivitet, Interpersonell sensitivitet, Depression, Ångest, Fientlighet/vrede, Fobisk ångest, Paranoidt tänkande och Psykoticism. För en beskrivning av skalornas respektive innebörd och antal item se appendix A (tabell 1). De tre globala måtten redovisas i tabell 3.

**Tabell 3.** De tre globala indexmått som mäter den generella graden av obehag.

Globala mått	Beskrivning av skalans innebörd
Globalt svårighetsindex (GSI)	Generellt mått på upplevelsen av besvär. Genomsnittsvaret oavsett subskala.
Positivt symptomstörningsindex (PSDI)	Intensiteten i upplevda problem samt svarsstil, tendens till förstoring eller förminskning. Genomsnittet på de svar som inte är noll.
Totala antalet positiva symptom (PST)	Antalet upplevda symptom. Antalet svar som inte är noll.

Instrumentet modifierades av Derogatis et al (1974, refererad i Fridell, Cesarec et al 2002) efter förlagan Hopkins Symtom Checklist. Det är använt internationellt och normerades och standardiserades efter svenska förhållanden av Fridell, Cesarec et al (2002) på uppdrag av SIS. SCL-90 är användbart som screening och för att göra gruppjämförelser i forskningsstudier, samt kan fördjupa och utvidga bilden av patientens symptom och på så sätt komplettera diagnostiska utredningar (Fridell et al, 2002). Det bör inte ensamt användas för att bedöma kliniska syndrom.

Testets psykometriska egenskaper avseende reliabilitet visar på hög intern konsistens för samtliga skalor, mätt med Cronbachs alfa = .98 i patientmaterialet och .97 i normmaterialet. Interkorrelationerna mellan de olika skalorna är höga,  $r = .68$  (patientmaterial) och  $r = .72$  (normmaterial) i de båda materialen. Faktoranalys har visat att de olika skalorna korrelerar högt med varandra och att de mäter en generellt överordnad faktor av psykisk ohälsa. GSI och PST har de mest konsekventa resultaten, men inte alltid den bästa differentieringen, vilket tills vidare medför att alla skalor bör beaktas, enligt Fridell, Cesarec et al (2002). Zack, Toneatti och Streiner (1998) drar samma slutsats, med en överordnad faktor som mäter generell psykisk ohälsa hos missbrukare med samtidig psykisk störning och som i deras studie förklarade 60 % av variansen.

Den svenska standardiseringen har, korrigerats för kön och ålder, genom att linjära t-poäng beräknats så att man ska kunna jämföra grupper med olika kön och åldersfördelning. Skalorna i SCL-90 diskriminerar bra på ett antal andra test som används i denna undersökning. I missbruksgrupper skiljde SCL-90 mellan låg respektive hög ISSI, mellan låg och hög KASAM och mellan lågt och högt GAF-värde. SCL-90 har rimligt god förmåga att förutsäga klinisk eller icke-klinisk gruppstillhörighet.

## Personlighetsstörning enligt DSM-IV

Personlighetsstörningar kan vara ett något problematiskt begrepp, både teoretiskt och metodologiskt sett. Definitionen av vad som karakteriserar personlighetsstörning och dess etiologi skiljer sig mellan olika teoretiska inriktningar. I forskningssammanhang är det vanligast att använda sig av DSM-IV:s kriterier för personlighetsstörning. DSM-IV innehåller deskriptiva definitioner av personlighetsstörning, utan någon särskild koppling till personlighetsteori om störningens uppkomst eller bakgrund (Ottosson, 1999). Diagnossystemet bygger på en medicinsk modell, med typer och en klar gränssättning mellan normalt och patologiskt. Det finns både fördelar och nackdelar med att använda den typ av kategoriska system som finns i DSM-IV. Empiriska data stödjer en mer dimensionell modell, där personlighetsdrag ses som ett kontinuum där man har mer eller mindre och inte antingen eller, enligt

en forskningsöversikt i Ottosson (1999). Överlappningar mellan olika diagnoser är också vanliga med DSM-IV:s system och förekommer oftare mellan än inom kluster, enligt Ekselius et al (1994, refererad i Ottosson, 1999). Fyra till fem diagnoser är inte ovanligt för samma person. Det kan delvis handla om att kriterierna för de olika diagnoserna liknar varandra. Det är till exempel vanligt med överlappningar mellan histrionisk och borderline personlighetsstörning (Ottosson, 1999). Fördelar med kategoriska modeller är av praktisk art; det är kommunicerbart, särskilt i forsknings-sammanhang och följer klinisk tradition. I forskning om missbruk och samtidiga psykiska störningar har det varit problematiskt att man använt vitt skilda teoretiska och metodologiska modeller för att uppskatta psykisk störning (Fridell, 1991).

I DSM-systemets kodning har personlighetsstörningar en egen axel tillsammans med utvecklingsstörning: axel II. Personlighetsstörning beskrivs i DSM IV som "ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Mönstret kommer till uttryck inom minst två av följande områden: kognitioner, affektivitet, mellanmänskligt samspel och impuls kontroll" (APA 1995, Pp. 215).

För att få en personlighetsstörningsdiagnos enligt DSM-IV-systemet krävs dels att generalkriterierna uppfylls och dels att tillräckligt antal kriterier för de enskilda personlighetsstörningarna är uppfyllda. Det krävs även att symptomen inte bättre ska kunna förklaras med psykosocial stress, förstämningssyndrom, någon psykosjukdom eller fysiologiska effekter av någon substans, somatisk sjukdom eller skada. Vidare är de uppdelade på tre olika kluster som åskådliggörs i nedanstående tabell:

**Tabell 4.** Personlighetsstörningar enligt DSM-IV. Beskrivningarna av klustren är delvis hämtade från Fridell (1996a).

Personlighetsstörning i DSM-IV	Beskrivning
<b>Kluster A eller Udda Personlighetsstörn.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• paranoid personlighetsstörning</li> <li>• schizoid personlighetsstörning</li> <li>• schizotyp personlighetsstörning</li> </ul>	Personer som ofta upplevs ofta som udda eller excentriska, skygga och misstänksamma mot sin omgivning. Undvikande strategi.
<b>Kluster B eller Dramatiska personlöstörn.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antisocial personlighetsstörning</li> <li>• Borderline personlighetsstörning</li> <li>• Histrionisk personlighetsstörning</li> <li>• Narcissistisk personlighetsstörning</li> </ul>	Upplevs ofta som dramatiska, känslomässiga eller konfliktbenägna. Har ofta kaotiska och flyktiga relationer.
<b>Kluster C eller Känsliga personlöstörn.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fobisk personlighetsstörning</li> <li>• Osjälvständig personlighetsstörning</li> <li>• Tvångsmässig personlighetsstörning</li> </ul>	Personer inom detta kluster kan upplevas som inåtvända, ängsliga eller rädda. Har ofta låg självkänsla och ett undvikande eller osjälvständigt beteende.

För utförligare beskrivning av de enskilda kategorierna av personlighetsstörning hänvisas till Mini-D IV (American Psychiatric Association, 1995).

I en studie av de Groot, Franken, van der Meer och Hendriks (2003) undersöktes stabilitet och förändringar av personlighetsstörningar i en grupp som behandlats i terapeutiskt samhälle av Phoenix house och Synanonmodell. Diagnoserna byggde på MCMI-II (Millon Multiaxial Clinical Inventory II) som utgår från DSM-III-R:s kriterier, men är validerad för DSM-IV. Signifikanta förändringar skedde när det gällde schizoid, fobisk, passiv-aggressiv, schizotypal och borderline personlighetsstörning men inte för antisocial och narcissistisk personlighetsstörning.

Författarna argumenterar för att den uteblivna förändringen hänger ihop med den kliniska bilden av självorientering och motstånd mot tryck utifrån som hänger ihop med antisociala och narcissistiska personlighetsstörningar. Svagheter med studien som författarna påpekar är avsaknad av kontrollgrupp och den överrapportering som följer med självskattningsformulär. Förändringar efter behandling när det gäller personlighetsstörningar har även påvisats i andra studier (se till exempel Fridell et al, 1996d) och kan hänga ihop med socialisationsprocessen under behandling, där självkoncept och självkänsla påverkas och att man till exempel lär sig nya copingstrategier (Groot et al, 2003).

### **DSM-IV Personality Questionnaire (DIP-Q)**

DIP-Q är ett självskattningsformulär för personlighetsstörningar som bygger på DSM IV samt ICD-10-systemets deskriptiva modell för personlighetsstörningar. Det kan ses som ett screeninginstrument för att skapa hypoteser för fortsatt forskning. För att ställa diagnos på personlighetsstörning krävs en mer omfattande klinisk utredning och bedömning.

DIP-Q har använts vid uppföljningen för att få en uppskattning av förekomsten av personlighetsstörning på gruppnivå, d v s för att se om gruppen som vårdas i DIANOVA liknar den i andra narkomanmaterial. Formuläret innehåller 140 påståenden med svarsalternativen "stämmer" eller "stämmer inte". Som instruktion anges att man ska fylla i formuläret efter hur man vanligen brukar tänka och har känt i genomsnitt under de senaste fem åren. Vid resultatredovisningen har DSM-IV-kriterierna använts eftersom ICD-10 enligt Ottoson (1999) tenderar att överskatta personlighetsstörningar.

Mätt med DIP-Q krävs att minst två av fem generalkriterier är uppfyllda, alternativt att intervjupersonen skattat sig lägre än 70 på GAF-skalan avseende social och psykisk funktion det senaste året. Generalkriterierna baserar sig på en ID-skala (Impairment/Distress) med fem items. Eftersom personlighetsdrag oftast ses som egosyntona kan man förvänta sig en underrapportering på ID-skalan, skriver Ottoson (1999). Det krävs att personen kan känna igen svårigheter och sätta dessa i samband med maladaptiva personlighetsdrag. GAF-skalan används därför som ett komplement till ID-skalan. Testpoäng för DIP-Q beräknas både i råpoäng och justerade poäng där antingen generalkriterierna är uppfyllda eller testpersonen har skattat ett GAF-värde lägre än 70. De justerade poängen anges som poäng efter "cut-off".

Ottoson et al (1998) varnar för tendensen i DIP-Q att överdiagnostisera personlighetsstörningar, framförallt i kluster A eller "udda personlighetstörningar" och personer med ångest eller depressionssymptom. I frånvaro av ångest och depressionstillstånd hade DIP-Q god test-retest reliabilitet för alla personlighetsstörningar i DSM-IV, mätt med Cohens kapp (Ottosson 1999). Kluster A tenderade att vara okänsligt mot depression och ångestssyndrom. Borderline och Kluster C- störningar visade brist på test-retest stabilitet vid depression, och kluster C-diagnoser var instabila vid ångeststillstånd. DIP-Q hade en acceptabel överensstämmelse med strukturerad intervju när det gäller att fastställa huruvida det fanns en personlighetstörning eller inte, men var låg för några av de specifika personlighetsstörningarna, särskilt för histrion, narcissistisk och schizoid. Överensstämmelsen med strukturerad intervju (SCID II) = .61 mätt för Cohens kapp (Ottosson et al, 1998).

Formuläret är också känsligt för yttre faktorer. Ottosson et al (1998) visade i sin studie att sensitiviteten är .50 eller lägre för schizoid, antisocial, histrionisk och nar-

cissistisk personlighetsstörning, vilket tyder på att DIP-Q är mindre användbart som screening för dessa grupper. Sensitiviteten är bättre för kluster C, borderline, paranoid och schizotypal personlighetsstörning och den övergripande sensitiviteten var .84 för diagnoser enligt DSM-IV (Ottosson et al, 1998).

## Global Assessment of Functioning Scale (GAF)

Global Assessment of Functioning Scale eller GAF-skalan som den brukar förkortas utgör den femte axeln i DSM-IV manualen. Den utgör ett mått på psykisk och social funktionsnivå och brukar vanligen utföras av professionella bedömare. GAF-skalan varierar mellan värden på 1 och 100, där värdet 100 anger total frånvaro av symptom. För en beskrivning av GAF-skalstegens olika innebörd, se MINI-D IV (American Psychiatric Association, 1995).

## Basic Character Trait Test (BCT)

Basic Character Test är ett formulär för personlighetsbedömning där stabila personlighetsegenskaper bedöms. Det har utvecklats av Cesarec och Fridell och bygger på faktoranalys av fyra grundläggande karaktärsdrag enligt klassisk psykoanalytisk teori. Formuläret omfattar 80 frågor som besvaras med ja eller nej. Det är avsett att mäta fyra personlighetsvariabler: oral optimism (OOC), oral pessimism (OPC), analt reaktiv karaktär (ARC) samt omnipotent kompulsiv karaktär (OCC), se tabell 5.

Oral optimism är den variabel som speglar de generellt sett mest adaptiva personlighetsdragen, medan de andra tre variablerna ger mer "patologiska" indikationer. BCT utvecklades ursprungligen med syfte att användas vid undersökningar av psykosomatiska fenomen, men har även visat sig användbart vid missbruksforskning (Fridell et al, 1996c). Formuläret har svensk normering som beräknas i staninepoäng och linjära t-poäng (Fridell et al, 2002). Cronbachs alfa för de fyra variablerna sträcker sig mellan .66 och .83. Re-test för intervallet 5,9 år ger korrelationer på .60 och däröver. Testet har standardiserats på två normalsampel; sjukhus och behandlingspersonal (n=990) samt ett slumpmässigt rikssampel (n=1000). Validering har gjorts på 1200 patienter och för konstruktionsvaliditet har jämförelser gjorts med 16 andra skalor och test (Cesarec & Fridell, 2007).

**Tabell 5.** Beskrivning av BCT-variablerna (enligt Fridell et al, 1996c Fridell, Cesarec et al 2002, 2007).

BCT-variabler	Beskrivning
Oral optimism (OCC)	Mäter egenskaper som nyfikenhet, intresse för omvärlden och nya strömningar, spontanitet, sociabilitet, godtrogenhet, beroende och naivitet.
Oral Pessimism (OPC)	Innefattar drag av verbal aggressivitet, depressivitet, frustrationsbenägenhet, otålighet, avund och självständighet.
Analt reaktiv (ARC)	Mäter bland annat envishet, renlighet, perfektionism, sparsamhet och ett kontrollbehov som yttrar sig genom att man följer regler och normer.
Obsessivt kompulsiv (OCC)	Kännetecknas av obeslutsamhet, grubblande, magiskt tänkande, skuld och stark kontroll av känslolivet.

## Känsla av Sammanhang (KASAM)

KASAM är en skala utvecklad av Antonovsky ursprungligen kallad Sense of Coherence Scale (SOC) som i svensk översättning heter Känsla av sammanhang. Frågeformuläret är baserat på Antonovskys teorier om salutogena faktorer som antas kunna förutsäga hur den fysiska och psykiska hälsan påverkas i krissituationer. Kopplat till hans hälsobegrepp är förmågan att förstå innebörden av en situation samt att använda de resurser som finns att tillgå, vilket han kallade Sense of Coherence (Eriksson & Lindström, 2005).

KASAM innehåller frågor som täcker in tre olika dimensioner: förmågan att förstå vad som händer i omgivningen, i vilken utsträckning personen kan hantera en situation själv eller med hjälp av närstående, samt förmågan att finna mening i tillvaron (Eriksson & Lindström 2005).

Formuläret består av 29 item med en 7-gradig svarsskala och genererar dels en total poäng och dels tre subskalor kallade begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. En total poäng mellan 120 och 150 anses befinna sig inom normalvärdet (Fridell, Cesarec et al, 2002). Formuläret avser framförallt mäta förmågan att hantera stress där låga värden även indikerar sämre fysisk och psykisk hälsa (Eriksson & Lindström 2005). En systematisk internationell studie av 458 artiklar och 13 avhandlingar visar att KASAM har acceptabel validitet och är interkulturellt applicerbart. Vidare varierar värdet för Cronbachs alfa för intern konsistens mellan .70 och .95 och re-test ger ett värde på .77, med ett intervall på sex månader. Den totala poängen tenderar dock att stiga något med åldern (Eriksson & Lindström, 2005).

## The Interview Social Schedule of Social Integration (ISSI-SR)

The Interview Social Schedule of Social Integration är ursprungligen en australiensisk skala som avser att mäta både kvalitativa och kvantitativa dimensioner av socialt stöd, skapad av Henderson, Duncan-Jones, Byrne och Scott (Undén & Orth-Gomer, 1989). Formulärets frågor syftar till att kartlägga både individens behov och tillgång till djupa emotionella kontakter samt nivån av social integration. Med social integration menas i detta fall de relationer där gemensamma intressen delas, där stöd ges samt en känsla av personligt egenvärde kan förmedlas (Undén & Orth-Gomer, 1989). Den svenska omarbetningen av skalan gjord av Undén och Orth-Gomer (1989), kallad ISSI-SR användes. Versionen prövades ut på en stor grupp svenska män. Det saknas dock en svensk normering av skalan.

Frågeformuläret består av 30 item med varierande svarsalternativ och mäts med hjälp av fyra variabler: AVSI – tillgänglighet på social integration (6 item), AVAT - tillgänglighet på djupa emotionella relationer (6 item), ADSI - upplevd tillfredsställelse med social integration (8 item) samt ADAT – upplevd tillfredsställelse med tillgänglighet av djupa emotionella relationer (10 item). Dessutom beräknas en totalpoäng som kan användas som ett globalt index på socialt nätverk. En total poäng som understiger 20 råpoäng tolkas som att det finns brister i det sociala stödet, medan ett värde på 20 poäng eller mer tyder på ett normalt till bra stöd. Cronbachs alfa ger ett värde mellan .63 och .76. Med re-test under ett intervall på 1 år finner vi mellan .66 och .85, där stabiliteten är något större för de variabler som avser att mäta upplevd tillfredsställelse (Fridell, Cesarec et al 2002). I reliabilitetshänseenden ligger ISSI-SR något lägre än originalversionen, men anses ändå acceptabel (Undén & Orth-Gomer, 1989).

