

Hans Ovall och Bengt G Eriksson

Lyckas Lycke?

Utvärdering av missbruksbehandling i öppenvård, i Arvika kommun

© Författarna

IKU-rapport
ISSN 1651-2138

Hans Ovall och Bengt G Eriksson. *Lyckas Lycke? Utvärdering av missbruksbehandling i öppenvård, i Arvika kommun*

IKU-rapport 2008:2

ISSN 1651-2138

© Författarna

Distribution:

Karlstads universitet

Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper

Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete (IKU)

651 88 KARLSTAD

Tryck: Universitetstryckeriet, Karlstad 2008

Sammanfattning

Arvika kommun har sedan 1995 bedrivit behandling vid Lycke öppenvårdsenhet för personer med missbruksproblem. Under 1996 utbildades personalen i Minnesotamodellens 12-stepsprogram. Denna metod har sedan dess varit utgångspunkt för behandlingen.

Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete (IKU) har utvärderat verksamheten vid Lycke. Utvärderingen är baserad på uppgifter från ett slumpmässigt urval av de personer som genomgått behandling åren 2000 – 2004.

Syftet var att utvärdera behandlingen vid Lycke öppenvårdsenhet, ur ett brukarperspektiv, med fokus på följande frågor:

Har deltagarna fått hjälp och stöd att lösa sina problem?

Vad anser deltagarna om behandlingen som helhet och dess olika delar?

Har deltagarnas missbruk förändrats – och i så fall på vilket sätt - i samband med behandlingen?

Har deltagarnas sociala situation förändrats efter behandling, jämfört med före behandling – och i så fall på vilket sätt?

Utvärderingen följer före – efter-modellen. Uppgifter har samlats in om situationen före respektive efter behandling på Lycke, för personer som har gått igenom behandlingsprogrammet. Av 56 slumpvis utvalda personer i urvalsgruppen har 33 personer intervjuats vilket motsvarar ca 60 % av urvalsgruppen.

Datainsamlingen har skett genom personliga intervjuer med personer som varit inskrivna och deltagit i behandling. Intervjuerna genomfördes tiden våren 2006 till våren/sommaren 2007 det vill säga under drygt ett års tid. Detta innebär att intervjuerna skett minst drygt ett år efter avslutad behandling och som mest mer än 5 år efter avslutad behandling.

Intervjuerna ger ett gott underlag för en sammanfattande värdering av behandlingen under den tid som utvärderingen omfattar, ur de intervjuades synvinkel. Verksamheten vid Lycke får karakteriseras som mycket framgångsrik. Deltagarnas missbruk har minskat eller upphört, den sociala situationen har i stor utsträckning förbättrats. Förväntningarna inför framtiden är överlag positiva. Materialet är tämligen entydigt och homogent, och styrker den helhetsbild som framträder.

Behandlingsforskningen visar att gemensamt för de behandlingsmetoder (exempelvis 12 -steps-programmet) avseende både alkohol- och narkotikamissbruk, som visar effekt, är att behandlingen utmärks av

- klar struktur
- fokus på missbruket och beroendet
- väldefinierade åtgärder
- detaljerade riktlinjer (manual)

Intervjuerna ger dock inte belägg för att verksamheten skulle bedrivas på detta tydligt strukturerade sätt. De intervjuade har svårt att tydliggöra och åtskilja olika delar i behandlingsprogrammet. Samtidigt visar resultatet entydigt att deras sociala situation i allmänhet och missbrukssituationen i synnerhet har tydligt förbättrats.

Personer med missbruks- och beroendeproblem är en mycket heterogen grupp och inte sällan är det svårt att koppla den iakttagna förändringen till en given intervention/behandling. Inom behandlingsforskningen är man överens om att interventionen i sig svarar för en ganska måttlig del (15–20 procent) av alla de faktorer som man vet påverkar den enskilde.

De intervjuade uppger således att stora förbättringar skett i deras livssituation, samtidigt som behandlingens innehåll inte tydliggörs helt. Tre förklaringar kan tänkas till detta paradoxala förhållande. För det första kan andra faktorer i behandlingssituationen ha haft en så gynnsam inverkan på deltagarna att avsaknaden av struktur spelat en mindre roll. Sådana faktorer skulle t ex kunna vara en god relation mellan behandlare och deltagare, en stark gruppgemenskap inom programmet, eller högt motiverade deltagare. För det andra kan det tänkas att behandlingsprogrammet i realiteten varit strukturerat och följt 12-stegsmodellen, men att deltagarna inte noterat detta, eftersom sociala och situationella faktorer (som en positiv stämning, ett intensivt dagligt innehåll, etc) "överskuggat" den underliggande strukturen. För det tredje kan en tidseffekt vara tänkbar, att de intervjuade helt enkelt glömt hur behandlingen gestaltat sig, eftersom den, särskilt för en del av de intervjuade, ligger långt tillbaka i tiden. Kanske vill man också lämna allt som har med missbruket att göra bakom sig. Kombinationer av dessa tre förklaringsgrunder kan givetvis tänkas. Uppgifterna från intervjuerna ger enligt vår bedömning inte underlag för att avgöra vilken av förklaringarna som ligger närmast till hands.

Förord

Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete (IKU) vid Karlstads universitet har till uppgift att bidra till en kunskapsbaserad utveckling av olika verksamheter inom välfärdsområdet. I IKU:s rapportserie publiceras resultat från projektarbeten med utgångspunkt i kunskaps- eller utvecklingsbehov inom välfärdsverksamheter som också har ett generellt intresse och som kan bidra till långsiktig kunskapsutveckling. Studierna utförs självständigt och utifrån ett grundläggande vetenskapligt förhållningssätt.

En av socialtjänstens viktigaste uppdrag är skyldigheten att på olika sätt aktivt sörja för att personer med missbruksproblem får den hjälp och vård de behöver. Detta kan ske på olika sätt, till exempel genom öppenvårdsinsatser i hemkommunen eller vid särskilda behandlingsenheter. I Arvika kommun bedrivs sedan 1995 verksamhet vid Lycke öppenvårdsenhet, enligt det så kallade 12-stegsprogrammet, för personer med missbruksproblem.

Denna rapport redovisar en utvärdering av verksamheten vid Lycke. Utvärderingens utgångspunkter har varit att personer som själva genomgått behandling ska få komma till tals och att den så långt möjligt skall belysa missbrukets omfattning och den sociala situationen före och efter behandlingen. Ett slumpmässigt urval av de personer som genomgått behandling vid Lycke öppenvårdsenhet har intervjuats.

Behandlingsforskningen framhåller vikten av strukturerade behandlingsprogram för alkohol- och drogmissbruk. Denna utvärdering pekar på att också andra faktorer kan ha betydelse och visar att framgångsrik behandling mycket väl kan bedrivas i öppna former.

Rapporten har skrivits av Hans Ovall och Bengt G Eriksson, IKU. Från Arvika kommun har Maritha Åström och Åge Zetterberg deltagit i arbetet, liksom tidigare även Erica Andersson, IKU.

IKU, Karlstads universitet, oktober 2008

Bengt G Eriksson
Föreståndare

Innehåll

SAMMANFATTNING	1
FÖRORD.....	3
1. INLEDNING	7
2. SYFTE.....	9
3. ÖPPENVÅRDSVERKSAMHETEN LYCKE	11
4. MINNESOTAMODELLEN.....	13
5. BEROENDE OCH MISSBRUK.....	15
5.1. Definitioner	15
5.2. Hur vanligt är alkoholberoende/narkotikaberoende?	16
6. BEHANDLINGSEFFEKT	19
6.1. Ett komplext begrepp	19
6.2. Studier inom området	19
6.3. Sammanfattande slutsatser SBU.....	21
6.4. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård	22
6.5. Svenska studier.....	23
7. UTVÄRDERINGENS METOD OCH GENOMFÖRANDE.....	25
7.1. Utgångspunkter för utvärderingen.....	25
7.2. Urval och första kontakt med intervjupersoner	26
7.3. Genomförda intervjuer och bortfall	26
7.4. Datainsamling	26
7.5. Bearbetning och analys	28
7.6. Etiska hänsyn.....	28
8. RESULTATREDOVISNING	29
8.1. Om dem som behandlats på Lycke och det urval som intervjuats.....	29
8.2. Behandlingen på Lycke öppenvårdsenhet – initiativ och motivation.....	29