## Brukarundersökning för kvalitetsmätning (kvalitetsenkät)

För att undersöka hur klienterna uppfattat behandlingens kvalitet har en brukarundersökning utarbetad av Rusmiddenletaten i Oslo kommun använts vid uppföljningen. Brukarundersökningen ingår i ett övergripande projekt av kvalitetsmätning, där det också finns en arbetsplatsundersökning, en intressent/kundenkät samt en resultatmätning där man kan följa upp den enskildes målsättningar och de resultat som uppnås under tiden. Alla delar kan användas tillsammans för att få en övergripande mätning av verksamhetens kvalitet, men man kan också använda de olika enkäterna var för sig (Rusmiddenletaten, 2005). I denna undersökning har fokus legat i att få klienternas uppfattning om sin vistelse på behandlingscentra och inte i att göra någon övergripande kvalitetsmätning av det arbete Dianova bedriver. Därför används enbart brukarundersökningen.

**Tabell 6.** Beskrivning av innehåll och antal item för de fyra områden som brukarundersökningens kvalitetsfrågor är indelade i (Rusmiddenletaten, 2005).

Huvudområde	Områdets innebörd
<b>Information/organisering</b> (4 item)	Frågorna handlar om hur nöjda klienterna är med den information de fått samt om tillgänglighet och hur bra man varit på att förmedla vad organisationen står för.
<b>Innehåll och individuell anpassning</b> (6 item)	Frågor om metodinnehåll och individuell anpassning av behandlingsinnehållet, om klienternas egna resurser tillvaratagits i behandlingen och om förhållandet mellan klient och behandlingsinnehåll.
<b>Samhandling</b> (11 item)	Området berör relationer mellan klienter och personal, relationer mellan klienter och mellan personal. Detta område innehåller flest frågor, då kvaliteten på relationer är viktig för att behandlingen ska lyckas och rör ämnen som engagemang, förståelse och respekt.
<b>Service och trivsel</b> (3 item)	Frågor om materiella förhållanden på behandlingsenheten, så som drogkontroller, aktiviteter och om lokalerna.

Brugarundersökningen är enligt Rusmiddenletaten (2005) en förnöjdhetsundersökelse. I denna typ av undersökning mäter man klienternas erfarenheter satta i relation till de förväntningar klienterna haft på behandlingen. Enkäten är utarbetad så att intervjupersonerna först fått skatta hur nöjda de är med de olika aspekterna av behandling, och sedan hur viktiga dessa aspekter är för dem. Skalan innehåller fyra alternativ: mycket nöjd, ganska nöjd, ganska missnöjd och mycket missnöjd respektive mycket viktigt, viktigt, mindre viktigt och oviktigt.

Enkäten innehåller i sin ursprungsversion 29 frågor, varav 24 kvalitetsfrågor och 5 bakgrundsfrågor om till exempel klientens kön, ålder och typ av missbruk. Kvalitetsfrågorna fördelar sig på fyra områden, se tabell 6.

Resultaten av undersökningen uttrycker klienternas erfarenhetsbaserade och subjektiva värderingar. I undersökningen behandlas flera kvalitetsindikatorer, men de viktigaste är organisationskultur, organisationsdimensioner och resultat (Rusmiddenletaten, 2005).

Kvalitetsenkäten har översatts från norska till svenska av uppsatsförfattarna och samtliga frågor utom fyra har använts. I det norska originalet finns utrymme för den



enskilda behandlingsenheten att utarbeta egna frågor och möjlighet att skatta dessa efter samma princip som det övriga formuläret. I den omarbetade versionen finns istället utrymme i slutet av enkäten för att lägga till egna synpunkter och kommentarer. Nöjdhets- och viktighetsskalan läggs in i en datafil och kodas om till värden mellan ett och fyra, där höga värden indikerar hög nöjdhet respektive viktighet. I analys av resultaten används ett sammanfattningsmått kallat GFI (genomsnittlig nöjdhet), där ett genomsnittsvärde på 2,5 är minimum för godkänd kvalitet. Uttrycket GVI (genomsnittligt viktighetsindex) används för att avgöra vilka aspekter som anses vara viktiga för klienterna, genomsnittsvärden under 2,5 anger låg viktighet och över 2,5 att området är viktigt. I analysen kan man jämföra om olika bakgrundsfaktorer ger skillnad i svaren som till exempel kön, ålder och antal tidigare behandlingar. Man kan också uppskatta generell nöjdhet och vikt av de fyra olika övergripande frågeområdena. Det är framförallt frågor som besvaras med hög nöjdhet och hög vikt, samt låg nöjdhet och hög vikt som är av intresse.

Resultaten från kvalitetsenkäten har bearbetats i SPSS enligt de anvisningar som ges i Rusmiddeletatens vägledning (2005). De synpunkter och kommentarer som lämnats i slutet av enkäten har sammanställts i ordbehandlingsprogrammet Word.

## Jämförelsematerial

I resultatredogörelsen jämförs med tre olika jämförelsematerial för att illustrera hur resultatet för Dianovas klienter förhåller sig till andra behandlingsgrupper av narkotikamissbrukare. Det första jämförelsematerialet är den grupp tunga narkotikamissbrukare som följts upp av Fridell et al (1996c, 1996d) fem år efter vård vid en narkomanvårdsenhet på S:t Lars sjukhus, vilken i resultatdelen kommer refereras till som femår-suppföljningen. Vid en jämförelse av resultatet av SCL-90 redovisas även sammanlagd testpoäng för en grupp som följts upp från Långstorp, en behandlingsenhet som inriktar sig på personer med både missbruk och psykisk störning (Jonsson, 2001). Slutligen har vi för jämförelsen med kvaliteten i på Rusmiddeletatens kvalitetsenkät fått ett jämförelsematerial från Rusmiddeletaten, Oslo kommun. Det är en maj- och en oktobermätning från tre olika institutioner för missbruksbehandling: Blå Kors, Fredheim och Stenslökka. De personer som har besvarat kvalitetsenkäten i jämförelsematerialet har främst vistats i slutenvård, men några har även varit i behandling utan övernattning.

## Statistik

Student's t-test för oberoende grupper har använts för jämförelser av variabler på intervall och kvotskale-nivå. Mann-Whitney's U-test har använts vid kvantitativa variabler med sneda fördelningar eller små stickprov. Chi-två har använts vid jämförelser av proportioner. Variansanalys (ANOVA) har använts för att undersöka skillnader mellan grupper och variabler där flera samtidiga t-test eljest hade behövt göras.

Signifikansnivån är satt till  $p < 0,05$  och statistisk tendens  $p < 0,1$ .

# Materialbeskrivning

Den undersökta kohorten består av 14 kvinnor (19 %) och 58 män (81 %), sammanlagt 72 personer. Fem personer har avlidit sedan behandlingen på Dianova, vilket ger en dödlighet på 7 % i gruppen över 4 observationsår, eller 1,8 personer per år. Medelålder vid inskrivning var 31 år och medianåldern ligger något lägre: 29 år. Majoriteten ligger i det lägre åldersintervallet och bara en fjärdedel av kohorten var över 34 år vid inskrivning till behandling.

**Tabell 7.** Tabell över urval av bakgrundsuppgifter för kohorten (n=72), intervjuade (n=43) och ej intervjuade (n=29) vid inskrivning till Dianova. Inom parentes anges procent.

Variabel	Kohort (n=72)	Intervju (n=43)	Ej Intervju (n=29)
<b>Kvinnor</b>	14 (19,4)	8 (18,6)	3 (12,5)
<b>Män</b>	58 (80,6)	35 (81,4)	21 (87,5)
<b>Ålder (år)</b>	M =31,4 (8,32)	M= 30,65 (7,86)	M=31,9 (7,53)
<b>Försörjning</b>			
A-kassa	3 (4,2)	2 (4,7)	1 (4,2)
Socialbidrag	48 (66,7)	30 (73,2)	14(58,3)
Olaglig verksamhet	16 (22,2)	9 (20,9)	7 (31,8)
Uppgift saknas	5 (6,9)	2 (4,7)	2 (8,3)
<b>Boende</b>			
Egen bostad	8 (11,1)	8 (18,7)	3 (12,5)
Bostadslös	37 (51,4)	33 (76,8)	16 (66,8)
Annat	23 (31,9)	-	1 (4,2)
Uppgift saknas	4 (5,6)	2 (4,7)	2 (8,3)
<b>Huvuddrog</b>			
Alkohol	2 (2,8)	1 (2,3)	1 (4,2)
Amfetamin	26 (36,1)	17 (39,5)	8 (33,3)
Heroin	32 (44,4)	16 (37,2)	12 (50,0)
Annan	12 (16,7)	9(21,0)	3(12,5)
<b>Antal missbruksår</b>	M= 12,9 (7,14)	M=11,4 (6,44)	M=14,54 (6,61)
<b>Missbruksbehandling antal</b>			
Uppgift saknas	2,61 (3,86)	1,70 (1,52)	3,95 ggr (6,0)
<b>Psykiatrisk behandling</b>			
Ja	22 (30,6)	15 (34,9)	6 (25,0)
Nej	49 (68,1)	27 (63,1)	18 (75,0)
<b>Fällande domar</b>			
Inga	28 (38,9)	17 (39,5)	9 (37,5)
1-5	32 (44,4)	21(48,9)	9 (37,5)
6 eller fler	4 (5,6)	2 (4,6)	1 (4,2)
Uppgift saknas	8 (11,1)	2 (4,7)	5 (20,8)

När det gäller kohortens livssituation före behandling var ungefär hälften av gruppen bostadslösa, fem personer befann sig på institution och åtta personer hade enligt uppgift egen bostad. Resterande personer bodde antingen hos familj eller släktingar, i någon form av andrahandsboende, på hotell eller i träningslägenhet. Personerna i kohorten försörjde sig på antingen socialbidrag, A-kassa eller med hjälp av olaglig verksamhet. Majoriteten hade grundskola som högsta utbildningsnivå,

29 % har avslutat gymnasieutbildning och några personer hade någon annan form av yrkesutbildning.

Som huvuddrog dominerade amfetamin och heroin. I gruppen fanns en liten andel som huvudsakligen använde alkohol. Övriga huvuddroger utgjordes av elva procent cannabis, och någon enstaka person som uppgavs ha kokain, ecstasy eller dämpande mediciner som dominerande missbruk. När det gäller samtidigt bruk av andra droger förefaller det som de allra flesta i gruppen kunde beskrivas som blandmissbrukare. Det är endast tre personer eller 4 % av kohorten som bara missbrukade en drog. De tre vanligaste sekundärdrogerna uppgavs vara amfetamin, cannabis och dämpande mediciner. Fyra procent hade heroin och 14 % alkohol som samtidigt drogbruk. Antal år i missbruk var i medeltal 13 år och ingen i gruppen hade ett missbruk som varat mindre än tre år.

Sextio procent av kohorten hade någon långvarig fysisk sjukdom eller skada. Tolv personer (17 %) hade vid inskrivningstillfället tidigare gjort självmordsförsök och ungefär var tredje person har genomgått någon form av tidigare psykiatrisk behandling. Tolv procent hade enligt uppgift tidigare överdoserat. När det gäller kriminalitet uppgavs att 39 % inte hade några tidigare fällande domar medan halva gruppen hade blivit dömda för ett eller flera brott. En liten andel hade blivit fällda mer än sex gånger. Uppgift saknas för nio personer.

Fjorton procent var för första gången i behandling för sitt missbruk i och med inskrivningen på Dianova. Halva gruppen hade varit i behandling vid en eller två tidigare tillfällen, medan en av tio hade fler än sex behandlingar bakom sig.

Som framgår av tabell 8 avslutade ungefär en tredjedel av kohorten sin behandling inom tre månader medan 40 % varit i behandling inom Dianova mer än 12 månader. Trettiosex procent av hela gruppen och femtiofyra procent av de som intervjuats fullföljde sin behandling inklusive återanpassningsfasen hos Dianova i Sverige. Åtta procent respektive 9 procent hade fullföljt behandlingen utomlands, men inte genomgått återanpassningen, medan 55 % av hela gruppen avbröt sin behandling i förtid, varav 37% av de som intervjuats. I majoriteten av fallen var det ett behandlingsavbrott på eget initiativ. I de fall då Dianova avbröt berodde det i regel på våld eller hot om våld, droganvändning eller för att personen behövt psykiatrisk vård.

**Tabell 8.** Tid i behandling för kohorten (n=72), de intervjuade (n=43) och ej intervjuade (n=29) samt andelen fullföljare och dropouts under vårdindexperiod på Dianova. Inom parentes anges frekvens i procent.

Variabel	Kohorten (73)	Intervjuade (43)	Ej intervjuade (24)
<b>Längd på Dianova – månader</b>			
0–3	20 (27,8)	6 (14,0)	12 (50,0)
4–6	10 (13,9)	5 (11,6)	3 (12,5)
7–12	13 (18,1)	8 (18,6)	5 (20,8)
13–24	23 (31,9)	21 (48,8)	1 (4,2)
mer än 24 månader	6 (8,3)	3 (7,0)	3 (12,5)
Fullföljt inkl återanpassningsfas	32 (44,4)	24 (56,0)	1 (4,16)
Fullföljt endast utomlands	6 (8,3)	3 (8,6)	3 (8,1)
Dropout avbrutit på eget initiativ	28 (38,9)	16 (37,2)	14 (58,3)
Avbrutit på Dianovas initiativ	6 (8,3)	–	6 (16,2)

## Den intervjuade gruppen

Den uppföljda gruppen består av 43 personer, varav åtta kvinnor (23 %) och 35 män (77 %). Medelålder för gruppen vid uppföljning var 31 år med medianålder 29. Vid intervjutillfället var fyra personer intagna på institution eller hade varit det någon gång under de senaste trettio dagarna varav två av dessa på Dianova. En person var fortfarande i behandlingens återanpassningsfas vid intervjutillfället. Fem personer hade återremitterats till behandling, det vill säga avbrutit en behandling för att återkomma, i samtliga fall till ett nytt behandlingskollektiv. Trettiotvå personer hade fullföljt sin behandling, varav sex personer endast fullföljt behandling utomlands. Fjorton personer hade avbrutit sin behandling i förtid, på eget initiativ.

Den intervjuade gruppen har i medeltal varit 14 månader i behandling. Endast fem personer vistades i behandling kortare tid än tre månader och åtta personer var i behandling kortare tid än sex månader (se tabell 8).

Uppföljningstiderna varierade mellan de personer som intervjuats. Tabell 8 presenterar för hur länge sedan de intervjuade var i behandling på Dianova vid tidpunkt för intervju.

# Resultat

Resultatavsnittet inleds med en representativitetsanalys för att undersöka om den grupp vars utfall är känt är representativ för hela kohorten. Sedan följer uppföljningsdata för de olika områden som presenterades i frågeställningen, baserat på både intervju- och testdata. I slutet av resultatavsnittet redovisas klienterna bedömning av behandlingens kvalitet.

## Representativitetsanalys

En representativitetsanalys baserad på bakgrundsvariabler jämför intervjuade, med känt utfallet med de som inte intervjuats i kohorten, se tabell 9. Avlidna är fördelade på båda dessa grupper. I de fall då dödsorsaken är känd och relaterad till drogmissbruk har de i några beräkningar inkluderats i den intervjuade gruppen. Under dessa premisser är  $n = 48$  för gruppen "utfallet känt" och  $n = 24$  för gruppen "utfallet ej känt".

**Tabell 9.** Översiktstabell över bortfallsanalys, gällande bakgrundsdata för gruppen "utfallet känt" ( $n = 48$ ) och gruppen "utfallet ej känt" ( $n = 24$ ).

Variabel	Värde	df	p
Kön	Chi-två= 0,359*	1	.n.s.
Ålder	$t = .266$	70	n.s.
Huvuddrog	Chi-två= .4,327	6	n.s.
Antal år i missbruk	$t = 0,006$	70	n.s.0
Antal tidigare behandlingstillfällen	$t = 4,8484$	70	.038
Antal tidigare överdoser	$t = 5,772$	70	.019
Tidigare psykiatrisk behandling	Chi-två= 0,589	1	n.s.
Tidigare självmordsförsök	Chi-två=.0,739	1	n.s.
Långvarig fysiska skada eller sjukdom	Chi-två:= 0,803	1	n.s.
Försörjning vid inskrivning	Chi-två =.842	1	.359
Boende vid inskrivning	Chi2 = 4,436	2	n.s.
Antal fällande domar	$t = 192$	70	n.s.
Utbildningsnivå	Chi-två=1.584	1	n.s.
Antal dagar i behandling på Dianova	$t = 2,637$	70	.01
Drop-out	Chi-två= 11,250	1	.001

Av de här redovisade skillnaderna mellan gruppen där utfallet är känt och gruppen där det inte är känt finns en del skillnader. I bakgrundsvariablerna finns ingen skillnad mellan grupperna ifråga om kön, ålder, huvuddrog, och antal år med missbruk, tidigare psykiatrisk behandling, eller tidigare självmordsförsök. Inte heller finns några skillnader i fråga om boende, utbildningsnivå, allvarlig somatisk sjukdom/skada eller antal fällande domar. Däremot finns signifikanta skillnader är ifråga om behandlingsrelaterade variabler så att gruppen med känt utfall har fler behandlingsförsök före Dianova än den där vi inte känner till. Patienterna med känt utfall har också mer vårddagar i Dianova och en lägre nivå av dropout i Dianova än de som inte är kända. Gruppen som inte kunnat nås har också haft något fler överdoser.

Undersökningen med dess olika delar är så gott som komplett, med endast något eller några enstaka bortfall på testdata.

## Hur ser gruppen ut vid uppföljningen ?

### Missbruk, alkohol- och narkotikabruk

Inledningsvis redovisas utfallet för drogfrihet med en bedömning av huruvida de intervjuade personerna uppfyllt kriterierna för beroende eller missbruk. Personer som bedömts som drogfria kan därför ha haft något enstaka återfall, men generellt har en strikt bedömning av drog-frihet tillämpats. I uttrycket drog ingår här både alkohol och narkotika.

**Tabell 10.** Drogfri tid för den intervjuade gruppen inklusive behandlingen på Dianova (n=43). Värdena inom parentes anger frekvens i procent.

Ej drogfri vid intervjutillfället	10 (23,3%)
Drogfri senaste 30 dagarna före uppföljningen	10 (23,2%)
Drogfri senaste 6 månaderna före uppföljningen	2 (4,7%)
Drogfri senaste året	10 (23,3%)
Drogfri senaste två till tre åren	6 (14%)
Drogfri de senaste fyra till fem åren	5 (11,6%)

Tabell 10 visar hur länge personerna i den intervjuade gruppen hade varit drogfria vid det tillfälle de blev intervjuade. Vid sammanhängande drogfrihet sedan behandlingen har även tiden på Dianova räknats med. Beroende på hur man räknar är det 77% som är drogfria vid intervjutillfället, 22 (51%) om vi beaktar senaste halvåret, 49% om vi beaktar en drogfrihet om ett år eller längre och 11 (26%) som har en stabil drogfrihet om två år eller längre samt 5 (12%) som varit drogfria konstant de senaste fyra till fem åren. Det är vid uppföljningen 70% som anser att man slutat med droger och kan ange ett år när man slutade. I tre fall innebär detta år 2006.

Den drog som patienten ser som sin primära drog redovisas i tabell 11. Av de 10 personer som uppgav sig ha ett problemfyllt förhållande till någon drog är det två personer (20 %) som uppgav alkohol och åtta personer (80 %) som uppgav något eller några narkotiska preparat. De personer som inte kunde uppge en huvuddrog finns i kategorin Missbruk av mer än två medel. Flertalet använde dock mer än en drog även om det är en substans de ansåg vara huvudproblemet.

**Tabell 11.** Mest använda preparat vid intervjutillfället (n=43). Värdena inom parentes anger procent.

Preparat	Antal (%)
Inget problem	29 (67,4)
Alkohol	4 (9,3)
Heroin	2 (4,7)
Amfetamin	1 (2,3)
Cannabis	2 (4,7)
Missbruk av mer än två medel	5 (11,6)

Tio personer (23 %) har under den senaste månaden uppfyllt kriterierna för tungt missbruk, det vill säga enligt CANs definition som innebär injektion av droger och/eller ett dagligt bruk av narkotiska preparat. Fyra personer (11 %) har överdoserat narkotika senaste halvåret.

Trettiofyra personer (77 %) av dem som intervjuats har någon gång i sitt liv injicerat droger och tio personer (23 %) har injicerat droger de senaste sex månaderna, varav sex personer (14 %) har gjort det under de senaste 30 dagarna.

Endast två personer (6 %) uppger att deras drogvanor försämrats det senaste halvåret. För majoriteten (63 %) har situationen inte förändrats nämnvärt och här finner man främst personer som inte missbrukat det senaste halvåret, men även en lite mindre andel som har haft ett mer konstant drogmissbruk. Slutligen anser elva personer (23 %) att deras drogvanor blivit bättre eller mycket bättre under de senaste sex månaderna.

Flera personer anser sig vidare ha förbättrat sina drogvanor sedan behandlingen på Dianova även om de inte klassificerats som drogfria eller har varit drogfria endast under en kort tid. Förbättringar har då skett genom att de använder mindre tunga droger eller har minskat omfattningen av missbruket.

**Tabell 12.** Upplevda alkoholproblem samt behov av behandling för dessa de senaste 30 dagarna (n=43). Värdena inom parentes anger procent.

Skattning	Antal med problem	Antal i behov av hjälp
Inget /litet	33 (94,3)	35 (100,0)
Måttligt	8 (18,6)	6 (14%)
Påtagligt/mycket stort	2 (5,7)	0 (0)

Trettiofyra personer (81%) har inte upplevt några dagar med alkoholproblem under de senaste 30 dagarna, medan fem personer uppger alkoholproblem i mellan en och åtta dagar. Dagar med narkotikaproblem har upplevts av nio personer, varav tre personer har erfart problem samtliga dagar. Som narkotika- eller alkoholproblem har här även inkluderats eventuellt påtagligt sug eller abstinens efter drogen.

Tabell 12 och tabell 13 redovisar hur intervjupersonerna skattat sina problem och sitt behov av hjälp för alkohol- respektive narkotikaproblem.

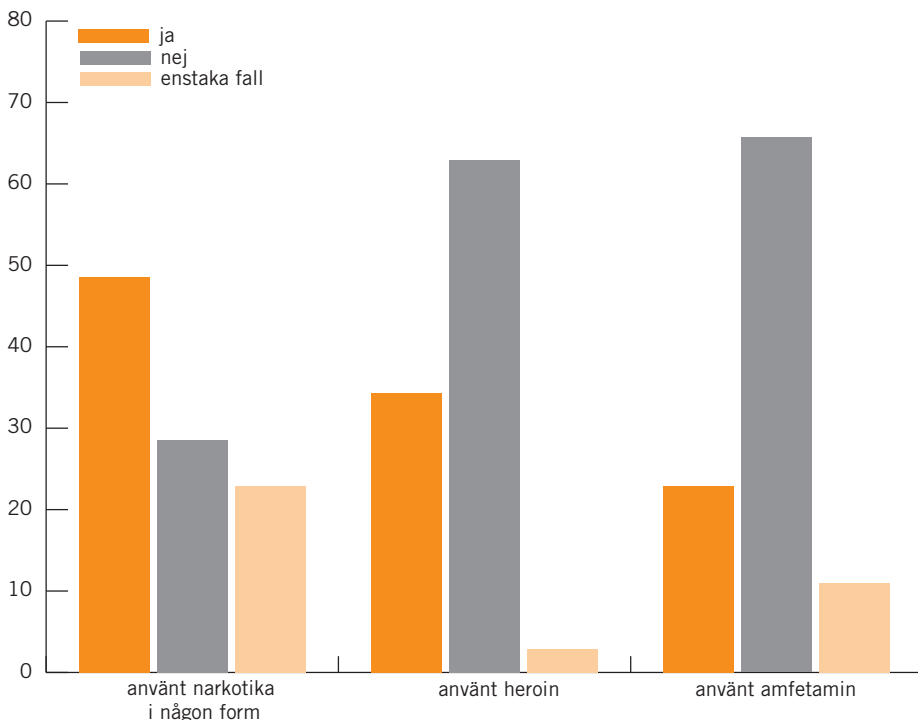
**Tabell 13.** Upplevda alkoholproblem samt behov av behandling för dessa de senaste 30 dagarna (n=43). Värdena inom parentes anger procent.

Skattning	Antal med problem	Antal i behov av hjälp
Inget /litet	28 (80,0)	30 (85,7)
Måttligt	8 (18,6)	9 (21%)
Påtagligt/mycket stort	6 (17,1)	4 (11,4)

Det är alltså endast för narkotikaproblem som personer i den intervjuade gruppen upplever sig vara i måttligt, påtagligt eller mycket stort behov av hjälp för sina drogproblem. Av de personer som angett att de har alkoholproblem är det ingen som har mer än ett litet behov av hjälp utöver den de möjligen redan har tillgång till.

Figur 2 visar hur drogvanorna sett ut sedan den intervjuade gruppen avslutade behandlingen på Dianova. Tjugonio procent har inte använt några narkotiska preparat sedan utskrivningen. Ytterligare 23 % har tagit något enstaka återfall. Knappt hälften av gruppen har använt narkotika under olika långa tidsperioder sedan behandlingen på Dianova.

**Figur 1.** Narkotikaanvändning sedan utskrivningen från Dianova (n=43).





## Alkoholvanor enligt AUDIT

Som kan utläsas av tabell 13 ligger medianen väsentligen lägre än genomsnittet på samtliga delskalor för AUDIT, vilket indikerar att några få personers höga värden har höjt medelvärdet för gruppen. Den intervjuade gruppens medelvärde i t-poäng ligger trots detta strax över normalpopulationens genomsnittliga värde, vilket innebär att deras alkoholkonsumtion på gruppnivå liknar befolkningen i stort.

**Tabell 14.** Medelvärden, standardavvikelser samt median i t-poäng för den intervjuade gruppens resultat på AUDIT (n=43).

Variabel AUDIT	M	Sd	Md
Risikonsumtion	4,14	3,49	3,5
Beroendesymptom	1,71	3,03	0
Skadlig konsumtion	2,83	4,07	1,0
AUDIT totalt	8,69	8,67	5,0
T-poäng AUDIT totalt	59,43	23,27	48,5

På individnivå finner vi en grupp på sju personer (16 %) vars alkoholvanor överstiger 70 t-poäng, vilket utgör en indikation på alkoholproblem.

## Aktuella behandlingskontakter

Fem personer (12 %) hade varit i avgiftning för narkotika de senaste sex månaderna, varav tre personer i öppenvård och en person i slutenvård. Elva personer (26 %) har behandlats i öppenvård för missbruk de senaste 6 månaderna, vilket i samtliga fall var pågående kontakter. I denna grupp ingår kontakter med Dianovas eftervårdsprogram. Nio personer (21 %) har behandlats på behandlingshem de senaste sex månaderna. Även här innefattar detta i sju fall den aktuella behandlingen på Dianova medan två är i annan behandling. Fem personer vistas för närvarande på behandlingshem, varav en person på Dianova. Ingen i den intervjuade gruppen har blivit dömd till vård enligt LVM under det senaste halvåret. Fyra personer (9%) är i pågående subutexbehandling.

## Arbete, försörjning och bostad

Tabell 15 beskriver de intervjuades anställningsmönster under det senaste halvåret.

**Tabell 15.** Anställningsmönster under de senaste sex månaderna. (n=43).

Anställningsmönster	Antal personer
Heltid	12 (27,9)
Deltid	5 (11,7)
Studier	5 (11,7)
Pension/sjukbidrag/socialbidrag	2 (4,7)
Arbetslös	17 (39,5)
Intagen på institution	2 (4,7)

Över femtio procent eller 22 personer har alltså haft arbete i någon sysselsättningsgrad eller studier som sitt vanligaste anställningsmönster det senaste halvåret. Heltids- eller deltidsarbete inberäknar även praktikanställningar av olika slag. Tjugo personer bland de intervjuade hade arbetat minst tio dagar senaste månaden. Fyra personer hade varit sjukskrivna tio dagar eller mer, men endast en person under hela månaden. Fem personer studerade större delen av den sexmånadersperiod som föregick uppföljningsintervjun.

**Tabell 16.** Huvudsaklig försörjningskälla de senaste 30 dagarna (n=43). Värdena inom parentes anger frekvens i procent.

Huvudsaklig försörjningskälla	Antal personer
Anställning	10 (23,3)
Socialbidrag	18 (41,9)
Sjukpenning/sjukbidrag	4 (9,3)
Partner/familj eller vänner	1 (2,3)
Olaglig verksamhet	1 (2,3)
Prostitution	1 (2,9)
Andra källor	6 (17,1)

Som framgår av tabell 16 hade den största gruppen fått sin försörjning främst från socialbidrag. En fjärdedel hade fått sin huvudsakliga inkomst från anställning de senaste 30 dagarna. Exempel på andra källor, från vilka sex personer fått sin huvudsakliga inkomst från, är lönebidrag och CSN. Fyra personer hade fått pengar från olaglig verksamhet den senaste månaden, utan att det utgjort deras huvudsakliga försörjning.

En tredjedel av gruppen hade genomgått gymnasium, 21 personer hade grundskola som högsta utbildning och två personer hade ej genomgått grundskola. Ingen person hade avslutad högskoleutbildning även om några stycken läst kurser på universitetsnivå.

Intervjupersonerna fick också skatta hur stort problem de tyckte att de haft på arbetet eller med arbetslöshet. Sex personer angav dagar med problem och fyra av dessa hade upplevt problem samtliga dagar. I tabell 17 redovisas de intervjuades grad av oro och behov av hjälp för dessa problem.

**Tabell 17.** Intervjupersonernas problemskattning inom området arbete/försörjning (n=35). Värdena inom parentes anger frekvens i procent.

Skattning	Antal med problem	Antal i behov av hjälp
Inget /litet	30 (85,8)	30 (85,8)
Måttligt	2 (5,7)	2 (5,7)
Påtagligt/mycket stort	3 (8,6)	3 (8,6)

Vad det gäller boende, se tabell 18, hade den största gruppen någon form av andrahandsboende utan eget förstahandskontrakt, både den senaste månaden och det senaste halvåret. Fyra personer hade huvudsakligen varit bostadslösa under det senaste halvåret. Under den senaste månaden hade denna andel reducerats till två personer. Tre personer hade huvudsakligen befunnit sig på institution det senaste halvåret och två personer de senaste trettio dagarna. Några av dessa har varit i behandling på Dianova.

**Tabell 18.** Intervjupersonernas boendesituation vid uppföljning ( n=43). Huvudsakligt boende de senaste sex månaderna och de senaste 30 dagarna. Värdena inom parentes anger frekvens i procent.

Typ av boende	Senaste sex månaderna	Senaste 30 dagarna
Egen bostad	5 (14,3)	6 (17,1)
Andrahandsboende/kollektiv/studentbostad/inneboende	10 (28,6)	12 (34,3)
Försöks/träningslägenhet	6 (17,1)	7 (20,0)
Institution	3 (8,6)	2 (5,7)
Familjevård	1 (2,9)	1 (2,9)
Hos föräldrar eller släktingar	4 (11,4)	2 (5,7)
Bostadslös	4 (11,4)	2 (5,7)
Annat	2 (5,7)	3 (8,6)

## Somatisk hälsa

Åtta av intervjupersonerna hade haft problem med sin fysiska hälsa den senaste månaden. Av dessa hade fem upplevt fysiska problem samtliga dagar. I tabell 19 nedan följer en redovisning av hur stort problem och hjälpbehov intervjupersonerna ansåg sig ha med sin fysiska hälsa.

**Tabell 19.** Intervjupersonernas skattning av problem samt behov av hjälp för sin fysiska hälsa (n=43). Värdena inom parentes anger frekvens i procent.

Skattning	Antal med problem	Antal i behov av hjälp
Inget/litet	31 (88,6)	29 (82,9)
Måttligt	2 (5,7)	1 (2,9)
Påtagligt/mycket stort	2 (5,8)	5 (14,3)

Enligt tabellen har majoriteten av gruppen inte upplevt några större problem med sin fysiska hälsa under den senaste månaden och har inte heller något behov av hjälp för fysiska problem. Fem personer upplever dock att de har ett påtagligt eller mycket stort behov av hjälp för sina fysiska hälsoproblem.

Tjugoen personer eller 60 % av de intervjuade uppgav att de hade hepatitsmitta. Tolv personer hade HIV-testat sig under det senaste halvåret, men samtliga uppgav ett negativt testresultat.

Endast tre personer hade varit inlagda på sjukhus de senaste sex månaderna, varav

två av dessa behövt omfattande sjukhusvård, mellan 23 och 46 dygn. Några personer hade även blivit utsatta för fysiska övergrepp de senaste sex månaderna.

## Psykisk hälsa

Drygt hälften av den intervjuade gruppen uppgav att de inte haft några dagar den senaste månaden med psykiska besvär. Av resterande 17 personer hade tio personer haft psykiska besvär mellan en och tio dagar, fyra personer mellan elva och tjugo dagar, och tre personer i princip varje dag. Två personer av dessa 17 personer hade inte upplevt psykiska besvär utan påverkan av droger eller alkohol. Tabell 20 visar intervjupersonernas problemskattningar av sina psykiska besvär, samt deras behov av hjälp inom samma område.

**Tabell 20.** Intervjupersonernas grad av oro och behov av hjälp för psykiska besvär (n =43). Värdena inom parentes anger frekvens i procent.

Skattning	Antal med problem	Antal i behov av hjälp
Inget/litet	22 (62,8)	26 (74,3)
Måttligt	5 (14,3)	4 (11,4)
Påtagligt/mycket stort	8 (22,9)	5 (14,3)

Tjugotvå personer eller 63 % av uppföljningsgruppen skattade att de inte haft något problem med sin psykiska hälsa. Åtta personer hade upplevt påtagliga eller mycket stora problem. Fem personer uppgav att de hade ett påtagligt eller mycket stort behov av hjälp för dessa problem. Majoriteten av gruppen besväras således inte alls eller lite av psykiska problem, medan nästan en av fyra har höga skattningar på problemtyngd.

När det gäller behandling för psykiska problem, hade endast en person behandlats i psykiatrisk slutenvård under det senaste halvåret. Tre personer (9 %) hade behandlats i psykiatrisk öppenvård och en person i missbruksrelaterad institutionsvård senaste halvåret. Tre personer hade sjukpension eller sjukbidrag på grund av psykiska besvär relaterade till aktuellt eller tidigare missbruk.