8.3. Behandlingens omfattning och innehåll	30
8.4. Tidigare behandlingserfarenhet	33
8.5. Brukarnas åsikter om behandlingens innehåll	34
8.6. Personlig utveckling	37
8.7. Övriga synpunkter på behandlingen vid Lycke, dess eventuella förändring över tid och förslag till utveckling av behandlingsinnehållet	39
8.8. Har missbruket förändrats?.....	40
8.9. Har den sociala situationen förändrats?	45
8.9. Syn på framtiden.....	50
8.10. Om man skulle behöva behandling i framtiden?	51
9. DISKUSSION OCH VÄRDERING	53
9.1. Ett svårfångat men positivt värderat behandlingsinnehåll	53
9.2. Missbruket har minskat.....	54
9.3. Den sociala situationen har förbättrats.....	55
9.4. Sammanfattande bedömning och värdering.....	56
9.5. Metodmässiga reflexioner.....	57

1. Inledning

Missbruk av alkohol, narkotika och läkemedel förorsakar stora samhällskostnader men också ett stort lidande för missbrukare och deras närstående.

Samhället har ett ansvar för att försöka minska omfattning och skadeverkningar av missbruk i olika former. I stor utsträckning vilar detta ansvar på kommunerna (och i viss mån landstingen). Socialtjänsten har ett förstahandsansvar för att den som vistas i kommunen får bistånd och stöd i sociala frågor. Av socialtjänstlagen 5 kap.9 § framgår att socialnämnden aktivt skall sörja för att den enskilde missbrukaren får den vård han eller hon behöver för att komma ifrån missbruket. Vidare stadgas att missbruksvården skall utgå från den enskildes behov och utformas i samråd med honom/henne. Socialtjänstens insatser för att stödja och behandla personer med olika former av missbruksproblem är omfattande.

Av Socialstyrelsens (SoS) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården (Socialstyrelsen 2007:3) framgår att antalet personer med missbruksproblem under senare år ökat och att missbruks- och beroendevårdens struktur snabbt ändrats. En tydlig utvecklingstendens under senare år har varit att kommunerna i allt större utsträckning utvecklat öppenvårdsprogram inom missbruksområdet för att på så sätt söka tillgodose behov av vård och behandlingsinsatser i syfte att stödja den enskilde att nå ett drogfritt liv (Dalarnas forskningsråd 2006:5).

Istället för vård och behandling på institutioner sker denna i allt större utsträckning i öppna former på hemorten. Denna utveckling ställer dock krav på kommunerna att kunna erbjuda differentierade vård- och behandlingsinsatser då vårdbehovet kan variera starkt mellan olika missbrukare. (Nordström & Thunved 2006:121)

En allt viktigare fråga som denna utveckling aktualiserat är kvaliteten i verksamheterna och deras resultat i form av behandlingseffekter. Tillförlitliga eller objektiva mått för att mäta kvaliteten i verksamheterna saknas dock och det är mycket osäkert vilka effekter/förändringar behandlingen har lett till för den enskilde (Socialstyrelsen 2007:215).

Inom behandlingsområdet finns en omfattande forskning i syfte att avgöra i vad mån olika former av behandlingar leder till goda resultat, för vilken typ av klienter och i vilka situationer. Ett flertal specifika psykosociala behandlingsmetoder och läkemedel är vetenskapligt dokumenterat effektiva mot missbruk och beroende av alkohol och narkotika. Flera andra metoder som tillämpas saknar dock dokumenterad effekt eller att i vetenskapliga studier ha visat sig vara effektiva (SBU 2001:26).

Personer med missbruks- och beroendeproblem är en mycket heterogen grupp och inte sällan är det svårt att koppla den iakttagna förändringen till just interventionen.

Inom forskningen är man överens om att själva behandlingssinnehållet svarar för en ganska måttlig del (15–20 procent) av alla de faktorer som man vet påverkar den enskilde. Det kan gälla förhållanden hos behandlaren, hur metoden praktiseras och i vilket sammanhang, men även faktorer utanför behandlingssammanhanget har betydelse. (Socialstyrelsen 2007:26 ff)

Mot denna bakgrund kan man konstatera att det finns behov av ytterligare forskning inom området då det inte föreligger någon säker kunskap om hur behandling för olika former av missbruk bäst utformas.