Fem av de intervjuade hade haft depressiva besvär av mer sammanhängande och allvarlig art senaste månaden och nio personer uppgav att de haft problem med allvarlig ångest under samma period. Tretton personer (37 %) hade haft svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig under de senaste trettio dagarna. Två personer hade upplevt hallucinationer och två personer uppgav att de haft svårigheter att kontrollera våldsamt beteende. Tre personer (9 %) hade ordinerats läkemedel för psykiska besvär under den senaste månaden innan uppföljnings tillfället. Ingen person uppgav allvarligt menade självmordstankar under samma tid.

**Tabell 21.** Kompositivärden för de sju centrala problemområdena i ASI (n=43).

	fyshäl- sa	arbförs	alkanv	narkanv	krimasoc	antal	famung	psykhäls
N	43	43	43	43	43	43	43	43
Mean	0,14	0,65	0,13	0,08	0,07	0,4571	0,12	0,18
Std. Deviation	0,29	0,187	0,141	0,121	0,137	0,919	0,161	0,188

## Psykiska symtom enligt Symptom Checklist - SCL-90

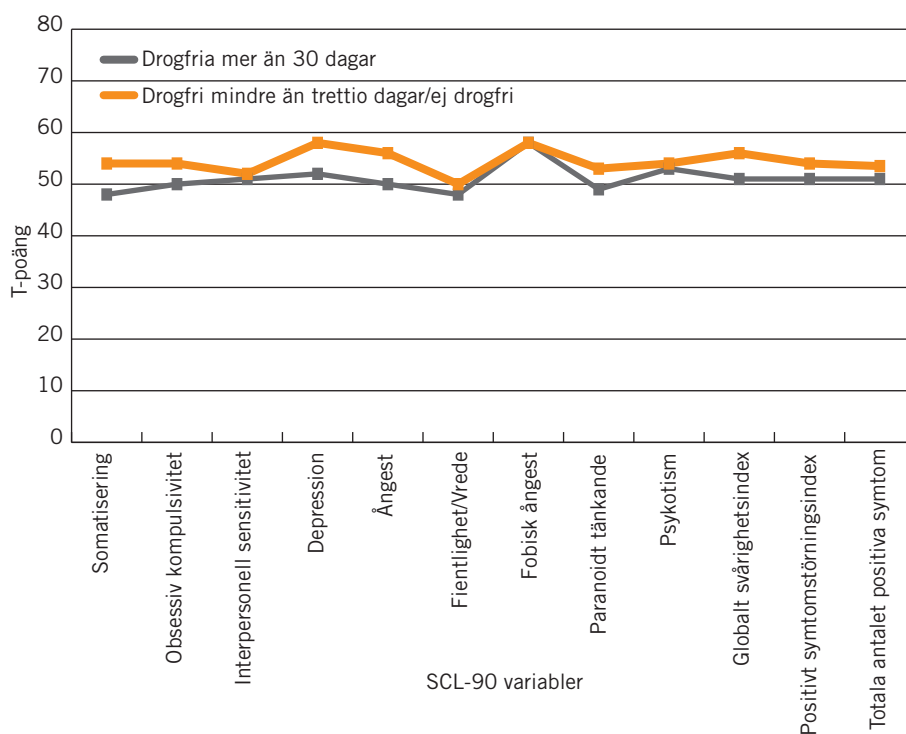
Resultaten från SCL-90 visar gruppmedelvärden för samtliga skalor runt medelvärdet för normalpopulationen. Alla skalorna visar t-poäng mellan 50 och 60 förutom vrede där medelvärdet ligger på 48,71.

Den skala som visar högst gruppmedelvärde är fobisk ångest, 58,35 t-poäng. Inget av resultaten för skalorna pekar alltså på förekomst av psykiskt lidande och medelvärdena ligger långt under de kliniska nivåer där t-poäng ska ligga över 70. I tabell 22 redovisas medelvärdet och standardavvikelsen för de tre sammanvägda måtten i SCL-90, angett i t-poäng.

**Tabell 22.** Gruppmedelvärden i t-poäng för de tre sammanvägda måtten i SCL-90 (n=43).

SCL-90 variabel	M	SD
Globalt svårighetsindex (GSI)	56,71	18,53
Positivt symptomstörningsindex (PSDI)	53,43	13,55
Totala antalet positiva symptom	53,95	12,73

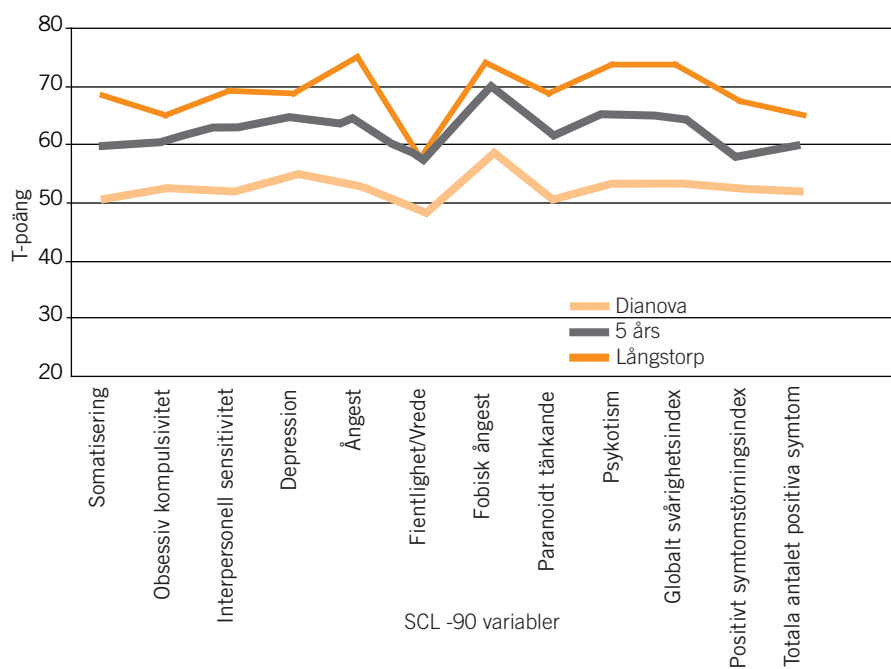
**Figur 2.** Jämförelse mellan gruppmedelvärdena på SCL-90 för de personer som varit drogfria mer än 30 dagar (n=23) och de som inte är drogfria eller varit drogfria mindre än 30 dagar (n=12).



Personer som är inne i ett aktivt missbruk ligger högre på symptom än personer som inte har ett drogmissbruk. Vid en jämförelse mellan grupperna, se figur 2, på variabeln drogfrihet finner man att gruppen "ej drogfri" ligger något högre på samtliga skalor förutom på skalorna fobisk ångest och vrede, skillnader som dock med en variansanalys (ANOVA) inte är signifikanta. Ingen av grupperna har heller gruppmedelvärden som når över 60 t-poäng, vilket kan betraktas som en indikation på litet psykiskt lidande.

I figur 3 jämförs tre material av tunga narkotikamissbrukare. Variansanalys (ANOVA) ger signifikanta skillnader på samtliga skalor utom fobisk ångest. Gruppen från Dianovas har mindre psykiska problem än övriga grupper, se appendix A (tabell 6 och 7). Högst ligger en grupp missbrukare med psykisk sjukdom.

**Figur 3.** Gruppmedelvärden för den intervjuade gruppen (n =43), en jämförelsegrupp med tunga narkotikamissbrukare (n =101) och en uppföljning av en jämförelsegrupp drogmissbrukare på en behandlingsenhet inriktad på dubbeldiagnos (n =29).



Figur 3 visar att den uppföljda gruppen från Dianova ligger ungefär en standardavvikelse lägre på problemnivåer än femårsuppföljningens och nästan två standardavvikelser under Långstorpuppföljningens grupp. Vid en jämförelse mellan den grupp som varit drogfria sex månader eller längre i femårsuppföljningen och Dianova ser resultaten annorlunda ut.

En variansanalys (ANOVA), visar endast en signifikant skillnad mellan grupperna med en drogfrihet längre än sex månader på variabeln paranoidt tänkande och interpersonell sensitivitet. Annars är variationen inom grupperna större än mellan grupperna. Mellan de grupper som inte var drogfria eller drogfria mindre än sex månader vid uppföljningstillfället finns det signifikanta skillnader för samtliga variabler i SCL-90.

**Tabell 23.** En jämförelse mellan Dianova och femårsuppföljningen medelvärde på variabler i SCL-90 när det gäller drogfrihet längre respektive kortare tid än sex månader.

Variabel SCL-90	Dianova Drogfria > 6 mån (n=21)	Femårs Drogfria > 6 mån (n=52)	Dianova Ej drogfria + drog-fria < 6 mån (n=20)	Femårs Ej drogfria + drog-fria < 6 mån (n=20)
Somatisering	47,57	54,04	51,75*	67,03*
Obsessiv-kompuls.	48,93	53,71	53,50*	68,53*
Interpersonell sens.	50,57**	56,40**	52,35*	72,53*
Depression	60,64	57,35	56,70*	72,66*
Ångest	48,86	55,92	54,65*	75,13*
Vrede	46,36	51,48	50,35*	63,39*
Fobisk ångest	57,71	62,44	58,80*	77,97*
Paranoidt tänkande	46,86*	55,50*	52,80*	68,61*
Psykoticism	50,64	58,44	54,85*	72,76*
GSI (Globalt ind)	49,64	57,10	55,30*	75,16*
PSDI (Pos.symptomst.	47,36	52,37	55,05*	63,89*
Tot ant. Pos. symptom	49,29	54,90	53,70*	66,66*

## Personlighetsstörningar enligt DIP-Q

Resultaten från DIP-Q ger indikation på personlighetsstörning hos 25 (59,5%) av de intervjuade. Av de tjugofem personer där indikation om personlighetsstörning finns erhöll de i medeltal 2,2 diagnoser enligt DIP-Q:s DSM IV-kriterier. Tre personer uppfyllde kriterierna för endast en diagnos. 20 (46,5%) fick ingen personlighetsstörningsdiagnos alls. Detta är ovanligt högt i narkotikasammanhang.

I det här diagnossystemet har således varje patient mer än en diagnos och det gör att summan alltid blir mer än 100%. Sjuttiofem procent av dem som uppfyllt någon personlighetsstörningsdiagnos uppfyllde också kriterierna för borderline eller schizotyp personlighetsstörning, vilket var de diagnoser som förekom mest i gruppen. Tjugofyra procent eller åtta personer uppfyllde kriterierna i DIP-Q för antisocial personlighetsstörning, vilket var hälften av gruppen som uppfyllt någon diagnos. Det är dock ett mindre antal personer som har antisocial personlighetsstörning som första diagnos.

I DIP-Q beräknas också personlighetsstörningsdiagnos ut med beaktande av också några andra variabler, bl a GAF och om individen drabbats av särskilda stressande omständigheter och med denna korrigerig sjunker antalet personer med säker personlighetsstörningsdiagnos till 22 (51,2%) och andelen som inte har någon personlighetsstörning ökar till 20 (46,5%).

**Tabell 24.** Personlighetsstörningar enligt DIP-Q för varje uppfyllt diagnos enligt kriterier med cut-off (n=43). Värden inom parentes anger frekvens i procent.

Personlighetsstörning enligt DIP-Q	Antal utan cut-off	med cut-off-poäng
Ej personlighetsstörning	20 (46,5%)	20 (46,5%)
Paranoid	11 (25,6%)	13 (30,2%)
Schizoid	2 (4,6%)	2 (4,7%)
Schizotyp	16 (55,2%)	16 (37,2)
Antisocial	13 (30,2%)	13 (30,2%)
Borderline	17 (39,5%)	17 (39,5%)
Narcissistisk	4 (9,2%)	4 (9,2%)
Histrionisk	4 (9,2%)	1 (2,3%)
Fobisk (undvikande)	9 (21%)	4 (9,3%)
Osjälvständig (dependent)	3 (6,9%)	3 (7,0%)
Tvångsmässig	7 (16,3%)	7 (16,3%)

En redovisning på klusternivå ger oss en grovindeling av personlighetsstörningsdiagnoserna återfinns i tabell 25 där antalet personer som uppfyllt någon diagnos enligt kriterierna i DIP-Q redovisas. Klustertillhörighet baserar sig på antal som uppfyllt någon diagnos i klustret och de flesta har således mer än en klustertillhörighet.

**Tabell 25.** Klustertillhörighet enligt DIP-Q för uppfyllda kriterier av någon personlighetsstörning med cut-off (n=34). Värden inom parentes anger frekvens i procent.

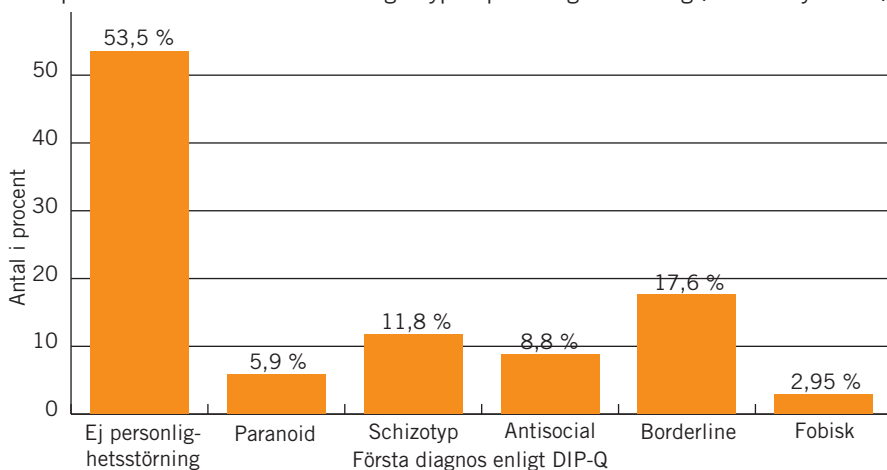
Kluster enligt DIP-Q	Antal
Kluster A/ "Udda"	17 (39,5%)
Kluster B/ "Dramatiska"	19 (44,2%)
Kluster C/ "Känsliga"	13 (30,2%)

Det dramatiska klustret är störst för samtliga utom tre personer indikerar DIP-Q på en diagnos inom detta kluster. Möjligen är klustret "udda" högt räknad i DIP-Q jämfört med jämförelsegrupperna där klustret brukar utgöra ca 10% bland narkotikamissbrukare.

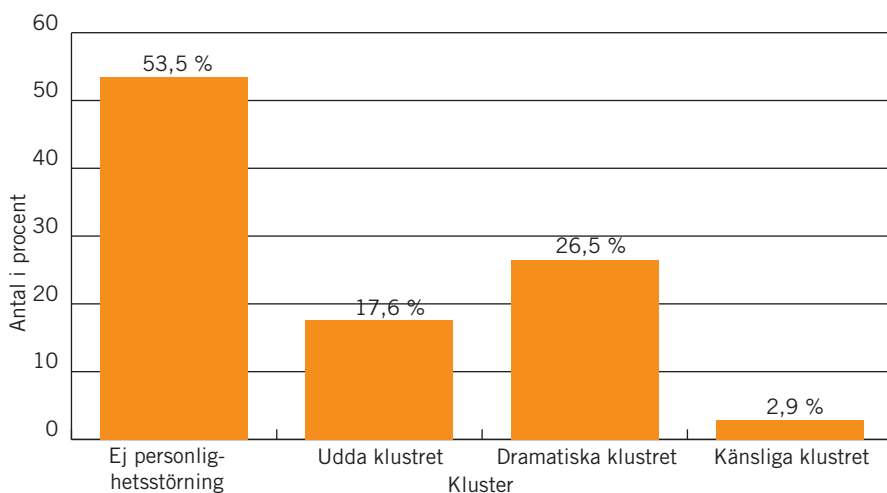
Då de allra flesta av gruppen som uppfyllt kriterierna i DIP-Q för någon personlighetsstörning erhållit flera diagnoser, har en uppdelning på första (se figur 4), andra respektive tredje diagnos genomförts, samt huvudsaklig klustertillhörighet (se figur 6). Första samt efterföljande diagnoser baserar sig på antalet uppfyllda kriterier i procent. För fördelningen av andra och tredje diagnos.



**Figur 4.** Första diagnos enligt DIP-Q självskattningsformulär, baserat på högst antal kriterier i procent med cut-off. X-axeln anger typ av personlighetsstörning (DSM-IV-systemet).



**Figur 5.** Klustertillhörighet baserat på första personlighetsstörningsdiagnos enligt kriterierna i DIP-Q med cut-off (n=43).



Som framgår av figur 4 och figur 5 indikerar även resultaten från DIP-Q baserat på en bedömning av första diagnos att personlighetsstörningar av dramatisk typ som väntat är vanligast förekommande i gruppen, med borderline som den allra vanligaste diagnosen följt av schizotyp personlighetsstörning.

## GAF

I DIP-Q formuläret ingår även en självskattning av den egna sociala och psykiska funktionsnivån; dels hur man tycker att man har fungerat dels de senaste veckorna och dels det senaste året. De intervjuade har i genomsnitt skattat sin funktionsnivå det senaste året till 71. Det genomsnittliga GAF-värdet för de senaste veckorna ligger på 78, en något högre nivå, men inom samma intervall. Ett värde mellan 70 och

80 uttrycker att man haft lätta övergående symptom och problem som har varit enkla att förstå utifrån vad som har hänt, till exempel koncentrationssvårigheter efter ett familjegräl.

När det gäller skillnader inom den uppföljda gruppen har de som uppfyllt kriterierna för personlighetsstörning i DIP-Q samt de som inte var drogfria vid intervju-tillfället/varit drogfria mindre än 30 dagar skattat sin funktionsnivå något lägre än de utan personlighetsstörning respektive dem som varit drogfria längre än 30 dagar. GAF-värdet för de olika grupperna presenteras i tabell 26 och tabell 27. Det är 16 personer (37,4%) som har ett GAF-värde som indikerar problem och de flesta av dessa har en hög problemnivå.

**Tabell 26.** GAF-värde i genomsnitt för gruppen som uppfyller kriterierna för personlighetsstörning i DIP-Q (n=23) och gruppen som inte gör det (n =20).

Grupp	M GAF senaste veckorna	M GAF-värde senaste året
Ej personlighetstörningar (DIP-Q)	81	79
Personlighetstörningar (DIP-Q)	76	62

**Tabell 27.** GAF-värde i genomsnitt för gruppen som varit drogfri mer än 30 dagar (n=22), respektive gruppen som ej var drogfri/drogfri kortare tid än 30 dagar (n =12).

Grupp	M GAF senaste veckorna	M GAF-värde senaste året
Drogfri > 30 dagar	82	73
Ej drogfri/drogfri < 30 dagar	72	67

Ett värde mellan 80 och 90, som gruppen "ej personlighetstörningar" och gruppen "drogfri mer än 30 dagar" angett som genomsnittlig GAF-skattning innebär att man varit helt symtomfri eller haft mycket lätta symptom på grund av vardagliga bekymmer. Annars har fungerat bra och är tillfreds med tillvaron.

En jämförelse med en annan grupp narkotikamissbrukare från femårsuppföljningen (n=105) visade GAF-skattningen för det senaste året inga signifikanta skillnader, beräknat med Mann-Whitney U-test, även om Dianovas grupp (n=43) skattat sig som mer välfungerande (U=1407, 50, p= .437). Medelvärde för femårsuppföljningens GAF-skattning var 67 och för Dianovas 71.

## Personlighetstestet – Grundläggande karaktärsdrag – BCT

Tabell 32 visar att den intervjuade gruppen i genomsnitt har ett lägre värde på de oralt optimistiska karaktärsdragen, medan resultatet för de tre andra personlighetsvariablerna ligger över genomsnittet för den svenska normgruppen. Denna profil stämmer överens med undersökningar av andra missbrukargrupper där OOC brukar få låga poäng samtidigt som de tre övriga variablerna ligger på ett värde som är högre än normgruppens. Detta betyder att de intervjuade personerna på gruppnivå har karaktärsdrag som kännetecknas av grubblerier, magiskt tänkande, envishet,

otålighet, depressivitet, självständighet och kontroll av känslor. Däremot har de mindre av drag som tillit, öppenhet och optimism. Ingen av variablerna får dock en genomsnittlig poäng som är över sju eller under tre stanineoäng vilket betyder att resultatet ligger inom gränsen för "normalvärdena" för gruppen i sin helhet.

**Tabell 28.** Resultat för BCT, delskalornas gruppmedelvärden och standardavvikelse i stanine-poäng (n=43).

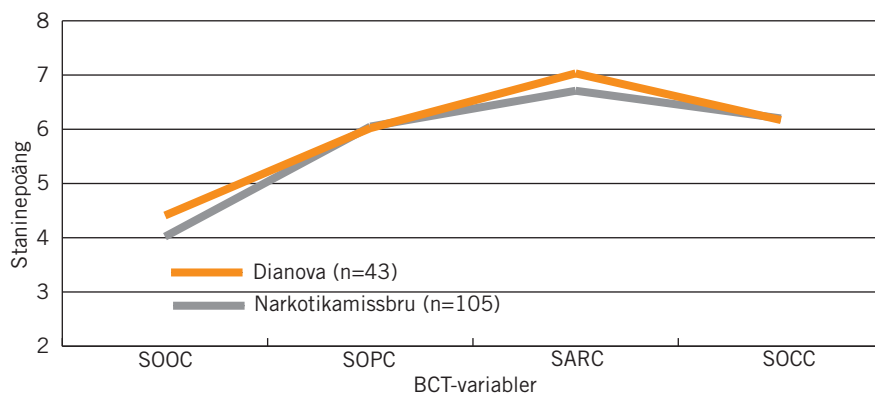
Variabel	M	SD
OOC (Oral optimism)	4,03	2,07
OPC (Oral pessimism)	5,97	1,81
ARC (Analt Reaktiv)	6,56	2,21
OCC (Obsessivt Kompulsiv)	6,22	2,12

Tabell 28 visar att den intervjuade gruppen i genomsnitt har ett lägre värde på de oralt optimistiska karaktärsdragen, medan resultatet för de tre andra personlighetsvariablerna ligger över genomsnittet i den svenska normgruppen. Denna profil stämmer överens med undersökningar av andra missbrukargrupper där OOC brukar få låga poäng samtidigt som de tre övriga variablerna ligger på ett värde som är högre än normgruppens. Detta betyder att de intervjuade personerna på gruppnivå har karaktärsdrag som kännetecknas av grubblerier, magiskt tänkande, envishet, otålighet, depressivitet, självständighet och kontroll av känslor. Däremot har de mindre av drag som tillit, öppenhet och optimism.

Bara en av variablerna får dock en genomsnittlig poäng som är över sju eller under tre staninepoäng vilket betyder att resultatet ligger inom gränsen för "normalvärdena". Det är Analt reaktiva drag, där Dianova-gruppen ligger något högre än gruppen tunga narkotikamiss-brukare i femårsuppföljning.

Figur 8 åskådliggör hur den undersökta gruppens profil ser ut i jämförelse med en annan grupp tunga narkotikamissbrukare från femårsuppföljningen refererad ovan. En variansanalys (ANOVA) visar inga signifikanta skillnader, se appendix A (tabell 13).

**Figur 6.** Resultatet på BCT för den intervjuade gruppen (n= 32) från Dianova och femårsuppföljningen (n= 90). Medelvärdet för svensk normgrupp är Stanine = 1.000).



## Upplevelse av Sammanhang och socialt nätverk m m

### KASAM

Tabell 29 visar att den intervjuade gruppens totala medelvärde på KASAM är 131,27 vilket ligger inom normalvärdet och tyder på att de på gruppnivå upplever sin tillvaro som meningsfull.

**Tabell 29.** Medelvärde samt standardavvikelse för KASAMs delskalor och KASAM totalpoäng (n = 43).

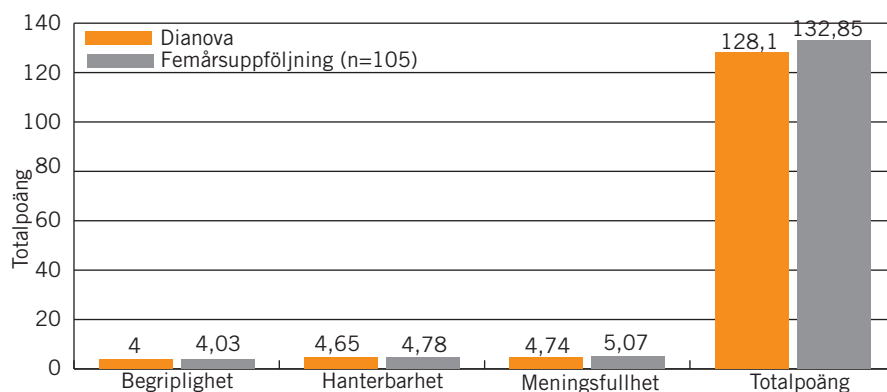
Variabel	M	SD
Begriplighet	4,00	0,75
Hanterbarhet	4,65	0,85
Mening	4,73	0,94
Känsla av sammanhang (KASAM totalt)	128,1	20,62

En signifikansprövning med Mann Whitney U-test visar inga signifikanta skillnader ( $U = 128,00$ , n.s.) mellan den grupp som varit drogfria mer än 30 dagar ( $n = 23$ ) ( $M = 128,73$  råpoäng) och de som inte är drogfria alls ( $n = 10$ ) eller har varit drogfria mindre än 30 dgr ( $M = 130,95$  råpoäng,  $n = 10$ ).

Gruppen med personlighetsstörningar enligt DIP-Q ( $n = 23$ ) har ett genomsnittligt resultat på den totala KASAM-skalan som är 121,88 råpoäng. De personer som saknar sådan diagnos ( $n = 20$ ) har ett högre gruppmedelvärde: 140,12 råpoäng. En statistisk prövning med Mann-Whitney U visar att det finns en signifikant skillnad mellan grupperna ( $U = 53,00$ ,  $p = .003$ ).

En jämförelse mellan femårsuppföljningen och den uppföljda gruppen från Dianova visar att de i genomsnitt får snarlika resultat på delskalorna i KASAM, se figur 7. Den totala poängen för KASAM-skalan skiljer således endast med drygt en råpoäng mellan grupperna.

**Figur 7.** Resultatet på KASAM för den intervjuade gruppen ( $n = 43$ ) från Dianova och femårsuppföljningen ( $n = 105$ ).



## Familj och umgänge

Socialt stöd och ett umgänge utan förgreningar i missbrukarvärlden är en viktig faktor för att uppnå drogfrihet under och efter behandlingen (Skårner, 2001). Nedan redovisas resultat från ASI-uppföljningen samt ISSI-formuläret för att ge en bild av den intervjuade gruppens aktuella sociala situation.

Följande tabell (Tabell 30) visar att majoriteten (49%) i den intervjuade gruppen lever ensamma. Nio personer (21%) bor tillsammans med familj eller släktingar vilket är nästan lika många som de som har levt tillsammans med en partner det senaste halvåret.

**Tabell 30.** Vanligaste levnadsförhållandet de senaste sex månaderna (n=43). Värdena inom parentes anger frekvens i procent.

Levnadsförhållande	Antal
Med partner	7 (16,3)
Med föräldrar	4 (9,36)
Med släktingar	2 (4,7)
Ensam	21 (48,8)
På institution/motsvarande	3 (7,0)
Inga stabila levnadsförhållanden	4 (9,3)

Inga stabila levnadsförhållanden är i det här fallet benämningen för de personer som till övervägande del varit bostadslösa de senaste sex månaderna. Tillsammans med de personer som bott på institution eller motsvarande utgör de en grupp på sju personer (20 %).

Två personer (6 %) är sammanboende med partner som missbrukar både alkohol och narkotika. Elva personer (31 %) i den intervjuade gruppen har egna barn. Av dessa har nio personer (82 %) regelbunden kontakt med sina barn. Ingen av de intervjuade bor dock tillsammans med egna barn.

**Tabell 31.** De personer den intervjuade gruppen främst tillbringade sin fritid tillsammans med vid tiden för intervjun (n=43). Värdena inom parentes anger frekvens i procent.

	Antal
Familj/anhöriga utan aktuella missbruksproblem	10 (22,5)
Familj/anhöriga med aktuella missbruksproblem	2 (5,0)
Vänner utan aktuella missbruksproblem	7 (20,0)
Vänner med aktuella missbruksproblem	6 (17,1)
Ensam	14 (40,0)

Som framgår av tabell 31 tillbringar den stora majoriteten (83 %) sin fritid ensam eller med personer utan aktuella missbruksproblem.

## ISSI-SR

På grund av att testet inte normerats för en svensk population är det praxis att tolka ett värde som understiger 20 poäng på ISSI-SR-skalans totala poäng som en indikation på lågt socialt stöd. Tabell 34 visar att den intervjuade gruppens totala värde på ISSI-skalen är 17,88 vilket pekar på en social integration under normalgränsen. Det är framförallt delskalan AVSI (tillgänglighet) som får ett lågt medelvärde, medan man däremot är nöjda med antalet relationer.

En signifikansprövning med Mann Whitney U-test visar inga signifikanta skillnader ( $U=138,50$ ,  $p=.959$ ) på skalan ISSI totalt mellan den grupp som varit drogfria mer än sex månader ( $n=14$ ,  $M=18,07$  råpoäng) och de som inte är drogfria eller har varit det en kortare tid ( $n=20$ ) ( $M=17,75$  råpoäng).

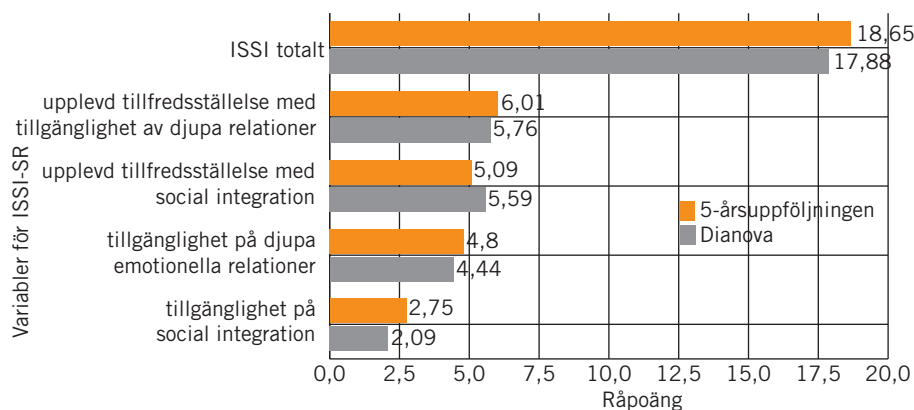
**Tabell 32.** Resultatet för ISSI-SR angett i medelvärde samt standardavvikelse för den intervjuade gruppen ( $n=43$ ).

Variabel ISSI-SR	M	SD
Tillgänglighet på social integration (AVSI)	2,09	1,49
Tillgänglighet på djupa emotionella relationer (AVAT)	4,44	1,6
Upplevd tillfredsställelse med social integration (ADSI)	5,59	2,15
Upplevd tillfredsställelse med tillgänglighet på djupa emotionella relationer (ADAT)	5,76	2,83
ISSI totalt	17,88	5,44

En statistisk prövning med samma test finner inte heller några signifikanta skillnader ( $U=98,00$ ,  $p=.117$ ) mellan de som har personlighetsstörning enligt DIP-Q ( $n=16$ ) ( $M=16,31$  råpoäng) och de som saknar sådan diagnos ( $n=18$ ) ( $M=19,28$  råpoäng).

En jämförelse mellan den intervjuade gruppen och en annan grupp tunga narkotikamissbrukare, se figur 8, visar att de två olika gruppernas medelvärden för ISSI-variablerna är relativt lika. En variansanalys med ANOVA visar att det inte finns några signifikanta skillnader.

**Figur 8.** Resultatet på ISSI för den intervjuade gruppen ( $n=43$ ) från Dianova och femårsuppföljningen ( $n=105$ ).

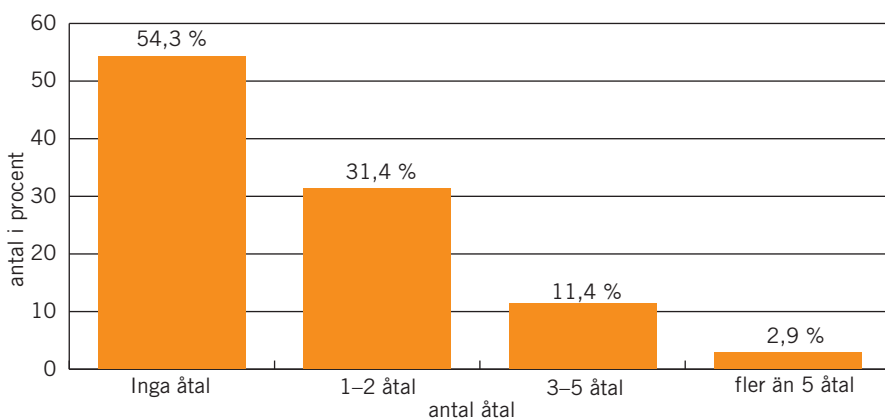


## Kriminalitet

Det är 7 personer som de senaste 30 dagarna försörjt sig med olaglig verksamhet (16,4%). En person har åtalats för något brott de senaste sex månaderna (2%) och av de som fått fällande domar under samma tid har 5 (12%) har 2 (5%) dömts för förargelseväckande beteende eller allvarligt trafikbrott (2%). Fem väntar på åtal (12%) och 3 åtalas för våldsbrott (7%). Ingen hade blivit dömd till fängelse under denna tid. Däremot hade tre personer (7 %) varit intagna på kriminalvårdsanstalt någon gång efter behandlingen på Dianova.

Att använda antalet domar som ett mått på gruppens aktuella kriminella status är dock inte särskilt rättvisande, då uppföljningstiden för många varit relativt kort. Detta medför ibland att brottet kan ha begåtts före vistelsen på Dianova.

**Figur 9.** Antal åtal i gruppen (n=43) sedan utskrivningen från Dianova.



Figur 9 visar hur stor andel av den intervjuade gruppen som blivit åtalade för något brott, samt antal åtal sedan behandlingen på Dianova. I den intervjuade gruppen var det elva personer (31 %) som var villkorligt frigivna eller hade frivårdspåföljd.

Tabell 33 visar att det var en relativt liten andel av gruppen, tre personer (7 %), som upplevde sig ha måttligt, påtagligt eller mycket stora juridiska problem. Av dessa var det endast en person (3 %) som ansåg sig ha ett måttligt behov av hjälp medan de resterande ansåg sig inte behöva någon eller möjligen lite hjälp.

**Tabell 33.** De intervjuade personernas skattning av sina juridiska problem samt behov av hjälp. Värdena inom parentes anger frekvens i procent. (n=43).

Skattning	Antal med problem	Antal i behov av hjälp
Inget /litet	32 (91,4)	34 (97,1)
Måttligt	2 (5,7)	1 (2,9)
Påtagligt/mycket stort	1 (2,9)	0 (0)

# Kvalitetsstudie

Med hjälp av resultaten från Rusmiddeletatens i Oslo brukarundersökning kan GFI (genomsnittlig nöjdhetsindex) och GVI (genomsnittligt viktighetsindex) för de olika frågorna skattas. Värdet 2,5 anses vara det minimala godkända värdet för GFI, vilket också är gränsvärdet för GVI.

Samtliga item i undersökningen fick ett genomsnittligt GVI-värde över 2.5, alla enskilda frågor ansågs alltså innehålla viktiga kvalitetsaspekter för klienterna. När det gäller hur nöjda klienterna varit med de enskilda påståendena faller en tredjedel under gränsvärdet för GFI, se tabell 34.

**Tabell 34.** Enskilda item som faller under gränsvärdet för GFI samt medelvärde för gruppen (n=43).

Item	Medelvärde	Sd
Upplevde Du ditt behandlingsprogram som framgångsrikt	2,95	1,05
De aktiviteter som Du erbjöds delta i	2,90	1,02
Hjälpen Du fick för att sluta använda droger	2,76	1,07
Personalens tillgänglighet	2,61	1,046
Dianovas förmåga att förhindra droganvändning under vistelsen	2,54	1,16
Dianovas samarbete med Socialtjänsten	2,54	0,97
<b>Värde under det som anses acceptabelt i GFI</b>		
Personalens kompetens	2,49	1,17
Informationen Du fick av Dianova vid inskrivning	2,45	0,96
Uppehållet på Dianova (tex mat och husrum)	2,41	1,07
De anställdas förmåga att hjälpa dig med det du tyckte var viktigast	2,39	1,07
Den hjälp Du fick för att lösa dina sociala problem och familjeproblem	2,25	1,01
Dina möjligheter att påverka innehållet i behandlingsprogrammet	2,05	1,11
Personalens sätt att hantera klagomål	2,00	1,040

Resterande item uppfyller kraven för godkänd kvalitet för aspekter som av de intervjuade klienterna ansetts vara viktiga. I tabell 35 redovisas de item där den intervjuade gruppen skattat högst nöjdhet.

Generellt skattar patienterna det man faktiskt fått betydligt lägre (GFI) än det man tyckte var viktigt (GVI). Det är särskilt behovet av effektiv hjälp, aktiviteter, tillgänglighet hos personal och förmåga att motverka intag av droger samt samarbetet med andra myndigheter som skattas högt av patienterna.



**Tabell 35.** Item där intervjupersonerna skattade betydelsen/vikten av insatsen. (n=43)

Kvalitetsaspekt	Medelvärde
Vikten av den hjälp Du fick för dina drogproblem	3,85
Hur viktigt var det att ditt behandlingsprogram var framgångsrikt	3,76
Betydelsen av tillgänglighet hos personalen på Dianova	3,62
Hur viktigt var Dianovas kontroller för att motverka missbruk i behandling	3,59
Hur viktigt var de metoder som personalen valde för att hjälpa Dig	3,54
Betydelsen av den sociala gemenskapen	3,49
Hur viktigt var de anställdas förståelse för din situation	3,49
Hur viktigt var bemötandet Du fick när Du kom till Dianova ?	3,46
Hur viktigt var det att Du fick uttrycka hur Du upplevde din situation?	3,46
Vikten av att Dianovas personal förmår förmedla vad Dianova står för	3,45
Vikten av informationen om Dianovas regler och rutiner	3,45
Hur viktigt var personalens förmåga att hjälpa Dig	3,44
Vikten av Dianovas samarbete med Socialtjänsten	3,32
Den praktiska utformningen som mat och logi	3,32
Vikten av de aktiviteter som Du deltog i	3,28
Betydelsen av att kunna påverka Ditt behandlingsprogram inom Dianova	3,26
Hur viktig var hjälpen Du fick för att sluta använda droger	3,25

Här indikerar betydelsen som patienterna tillmäter olika delar av verksamheten att det man fick inte nådde fullt upp till förväntningarna, alltså en kritik.

Frågorna i kvalitetsenkäten är inordnade i övergripande kvalitetsområden och genomsnittsvärdet för item inom de olika områdena presenteras i tabell 36.

**Tabell 36.** Medelvärde för de övergripande områdena i kvalitetsenkäten (n=43).

Kvalitetsområde	Medelvärde
Information och organisering (4 item)	2,62
Innehåll och individuell anpassning (5 item)	2,47
"Samhandling" (8 item)	2,60
Service och trivsel (3 item)	2,68

Det enda område som inte når godkända kvalitetskrav är alltså Innehåll och individuell anpassning. Detta område handlar om individuell anpassning och metodinnehåll, om förhållandet mellan klient och behandlingssinnehåll och om hur de egna resurserna tillvaratagits.

När det gäller skillnader mellan fullföljare och drop-outs ligger GFI under gränsvärdet för 13 av 21 item bland dem som avbrutit sin behandling i förtid (n =13). Bland den grupp på 20 personer som fullföljt behandlingen ligger tre item under godkänd gräns för GFI. De item fullföljargruppen generellt är missnöjda med är: information vid inskrivning, personalens sätt att hantera klagomål och dina möjligheter att påverka innehållet i behandlingsprogrammet.

Tabell 39 presenterar medelvärden för de item där skillnaderna är signifikant större mellan grupperna. Beräkningarna utförda med ANOVA, och Mann-Whitney U.

**Tabell 37.** De item i kvalitetsenkäten där en variansanalys pekar på signifikanta skillnader mellan de som fullföljt respektive hoppat av behandlingen i förtid. Medelvärde för gruppen "dropout" (n=13) och gruppen "fullföljare" (n=20).

Item	Dropouts	Fullföljare
Hur viktigt var hjälpen för dina drogproblem	4,00	3,68
Hur viktig är information vid inskrivning	3,85	3,11
Hur viktig informationen var om Dianovas rutiner och regler	3,77	3,32
Den framgång ditt behandlingsprogram hade	2,08	3,63
Den hjälp Du fick för dina drogproblem	2,08	3,00
Den hjälp du fick för att lösa sociala problem och familjeproblem	1,50	2,70
Dina möjligheter att påverka innehållet i behandlingsprogrammet	1,33	2,25
De anställdas förmåga att hjälpa dig med det du tyckte var viktigast	1,92	2,80

På den öppna frågan i kvalitetsenkäten framkom ett stort antal synpunkter och kommentarer som sträckte sig från väldigt positiva till väldigt negativa. Flera av dem som varit missnöjda men ändå lyckats hålla sig drogfria efter behandling menar att det berodde på behandlingens längd och avståndet till Sverige.

Det verkar också ha fungerat olika bra på olika behandlingskollektiv. Det verkar framförallt vara ett behandlingskollektiv som fungerat dåligt och där allvarliga missförhållanden rapporterats, som till exempel förekomst av droger och misshandel från personalens sida.

Relationen till medklienter verkar också ha varit mer betydelsefull än relationen till behandlingspersonalen. Detta stämmer väl överens med de andra resultaten på enkäten där klienterna varit mer nöjda med den sociala gemenskapen än med behandlingspersonal och metoder samtidigt som man framhåller vikten av det som faktiskt görs i behandlingen. Man har haft både negativa och positiva erfarenheter vad det gäller att behandlingspersonalen själva behandlats för missbruk, att det innebar en bättre förståelse men att gammalt "missbruksbeteende" fanns kvar. Några har kommenterat att de haft en terapeut och att de tyckt att denna behandlingskontakt fungerat bra. Några har också kommenterat en bättre relation till personalen i Sverige och positiv erfarenhet av stödet från fortsatt eftervård och kontakt med Dianova.

Ett flertal rapporterade problem med att inte kunna göra sig förstådda och att ingen kunnat tala engelska på behandlingskollektivet, medan någon tryckte på det positiva i att ha lärt sig ett nytt språk. Slutligen poängteras det att den egna motivationen och den individuella övertygelsen är central för att man ska lyckas med sin behandling, trots att de rådande omständigheterna inte uppfattas som de bästa.

Vid en jämförelse mellan Dianova och en grupp norska missbrukare som vårdats på tre olika institutioner för missbruksvård är det lite olika kvalitetsaspekter som betonas. I tabell 38 redovisas genomsnittsvärden för de olika kvalitetsområdena för Dianova och jämförelsematerial från maj- respektive oktobermätning. Alla item ansågs vara viktiga av samtliga grupper, med ett genomsnittligt värde över 2,5.

**Tabell 38.** De övergripande kvalitetsområdenas genomsnittsvärden för gruppen från Dianova (n=43), jämförelsematerialets majmätning (n=46) och jämförelsematerialets oktobermätning (n=42)

Kvalitetsområde	Dianova	Jämförelse-material Maj	Jämförelse-material Oktober
Information/organisering (4 item)	2,62	2,98	3,04
Innehåll och individuell anpassning (5 item)	2,47	3,10	3,16
Samhandling (8 item)	2,60	2,88	2,99
Service och trivsel (3 item)	2,68	3,16	3,12

Som framgår av tabell 38 har klienterna i jämförelsematerialet generellt skattat en högre tillfredsställelse på de flesta item jämfört med Dianova. Ett undantag var den sociala gemenskapen där Dianovas klienter var mer nöjda.

# Diskussion

Detta är en utfallsstudie som syftar till att beskriva hur livssituationen ser ut för en kohort bestående av samtliga som behandlats på Dianova mellan 2002-09-01 och 2004-06-31. Vid inskrivningen är det en grupp tunga narkotikamissbrukare där nästan samtliga försörjde sig på socialbidrag eller olaglig verksamhet och ingen hade inkomst från anställning som huvudsaklig försörjningskälla. Få hade egen bostad och över hälften i gruppen var bostadslösa. Medelår i missbruk var 13 år, och ingen hade kortare längd på missbruk än tre år. Heroin var den vanligaste huvuddrogen i kohorten. Den överväldigande majoriteten använde sig av mer än en drog och kan karaktäriseras som blandmissbrukare. När det gäller tidigare kriminalitet finns endast uppgift om fällande domar och här finns ett visst bortfall. Dock har drygt hälften någon gång blivit fällda för brott.

Ett motiv till att använda ett ganska omfattande psykologiskt instrumentarium var att kunna avgöra om Dianovas patientgrupp i något avseende kunde tänkas utgöra en mindre problematisk grupp narkotikamissbrukare. Så verkar inte vara fallet. Däremot förefaller gruppen från Dianova inte vara en fullt lika psykiatriskt belastad grupp som patienterna i femårsuppföljningen som används som jämförelse (Fridell et al 1998). Detta kan ha samband med att Dianova inte tar emot klienter med dokumenterade psykiska störningar av svårare form medan femårsuppföljningen utgick ifrån en oselektad grupp patienter på en avgiftnings- och korttidsrehabiliteringsavdelning.

Om man jämför hur många som fullföljt behandlingen i Dianova International under 2003 och den aktuella kohorten har avsevärt fler fullföljt behandling från Dianova Sverige, både i hela kohorten och i ännu större utsträckning bland de intervjuade än från en större jämförelsegrupp från Dianova om nästan 1000 patienter (Carrón 2004). Antal månader i behandling är i genomsnitt 14 månader för de intervjuade, vilket kan jämföras med 4,5 månader för kohorten från Dianova International 2003. Det verkar således som klienterna från Dianova Sverige har långa behandlingstider i ett internationellt perspektiv. När det gäller inskrivningsuppgifter gällande karaktäristika hos klienterna liknar uppgifterna från Dianova Sveriges kohort uppgifterna för hela Dianova Internationals klientgrupp, förutom att den mer internationell rekryterade gruppen har ett mer omfattande kokainmissbruk. Men det finns inget som talar emot att Dianova Sveriges patientgrupp är minst lika belastad som den i Dianova International.

## Utfallet

Vid uppföljningen är det 29 % som varit drogfria ett år eller längre och samma antal har varit drogfria under mer än två års tid om även behandlingstiden räknas in. Man kan argumentera för att två år är en relativt lång tid av avhållsamhet från droger, men att det samtidigt finnas risk för återfall när personen kommer tillbaka till sin vanliga miljö. Fridell, Johnsson Fridell et al (1996) valde att benämna två års avhållsamhet från droger som stabil drogfrihet i en femårsuppföljning av tunga narkotikamissbrukare, och forskning visar att återfallsrisken är som störst de första sex till tolv månaderna efter behandling (De Leon, 1990-91 i Fridell, 1996a). I en långtidsupp-

följning av heroinmissbrukande män fann man att en avhållsamhet från droger i fem år minskade risken för återfall (Hser et al, 2001). Dock visade samma undersökning att inte ens en drogfrihet på femton år uteslöt återfall i missbruk. Detta överensstämmer med synen på missbruk som ett kroniskt tillstånd, där man inte kan förvänta sig att en person efter behandling förblir missbruksfri livet ut.

Det var en relativt liten grupp på 23 % som missbrukade aktivt vid uppföljningstillfället. Om de räknas in som avlidit av drogrelaterade orsaker ökar siffran till 31 %. Det fanns en liten grupp som blivit drogfria, och dessa personer hade också påbörjat ny behandling för sitt missbruk. I jämförelse med andra studier inom området är det färre som aktivt missbrukar vid uppföljningen. Dock är uppföljningstiden kort för flera medverkande i föreliggande studie.

Vad det gäller användning av någon drog, alkohol ej inkluderat, var det 29 % som varit helt avhållsamma sedan behandling medan 23 % hade haft enstaka återfall som inte resulterat i tillbakagång till missbruk. Det betyder att det är knappt hälften som efter inskrivning på Dianova gått tillbaka till ett missbruk i någon form. Majoriteten av dem som under de senaste sex månaderna behandlats för missbruk hade varit i behandling hos Dianova. Elva procent var dock i subutexbehandling vid uppföljningstillfället. Här förefaller jämförelsematerialet av tunga narkotikamissbrukare från S.t Lars ha en något högre stabil drogfrihet (39%) med två år eller längre drogfrihet och ytterligare 5% sista året (Fridell et al 1996a).

Uppgifter om omfattningen på narkotika- och alkoholanvändning innan behandlingen på Dianova saknas. Sjuttiosju procent har dock injicerat någon gång i livet, varav ett fåtal endast vid några enstaka tillfällen, enligt uppgift från uppföljningsintervjun. Vid en jämförelse med inskrivningsuppgifterna hade andelen som använde heroin sjunkit från 37 % till 9 %. Det är emellertid 34 % som använt heroin efter utskrivning från behandling och en person som tagit enstaka återfall. I en amerikansk studie av flera terapeutiska samhällen (Simpson et al, 1997) har heroinanvändning sjunkit från 19 % till 7 % från inskrivning till ett år efter behandling. I BAK/SWEDATE fann man att utfallet inte påverkades nämnvärt av vilken drog som missbrukades, förutom för personer med heroinmissbruk där prognosen var något sämre (Bergmark et al, 1994).

I föreliggande studie användes resultaten från AUDIT som en indikation på eventuellt riskfyllt drickande snarare än ASI-data, då det i ASI-intervjun inte finns några fastställda kriterier för vad som kännetecknar en skadlig alkoholkonsumtion. Resultaten för AUDIT visade dock att gruppen inte avviker från befolkningen i stort, men att 20 % hade värden som enligt AUDIT indikerade alkoholproblem. Sex procent hade dock alkoholvanor som enligt intervjuerna bedömts som missbruk och kategoriserades därmed som "ej drogfria vid intervjutillfället". Det här skiljer också gruppen från ovannämnda femårsuppföljning av narkotikamissbrukare där alkoholproblem var utbredda, och liknar mer det utfall vi fann i en annan femårsuppföljning av Lundens LVM- och LVU-hem för kvinnor där just alkoholproblem var mycket små.

Sedan utskrivningen från Dianova hade knappt hälften av de intervjuade åtalats för något brott. Detta är lika många som innan behandling hade fått någon fällande dom i samma grupp. Andra ettårsuppföljningar av terapeutiska samhällen har visat resultat för antal anhållanden på 28 % (Moos et al, 1999) och 32 % (Simpson et al, 1997) efter behandling. Vid en relativt kort uppföljningstid som i föreliggande undersökning, skapar just kriminalitetsvariabler problem eftersom det ofta finns en tendens att personen döms långt efter det brottet begåtts.

Trots att utfallsvariablerna här skiljer sig åt, och man således varken kan jämföra fällande domar eller anhållanden med antalet åtal, verkar det som att det funnits en fortsatt kriminalitet i gruppen sedan utskrivningen. En något lägre andel: 17 % har åtalats det senaste halvåret innan uppföljning. Detta gör att man sannolikt kan se kriminaliteten som missbruksrelaterad.

Förbättringar för gruppen kan utläsas för både boende- och försörjningssituation. Det var ungefär lika många som hade en egen bostad vid uppföljningstillfället som vid inskrivning, men andelen bostadslösa hade sjunkit markant, från 60 % till 11 %. Vanligast var någon form av eget boende utan förstahandskontrakt, vilket inte är särskilt ovanligt då de flesta intervjuade bodde i storstadsregioner. Nivån av bostadslöshet är jämförbar med nivån i andra uppföljningar.

Över en tredjedel hade arbete eller studier som primär sysselsättning medan andelen som försörjde sig på socialbidrag hade minskat från 71 % till 40 %. Den stora skillnaden är att en fjärdedel av gruppen vid uppföljning primärt försörjde sig från sin anställning, vilket inte någon gjorde vid inskrivningen till Dianova. Studier av andra terapeutiska samhällen visar liknande resultat där eget arbete ökat med 25 % (Moos et al, 1999) och med 15 % (Simpson et al, 1997) ett år efter behandling. Ytterligare sjutton procent försörjde sig på studiemedel eller lönebidrag. Eftervård och aktivt arbete från organisationens sida att skaffa sysselsättning och boende kan ha förbättrat situationen. Kanske kan den relativt höga sysselsättningsgraden jämfört med inskrivningsdata delvis förklaras av samarbete med Rainbow och därmed andra brukarorganisationer där man under de senaste året satsat mycket aktivt på att skapa ett arbetskollektiv och sysselsättning. Arbete och försörjning fortsatte dock att vara det område som i kompositvärden från ASI indikerar störst problem för den intervjuade gruppen (Andréasson et al, 1999).

Forskningen har pekat på att droger medför och kan förvärra psykiska symptom (Socialstyrelsen, 1996) och att det är vanligt med icke substansinducerade psykiska störningar i form av ångest- och depressionstillstånd (Grant et al, 2004a). Enligt utfallsdata baserat på ASI hade 23 % i den intervjuade gruppen skattat psykiska problem som ett påtagligt eller mycket stort problem och de vanligaste problemen oavsett nivå av problemskattning uppgavs vara svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig eller ångest. Relativt få personer hade haft psykiatriska behandlingskontakter i öppen eller slutenvård. Andelen som mår psykiskt dåligt verkar vara lägre än i andra studier, vilket bekräftas av symptom mätt med SCL-90. Mätt med SCL-90 avviker inte den uppföljda gruppens nivåer av psykiska symptom från normgruppen och gruppen liknar i detta avseende 12-stegsbehandlingen sådan den beskrivs av Ouimette, Finney och Moos (1999). Vidare ligger femårsuppföljningens kohort signifikant högre på i princip samtliga variabler. Om man justerar för variabeln drogfrihet är skillnaderna dock inte lika stora mellan de personer från Dianova och femårsuppföljningen som inte missbrukat det senaste halvåret. Istället är det bland de personer som är fortsatt i aktivt missbruk som symptomnivåerna skiljer sig markant mellan de båda grupperna.

Personlighetsstörningar är vanligt förekommande i grupper av narkotikamissbrukare och inverkar negativt på behandlingsresultat (Fridell, 1996b; Ravndal et al, 2005). I den screening som utfördes med DIP-Q indikerade resultaten på personlighetsstörning för 53 % av den intervjuade gruppen. Detta är avsevärt högre än andelen personlighetsstörningar i befolkningen i stort, men betydligt lägre vid en jämförelse med femårsuppföljningens narkotikamissbrukare och de siffror som brukar

redovisas i skandinaviska studier (Fridell 1996b; Fridell, Johnsson Fridell et al 1996). Snarast liknar det det epidemiologiska materialet i NESARC-studien där 49% med drug use disorder hade minst en personlighetsstörning (Grant et al 2004). Å andra sidan är DIP-Q som mäter personlighetsstörning överinklunderande (Ottosson, 1999).

De vanligaste diagnoserna var borderline och schizotyp personlighetsstörning. Det dramatiska klustret var vanligast förekommande i gruppen utifrån indelning på första diagnos enligt DIP-Q (27 %), och andelen med någon diagnos i detta kluster var 38 %. Detta kan jämföras med femårsuppföljningen där antalet personer med personlighetsstörningar av dramatisk typ, utifrån förstadiagnos, var 37 % (Fridell, Johnsson Fridell et al, 1996).

Antisocial personlighetsstörning är den vanligast förekommande psykiska störningen bland narkotikamissbrukare, och vid exempelvis femårsuppföljningen fick 25 % denna diagnos. Antisocial personlighetsstörning har i flera studier satts i samband med negativ prognos för behandling och utfall (Fridell, Hesse et al 2006; Ravndal & Vaglum, 1995). En liten andel av gruppen från Dianova (9 %) bedömdes ha antisocial personlighetsstörning som första diagnos, medan andelen som överhuvudtaget uppfyllde kriterierna för diagnosen var något högre, 24 %. Utifrån första diagnos skiljer sig alltså mönstret för den uppföljda gruppen från Dianova.

Ett resultat som avviker från andra studier är den höga andelen med indikation på schizotyp personlighetsstörning. Som Ottosson et al (1998) konstaterar är dock DIP-Q särskilt sensitivt vad det gäller det klustret "udda".

Sammantaget indikerar resultaten från DIP-Q en något lägre andel personlighetsstörningar i gruppen än vad som är vanligt förekommande bland narkotikamissbrukare. Det dramatiska klustret är i likhet med andra undersökningar vanligast förekommande. Personlighetsstörningar kan betraktas som en mellankommande variabel som får betydelse för samspelet med andra människor i en behandlingssituation, och det är för dessa grupper viktigare med en tydlig struktur i behandling och samt att personalen har kompetens att handskas med de eventuella svårigheter som uppstår (Fridell 2003). Det finns ingen bedömning av personlighetsstörningsdiagnos vid inskrivning till Dianova, och att andelen personlighetsstörningar sjunker vid uppföljning har observerats i andra studier (Groot et al, 2003; Fridell, Johnsson Fridell et al, 1996).

Det finns fördelar med att använda kategoriska modeller som DSM-IV:s diagnossystem, särskilt i denna typ av studier, där man vill kunna jämföra olika utfall av behandling med varandra. Personlighetsstörning ska dock snarare betraktas som ett kontinuum, där det finns en mer flytande gräns där personlighetsdrag blir maladaptiva för en person och dennas sociala sammanhang, snarare än en klar distinktion mellan det som betraktas som "patologiskt" eller " normalt". Personlighetsstörning är ingen psykisk sjukdom. Resultaten från DIP-Q ska, som tidigare nämnts, ses som hypotesgenererande för förekomsten av personlighetsstörning på gruppnivå och för att fånga in vad som kan vara problem för den enskilde krävs en klinisk bedömning.

Gruppen med personlighetsstörning ligger högre än gruppen utan när det gäller självskattade psykiska symptom (SCL-90), särskilt vad gäller splittrat eller förvirrat tänkande, tankar att vara förföljd eller hotad och att man är överdrivet uppmärksam på andras beteenden och känner sig underlägsen i kontakten med andra. De har också mer symptom än de utan personlighetsstörningar. Men inte heller gruppen med personlighetsstörningar når symptomnivåer av klinisk valör och man kan tänka sig att det finns personer med både mycket och lite symptom inom gruppen där

DIP-Q indikerar personlighetsstörningsdiagnos.

Gruppens genomsnittliga värde på KASAM-skalan ligger inom normalvärdet. Detta betyder att den intervjuade gruppen, oavsett aktuell missbruksstatus, inte kan anses vara särskilt utsatt när det gäller att under påfrestningar utveckla fysisk och psykisk ohälsa. Däremot finns det en skillnad mellan de intervjuade personer som fått personlighetsstörningsdiagnos enligt DIP-Q och dem som saknar sådan, där den förra gruppen verkar uppleva sin tillvaro som mindre meningsfull, begriplig och hanterbar. Men indikationen är att patienterna ligger inom normalnivån på KASAM.

De intervjuade personernas profil på personlighetstestet BCT visar ett mönster som liknar det för andra grupper med drogmissbruk (Fridell, Cesarec et al 1996). Drag av envishet, pessimism, perfektionism, magiskt tänkande, grubblande och kontroll genom att följa rigida regler är mer förekommande här än inom en genomsnittlig normgrupp. Detta skulle kunna innebära att man på grupp-nivå kan vara svåra att behandla. Andra drag som är kopplade till den här gruppens profil är dock också noggrannhet, sparsamhet och behov av att följa normer, vilket ofta har ett högt socialt värde. Det är viktigt att ha i åtanke att dessa resultat endast bör tolkas på grupp-nivå och att en klinisk bedömning måste göras med kompletterande mått. Gruppmedelvärdena ligger dessutom inom ramarna för normalvärdena, även om de variabler som indikerar förekomsten av mer "patologiska" drag är förhöjda.

Liksom bland andra grupper av personer med missbruksproblem (Skärner, 2001) har intervjupersonerna i denna studie ett litet socialt nätverk. Testresultat visar att det i den intervjuade gruppen främst finns en brist på personer i omgivningen som ger stöd och självkänsla samt på relationer där man delar samma intressen. Inga signifikanta skillnader finns i detta fall mellan dem som är drogfria och dem som missbrukar. Detta betyder att även de som är drogfria vid intervjutillfället har ett begränsat socialt umgänge. En liten del av gruppen lever med partner och många tillbringar den mesta av sin fritid ensamma samtidigt som det är relativt få som huvudsakligen umgås med personer med missbruksproblem. Intervjupersonernas sociala situation liknar i stort den som beskrivs av Skärner (2001). Att flera personer utan aktuellt missbruk har ett begränsat socialt nätverk kan förklaras med att det tar tid att bygga upp nya sociala relationer vilket blir centralt för bibehållen drogfrihet (DeLeon 1990-91 i Fridell, 1996a).

Enligt de intervjuades egna skattningar fanns det inga avsevärda problem med den fysiska hälsan, men en mindre grupp angav mycket stort behov av hjälp för sina fysiska hälsoproblem. Ett par personer hade också behövt omfattande sjukhusvård. Sextio procent av gruppen uppgav att de hade hepatit, vilket ligger i linje med den höga andelen tidigare injektionsmissbruk.

## Vad tyckte klienterna om behandlingen?

Organisationsfaktorer är viktiga att undersöka i samband med olika organisationer och behandlingsenheters resultat. En del variationer av behandlingsresultat mellan olika enheter med samma metoder och ideologi kan bero på andra organisatoriska skillnader (Fridell, 1996). På grund av att klienterna i den intervjuade gruppen vistas på olika behandlingsenheter kan man tänka sig att det funnits skillnader i organisationsfaktorer som påverkat behandlingssituationen för den enskilde. Samplet har emellertid varit så pass litet och personerna har även behandlats vid olika tidpunkter, vilket har medfört att det är svårt att undersöka hur detta påverkat utfallet eller upplevelsen av kvaliteten i behandlingen. Det har även gjort det svårt för inter-



vjupersonerna att ge entydiga svar på frågorna i kvalitetsenkäten, i de fall de varit i behandling på flera olika behandlingskollektiv, samt i eftervård hos Dianova i Stockholm. En skillnad gentemot Rusmideletatens anvisningar är att de som ingår i vår undersökning i samtliga fall utom ett har avslutat sin behandling. Det handlar här alltså om en uppföljning av hur kvaliteten har upplevts.

I resultaten från Rusmideletatens kvalitetsenkät var de intervjuade mest nöjda med den sociala gemenskapen under behandlingstiden vilket är centralt för behandlingsmodellen där det sociala sammanhanget en viktig del av rehabiliteringen. Det är även inom detta område Dianovas klienter är mer nöjda än klienterna i det norska jämförelsematerialet. I övrigt var de intervjuade från Dianova generellt mindre nöjda inom samtliga kvalitetsområden.

Att klienterna på de norska institutionerna förefaller mer nöjda kan ha många orsaker, till exempel skillnader i organisation och behandlingsinnehåll. För att kunna dra slutsatser om vad skillnaderna beror på behövs mer kunskap om vilka typer av institutioner det är. Klienterna i de båda norska jämförelsematerialeten är äldre än klienterna från Dianova, med 21–23 % under 33 år i jämförelse med 66 % i samma åldersgrupp från Dianova. De norska institutionerna har även en högre andel alkoholmissbrukare. En annan skillnad mellan de olika grupperna är längre behandlingstider på de norska institutionerna, samt att vissa av klienterna i det norska materialet behandlats i öppenvård.

Resultaten för kvalitetsenkäten pekar på ett missnöje med många aspekter som handlar om personalen och de metoder som använts i behandlingskollektiven, men det är endast ett av fyra övergripande kvalitetsområden som inte når godkänd kvalitet. Vad det gäller information och organisering, kvalitén på relationer och materiella förhållanden på behandlingskollektiven var de intervjuade tillräckligt nöjda.

Dianova är en klientstyrd organisation med många fd missbrukare bland behandlingspersonalen. Dessa kan fungera som förebilder för klienterna i behandling, men likheter mellan klient och personalgrupp kan också medföra problem. Då personlighetsstörningar är vanligt förekommande i grupper med narkotikamissbrukare påverkas relationen med personal och andra klienter (Bergmark et al, 1994). Om behandlingspersonalen saknar den terapeutiska kompetensen att handskas med relationella svårigheter och kanske inte är färdiga med sin egen problematik kan detta få negativa konsekvenser för utfallet (Fridell 1996a). Att det fanns både fördelar och nackdelar med behandlingspersonal med egen erfarenhet av missbruk framkom också i svaren på kvalitetsenkäten.

Mest missnöjda är de intervjuade personerna med aspekter som hade att göra med individuell anpassning och innehållet i behandlingen. Dianovas behandlingsmodell innebär en relativt stark struktur med litet utrymme för individuellt anpassad behandling. Denna typ av behandling passar inte alla och många av dem som avbrutit är mycket mer missnöjda än de som fullföljt, med hur de egna resurserna förbisetts i behandling. Enligt Ball et al (2005) var förlorad motivation och förlorat hopp om framtiden en viktig anledning till dropout och även en inledningsvis motiverad klient kan avbryta behandlingen när de organisatoriska förutsättningarna inte möter klientens behov (Fridell, 1996a).

Det fanns en del andra signifikanta skillnader mellan de som avbrutit och de som fullföljt behandlingen på aspekter av nöjdhet. Avhopparna var i allmänhet mer missnöjda och var inte helt överraskande avsevärt mindre nöjda med den hjälp de fått för sina drogproblem. Avhopparna ansåg även att informationen vid inskrivning

samt informationen om rutiner och regler var mycket viktigare än de som fullföljde behandlingen. Vidare är dropout-gruppen klart mer missnöjda med aspekter som även fullföljargruppen var missnöjda med, till exempel de anställdas förmåga att hjälpa till med det man tyckte var viktigast och hjälpen man fick för att lösa sociala problem och familjeproblem. Angående de sociala problemen kan detta till viss del bero på att avhopparna inte har tillgodogjort sig den sista fasen av behandlingen där fokus ligger på återanpassning.

Det sammantagna resultatet implicerar att man för att få mer nöjda klienter behöver arbeta med att ta tillvara klienternas egna resurser i behandlingen, använda sig av och blir mer lyhörd för den enskildes behov samt att satsa mer på utbildning av personalen. Resultaten visar dock att de intervjuade på gruppnivå var nöjda med majoriteten av kvalitetsaspekterna. Resultaten gällande kvalitetsenkäten avser visstelse på behandlingskollektiv och inte återanpassningsfas och eftervård i Sverige. Flera personer kommenterade en bättre relation till personalen i Sverige och fortsatt stöd från organisationen, bland annat genom eftervårdsprogram. Regelbunden eftervård påverkar också enligt forskning utfallet i positiv riktning (Moos et al 1999; Bergmark et al, 1994; Fiorentine, 1999) och det hade varit intressant att ingående undersöka om fullföljd eftervård påverkar utfallet för kohorten från Dianova.

## Studiens representativitet

Bortfallet i undersökningen är stort och 54 % av kohorten har deltagit i undersökningen. Utfallet för droganvändning är känt för 67 %, då fyra personer ur kohorten avlidit av drogrelaterade orsaker. Den främsta anledningen till bortfallet beror på att det varit svårt att nå personer som blivit utvalda att delta. Tjugoåtta procent av kohorten har inte kunnat nås vid tidpunkt för undersökningen, som också begränsats av den relativt snäva tidsram som omfattat föreliggande arbete. Men en representativitetsanalys förekom inga systematiska skillnader i bakgrundsvariabler mellan den grupp som utfallet var känt för och den grupp som inte ingått i undersökningen. Inget utesluter alltså att de resultat vi funnit för gruppen vars utfall är känt är representativa för hela undersökningsgruppen..

Tid i behandling är en viktig faktor för utfallet enligt ett stort antal studier (se till exempel Fridell, 1996a; Bergmark et al, 1994; Simpson et al 1997; Moos et al, 1999; Ravndal et al 2005). Antalet som fullföljt behandling inklusive återanpassningsfas i hela kohorten ligger i linje med det antal som generellt fullföljer missbruksbehandling, enligt Fridell (1996a). Det är emellertid klart fler i den intervjuade gruppen som fullföljt och behandlingstiderna är i genomsnitt klart längre för den intervjuade gruppen än de som inte har nåtts för intervju. Andelen som avbrutit inom tre månader för hela kohorten är överensstämmande med missbruksbehandling generellt. Emellertid har 41 % av dem som inte intervjuats avbrutit behandlingen inom tre månader, vilket enligt forskningsresultat är alltför kort tid för att ge resultat när det gäller behandling av narkotikamissbrukare (Berglund et al, 2003; SBU, 2001). I den intervjuade gruppen är det endast 20 % som avbrutit inom tre månader. Skillnader i vårdtid kan alltså tyda på att den intervjuade gruppen har ett något bättre utfall.

En styrka med denna studie är att standardiserade instrument har använts, vilket gjort det möjligt att jämföra resultatet med andra liknande studier, en annan att studien utgår från en kohort. Vidare har intervjuerna utförts av samma personer som sedan bearbetat och tolkat materialet, vilket ökar studiens tillförlitlighet.

Ett sätt att validera självrapporteringsdata är att använda antingen registerdata

eller så kallade "collaterals"; information via socialtjänsten eller andra personer som har god kännedom om klienten, till exempel vänner eller familj. Ur ett etiskt perspektiv har det dock inte varit möjligt att göra detta, då man enligt nuvarande lagstiftning kring etik vid forskning bör ha inhämtat klienternas godkännande att göra detta vid inskrivning till behandling (Fridell, Al-Obaidy et al, 2002). Att be om detta vid intervjusituationen kan också utgöra ett hinder för att skapa en respektfull och förtroendeingivande relation. Uppgifter från ASI och enligt TLFB-metoden har dock visats sig ha god validitet, särskilt när uppgifterna inhämtats av en oberoende person, och där den intervjuade inte har något att vinna på att lämna oriktiga uppgifter (Sobell & Sobell, 1992; Bergmark et al, 1994).

En annan styrka med studien är att den har inkluderat alla som skrivits in för behandling, oavsett hur kort tid de befunnit sig på Dianova. En nackdel är dock att uppföljningstiden för en del personer har varit väldigt kort.

En svårighet med att genomföra denna undersökning har varit att det saknas test- och ASI-data att jämföra med utfallet för Dianovas klienter. Att systematiskt samlas in uppgifter om sin klientgrupp är ett viktigt led i en organisations kvalitetsarbete, vilket även klientstyrda organisationer som Rainbow inklusive Dianova uppmärksammat och påbörjat efter den tidsperiod som kohorten omfattar.

## **Avslutande kommentarer och sammanfattning**

Det är viktigt att tänka på att man inte kan se vare sig drogfrihet eller återfall i missbruk efter behandling som en konsekvens av behandlingen. Att personer är drogfria vid uppföljning och kanske till och med under hela tiden sedan utskrivning kan ha många orsaker, som sammantaget får stor betydelse. En behandlingsperiod kan emellertid ha både kortsiktiga och långsiktiga positiva effekter. Vissa studier (Davidsson & Magoulias, 1992) pekar även på att fler upprepade vårdtider förbättrar resultatet.

Sammanfattningsvis kan sägas att de intervjuade personerna på gruppnivå har förbättrats avsevärt gällande drogvanor, arbete/försörjning och bostadssituation sedan de skrevs in för behandling på Dianova. Vad det gäller socialt nätverk har de intervjuade personerna, liksom i annan missbruksforskning, ett litet socialt nätverk oavsett nuvarande missbruksstatus. Det förekommer fortfarande kriminalitet i den undersökta gruppen, dock troligen mindre än vid inskrivningen till Dianova. Problemskattningar avseende den fysiska hälsan är generellt låg. Inom området psykisk hälsa finns det fortfarande symptom, emellertid är psykiska symptom och personlighetsstörningar mindre vanliga i den intervjuade gruppen än i andra undersökningar av tunga narkotikamissbrukare. Ur kvalitetssynpunkt framkom att majoriteten av aspekterna uppfyllde kraven för godkänd kvalitet, men att det fanns brister ur kvalitetssynpunkt vad det gällde individuell anpassning av behandlingssinnehållet.

Denna undersökning har varit en utfallsstudie med multipla kriterier vilket medfört att den mer djupgående analysen fått stå åt sidan för bredd i frågeställningar och resultat. Dianova är en relativt nybildad organisation och få utvärderingar har tidigare genomförts inom verksamheten. Det har känts relevant att här göra en första bedömning av var Dianova står just nu och att också lägga grunden för datainsamling och uppföljningsrutiner som kan upprepas och ge en stabilare grund för slutsatser kring verksamheten i ett nästa skede.

# Referenser

- American Psychiatric Association. (1995). *MINI-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. Danderyd: Pilgrim Press
- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B.-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D., & Tengvald, K. (1999). *ASI – en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for dropout from drug abuse treatment: symptoms, personality and motivation. *Addictive Behaviors*, 31, 320-330.
- Berglund, M., Thelander, S., & Jonsson, E. (2003). *Treating Alcohol and Drug Abuse – An Evidence Based Review*. Weinheim; Cambridge: Wiley-VCH..
- Bergman, H., & Källmén, H. (2001). Alcohol use among Swedes and a psychometric evaluation of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol & Alcoholism*, 37(3), 245-251.
- Bergmark, A., Björling, B., Grönbladh, L., Olsson, B., Oscarsson, L., & Segraeus, V. (1994). *Klienter i institutionell narkomanvård*. Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet
- Blomqvist, J. (2002). *Att sluta med narkotika: med och utan behandling*. Stockholm: Forsknings- och utvecklingsenheten, Socialtjänstförvaltningen 2002:2.
- Byqvist, S. (1997). *Svenska narkotikamissbrukande kvinnor och män – Missbruksförlopp och kriminalitet*. Akademisk avhandling, Stockholm: Socialhögskolan, Stockholms universitet.
- Carrón, J. (2004). *Characteristics and Evolution of Admissions for Treatment: Executive summary*. Dianova International Network. Internt dokument.
- Cesarec & Fridell (2007) grundläggande karaktärsdrag Basic Character Trait test (BCT) MANUAL: Normerings-, standardiserings- och valideringsdata. Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning [CAN]. (2005). Drogutvecklingen i Sverige 2005. *CAN rapportserie; 91*.
- Daughters, S. B., Lejuez, C. W., Bornoalova, M. A., Kahler, C. W., Strong, D. R., & Brown, R. A. (2005). Distress tolerance as a predictor of early treatment dropout in a residential substance abuse treatment facility. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (4), 729-734.
- Davidsson, V., & Magoulias, E. (1992). *Efter Narkomanvård - Vad hände sedan? En tvåårs- och en femårsuppföljning som startade 1981 vid narkomanvårdsenheten, Huddinge Sjukhus*. Lic.-avhandling, Stockholm: Psykiatriska kliniken, Huddinge Sjukhus.

- De Allegri, M. (2001). *Primo Follow-up*. Le Patriarche Italia Online.
- DeLeon, G. (1984) *The Therapeutic Community - Study of Effectiveness*. NIDA Research Report no 37, Rockville, Maryland.
- De Groot, M.H., Franken, I.H.A., van der Meer, C.W., & Hendriks, V.M. (2003). Stability and change in dimensional ratings of personality disorders in drug abuse patients during treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 24, 115-120
- De Wilde, J., Soyez, V., Broekaart, E., Rosseel, Y, Kaplan, C., & Larsson, J. (2004). Problem severity profiles of substance abusing women in European therapeutic Communities: Influence of psychiatric problems. *Journal of substance abuse treatment*, 26, 243-251
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and community health*, 59, 460-466
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T.J, Freitas, T.T, McFarlin, S.K., & Rutigliano, P. (2000) The Timeline followback reports and psychoactive substance use by drug-abusing patients: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 134-144
- Fridell, M. (1990). *Kvalitetsstyrning i Psykiatrisk narkomanvård - Effekter på personal och Patienter*. Akademisk avhandling, Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Fridell, M. (1991). *Personlighet och drogmissbruk*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning.
- Fridell, M (1996a). Institutionella behandlingsformer vid missbruk: organisation, ideologi och resultat. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.
- Fridell, M. (1996b). Psykisk störning och narkotikamissbruk. I *Psykiskt störda missbrukare*. Sos-rapport 1996:14. Stockholm: Socialstyrelsen
- Fridell, M. (1999). Evaluating residential and institutional treatment. I *Evaluating the Treatment of Drug Abuse in the European Union. EMCDDA Scientific Monograph Series no 3*, Lissboa, 1999, 29-36.
- Fridell, M. (2002). Kvinnor i behandling. I Leissner, T., & Hedin, U-C. (red) *Könsperspektiv på missbruk: antologi*. Bettna: Bjurner och Bruno.
- Fridell, M. (2004). Comorbidity and Drug Abuse. *Annual Report from EMCDDA, on Psychiatric disorders among drug abusers in the European Union*, Chapter 16. Nätpubl.
- Fridell, M. Al-Obaidy, S., Brefelt Lövdén, S., Conradsen, M., Hellström, I, Rehn, A-C., & Skoogh, E-L. (2002). *Nämndemansgårdens patienter två till fyra år efter behandling*. Lund: Institutionen för Psykologi, Lunds universitet
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johnsson Fridell, E. & Kindberg, L. (1996). *Faktorer som påverkar behandlingsutfallet för kroniska narkotikamissbrukare på kort och lång sikt. Slutrapport – Del 1: Målgrupp, frågeställningar, teoretiska perspektiv, metod och representativitet*. Lund; Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds universitet och Institutionen för Psykiatri och neurokemi, S:t Lars sjukhus.
- Fridell, M., Cesarec, Z, Malling Andersen, S., & Johansson, M. (2002). *SCL-90: Svensk normering, standardisering och validering av symptomskalan*. Lund: Institution:

Institutionen för psykologi, Lunds universitet & Statens Institutionsstyrelse.

Fridell, M., Billsten, J., Hesse, M., Jansson, I. (2006). 15-årsuppföljning av drogberoende personer. I Beijer, U., Fridell, M., Rödner, S., Storbjörk, J., Tengström, A., Thiblin, I., & Goldberg, T. *Vad vet vi om narkotikaanvändarna i Sverige? Rapport 14, 2006*. Stockholm: Mobilisering mot Narkotika.

Fridell, M., & Hesse, M. (2006b). Psychiatric severity and mortality in substance abusers. A 15-year follow-up of drug users. *Addictive behaviours*, 31, 559-565.

Fridell, M., Hesse, M., & Johnson, E. (2006c). High Prognostic Specificity of Antisocial Personality Disorder in Patients with Drug Dependence: Results from a Five-Year Follow-up. *The American Journal on Addictions*, 15, 227-232.

Fridell, M., Johnsson Fridell, E., & Cesarec, Z. (1996). *Femårsuppföljning av tunga narko-tikamissbrukare: En sammanfattning*. Lund: Institutionen för tillämpad psykologi, Lunds uni-versitet och enheten för kemiskt beroende, S:t Lars sjukhus.

Fiorentine, R. (1999). After Drug Treatment: Are 12-Step Programs Effective in Maintaining Abstinence? *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25 (1), 93-116

Gerlich, W., & Gerlich, A., (1995). *Estimation of the therapeutic experience of drug addicts and parents of drug addicts being treated in the Patriarche*. Bonn: Regional clinic – Substance Abuse Service

Grant, B. F., Stinson, F.S., Dawson, D.A, Chou, P., Dufour, M.C, Compton, W, Pickering, R.P., & Kaplan, K. (2004a). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions). *Archives of General Psychiatry*, 61, 807-816

Grant, B. F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, P., Ruan, J., & Pickering, R.P. (2004b).

Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the united states: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions). *Archives of General Psychiatry*, 61, 361-368.

Hansson, J-H., & Wijkström, F. (2001). *Civilt samhälle, social ekonomi eller nonprofit? Fallet Basta Arbetskooperativ: Slutrapport från ett forskningsprojekt*. Stockholm: Sköndals-institutet forskningsavdelning.

Hser, Y-I., Hoffman, V., Grella, C. E., & Anglin, M. D. (2001). A 33-year follow-up of narcotics addicts. *Archives of General Psychiatry*, 58 , 503-508.

Jonsson, S. (2001). Långstorps vård- och behandlingshem: en utfallsstudie. *Psykologexamensuppsats Vol III:20*. Lund: Institutionen för psykologi, Lunds universitet.

Kaplan, C., & Broekaert, E. (2003). An introduction to research on the social impact of the therapeutic community for addiction. *International Social Welfare*, 12, 204-210

McKellar, J., Kelly, J., Harris, A., & Moos, R. (2006). Pretreatment and during treatment risk factors for dropout among patients with substance use disorder. *Addictive Behaviors*, 31, 450-460.

McLellan, A.T., Kuschner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinatti, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of Addiction Severity Index. *Journal of substance abuse treatment*, 9, 199-213.

- McLellan, T., McKay, J.R, Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J. (2004). Reconsidering the evaluation of addiction treatment from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100, 447-458
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Metzger, D., McKay, J., Durell, J., Alterman, A. I., & O'Brien, C. P. (1996). Evaluating the effectiveness of addiction treatments: reasonable expectations, appropriate comparisons. *The Milbank Quarterly*, 74 (1), 51-85.
- Melin, A.-G., & Näsholm, C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- Moos, R. H., Moos, B. S., & Andrassy, J. M. (1999). Outcomes of four treatment approaches in community residential programs for patients with substance use disorders. *Psychiatric Services*, 50, 1577-1583.
- Personer med tungt missbruk- stimulans till bättre vård och behandling* (SOU 2005:82) Regeringsbetänkande. Nätpublikation.
- Ottosson, H. (1999). *Validation of a self-report questionnaire for personality disorders in DSM-IV and ICD-10*. Akademisk avhandling, Umeå: Umeå universitet
- Ottosson, H., Bodlund, O., Ekselius, L., Grann, M., von Knorring, L., Kullgren, G., Lindström, E., & Söderberg, S. (1998). DSM-IV and ICD-10 personality disorders: a comparison of a self-report questionnaire (DIP-Q) with a structured interview. *European Psychiatry*, 13, 246-53
- Prendergast, M. L., Podus, D., & Chang, E. (2000). Program factors and treatment outcomes in drug dependence treatment: An examination using meta-analysis. *Substance Use & Misuse*, 35 (12-14), 1931-1965.
- Prendergast, M. L., Podus, D., Chang, E., & Urada, D. (2002). The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug and Alcohol Dependence*. 67, 53-72.
- Rao, S.R, Broome, K.M., & Simpson, D.D. (2004). Depression and hostility as predictors of long-term outcomes among opiate users. *Addiction*, 99, 579-589
- Ravndal, E. (1993). *Virker behandling – En oversikt over behandlingsresultater for stoffmissbrukere i Norden og internasjonalt*. Stockholm: Nordiska kontaktmannorganet for narkotikafrågor.
- Ravndal, E. & Vaglum, P. (1994) Why do drug abusers leave the therapeutic community? : Problems with attachment and identification in a hierarchical therapeutic community. *Nordic journal of Psychiatry*, Supplement 33.
- Ravndal, E., & Vaglum, P. (1999). Overdoses and suicide attempts: Different relations to psychopathology and substance abuse? A five year prospective study of drug abusers. *Addiction and mental health*, 5, 63-70
- Ravndal, E, Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). Completion of Long-term Inpatient Treatment of Drug Abusers: A Prospective Study from 13 Different Units. *European Addiction Research*. 11, 180-185
- Rusmiddeletaten (2005). *Veileder for kvalitetsmålinger*. Oslo: Oslo kommune

- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De La Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorder identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Simpson, D.D, Joe, G.W., & Brown, B. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive behaviors*, 4, 294-307
- Schaar, I., & Öjehagen, A. (2001). Severely mentally ill substance abusers: an 18-month follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 70-78
- Sobell, L.S., & Sobell, M.B. (1992). Timeline Follow-Back – A Technique for Assessing Self-Reported Alcohol Consumption. In Litten, R., & Allen, J. (red.). *Measuring Alcohol Consumption*. New York: The Human Press Inc.
- Skårner, A. (2001). *Skilda världar ? : en studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet.
- Socialstyrelsen. (1996). Psykiskt störda missbrukare. *Sos-rapport 1996:14*, 7-33
- Socialstyrelsen (2006) *Faktaunderlag till Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Nätpublikation.
- SBU (2001). *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: En evidensbaserad kunskapsmanställning. Volym I och II*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Sörensen, H. J., Jepsen, P. W., Haastrup, S., & Juel, K. (2005). Drug-use pattern, comorbid psychosis and mortality in people with a history of opioid addiction. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 244-249.
- Zack, M. , Toneatto, T.,& Streiner, D.L. (1998) The SCL-90 factor structure in comorbid substance abusers. *Journal of Substance abuse*, 10 (1), 85-101.
- Undén, A.-L., & Orth-Gomer, K. (1989). Development of a social support instrument for use in populations surveys. *Social Science and Medicine*, 29 (12), 1387-1392.
- Woody, G.,E., McLellan, A.T., Luborsky, L., & O'Brien, C.P (1987). Twelve-month Follow-up of Psychotherapy for Opiate Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144 (5), 590-596,
- Öjehagen., A. (1998). Samtidigt beroende och psykisk störning – en aktuell forskningsöversikt. I Gerdner, A., & Sundin, Ö. (red). *Dubbeltrubbel: nya rön och erfarenheter i diag-nos och behandling av samtidigt beroende och psykisk störning*. Örebro: Behandlingshemmet Runnagården



## **Mobilisering mot narkotika**

Besöksadress: Regeringsgatan 30–32 Postadress: 103 33 Stockholm

Tfn: 08-405 10 00 Fax: 08-411 24 67

[registrator@social.ministry.se](mailto:registrator@social.ministry.se)

[www.mobilisera.nu](http://www.mobilisera.nu)

**Johanna Crabo** genomför för närvarande sin praktik efter fullgjord psykologutbildning. Dianovaundersökningen gjordes som hennes examensarbete vid Institutionen för psykologi, Lunds Universitet

**Maja Gradowska** genomför för närvarande sin praktik efter fullgjord psykologutbildning. Dianovaundersökningen gjordes som hennes examensarbete vid Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.

**Mats Fridell** Docent, universitetslektor, Leg psykolog och leg psykoterapeut med handledarkompetens. Specialist i klinisk psykologi och i organisationspsykologi. Projektansvarig för Dianovaprojektet.