Arvika kommun har sedan 1995 bedrivit verksamhet vid Lycke öppenvårdsenhet, för personer med missbruksproblem. Under årens lopp har ett relativt stort antal personer deltagit i verksamheten och genomgått behandlingsprogrammet, som tar sin utgångspunkt i Minnesotamodellen. Frågan är om och hur de personer som haft kontakt med Lycke tycker att de fått hjälp och stöd att lösa sina problem, om missbruket upphört eller i varje fall påtagligt minskat och om deras sociala situation har förbättrats av behandlingen.

För att få svar på detta tog socialtjänsten i Arvika kontakt med Institutet för kvalitets- och utvecklingsarbete (IKU) vid Karlstads universitet för att i samarbete genomföra en utvärdering av verksamheten. Denna rapport är en utvärdering av verksamheten vid Lycke öppenvårdsenhet, baserad på uppgifter från ett urval av de personer som genomgick behandling åren 2000 – 2004. Utvärderingen inleddes under våren 2006 och har av flera olika anledningar dragit ut på tiden.

I rapportens fortsättning följer syftet med utvärderingen. Därefter beskriver vi verksamheten vid Lycke öppenvårdsenhet och dess teoretiska bakgrund i form av den s.k. Minnesotamodellen, eller 12-stegsbehandlingen. För att sätta in denna utvärdering i ett större sammanhang redogör vi sedan för de grundläggande begreppen beroende och missbruk och ger några uppgifter om utvecklingen av alkohol- och drogmisbruk på nationell nivå. Forskningen om effekter av behandling är som vi nämnt omfattande, något av denna forskning återspeglas, speciellt vad gäller behandling som liknar den vid Lycke. Därefter följer ett avsnitt som beskriver utvärderingens metod och genomförande. I resultatavsnittet – rapportens mest omfattande del – redogör vi för de intervjuades syn på behandlingen vid Lycke och för deras situation före, respektive efter behandlingen. Rapporten avslutas med en diskussion av resultaten samt en sammanfattande värdering.

2. Syfte

Syftet var att utvärdera behandlingen vid Lycke öppenvårdsenhet, ur ett brukarperspektiv och utifrån följande frågor:

- Har deltagarna fått hjälp och stöd att lösa sina problem?
- Vad anser deltagarna om behandlingen som helhet och dess olika delar?
- Har deltagarnas missbruk förändrats – och i så fall på vilket sätt - i samband med behandlingen?
- Har deltagarnas sociala situation förändrats efter behandling, jämfört med före behandling – och i så fall på vilket sätt?

3. Öppenvårdsverksamheten Lycke

Arvika kommun är med drygt 26 000 invånare Värmlands näst största kommun befolkningsmässigt och den tredje största till ytan. Vid den tid som utvärderingen avser var socialförvaltningen organiserad i en Individ- och familjeomsorgsavdelning (IFO) och en Vård- och omsorgsavdelning. Individ- och familjeomsorgsavdelningen var funktionsindeldad, där vuxen- och ekonomienheten hade ansvar för arbetet med personer med missbruksproblematik. Socialtjänstens egna resurser inom detta område bestod huvudsakligen av öppenvårdsverksamheten Lycke samt två behandlingsassistenter som utförde riktade uppsökande stödinsatser till framförallt äldre missbrukare.

Verksamheten på Lycke startade som ett projekt 1995 på initiativ av några av kommunens socialsekreterare. Arvika kommun hade vid denna tidpunkt inga egna behandlingsresurser för missbrukare. Initialt bedrevs arbetsterapi i form av matlagning, trädgårdsarbete och snickeri för framförallt "kroniska" missbrukare. Verksamheten var och är fortfarande lokaliserad till en fastighet i utkanten av industriområdet Lycke i Arvika (därav namnet). Så småningom väcktes tanken på att fokusera mer på behandling för att kunna erbjuda hjälp till olika kategorier av missbrukare. En av de socialsekreterare som arbetade på Lycke hade tidigare arbetat på behandlingshem där man bedrev behandling enligt Minnesotamodellen. Ett förslag om att utbilda personal i metoden presenterades för kommunens socialnämnd vilken under 1996 beslutade att skicka fem personer på utbildning till Island. Detta kom sedan att bli utgångspunkten för verksamheten och en drogterapeut anställdes på deltid. I december 1997 utökades tjänsten till att omfatta heltid.

Hösten 2002 beslutade socialnämnden att verksamheten vid Lycke skulle permanentas och 2003 anställdes ytterligare en drogterapeut på heltid. Den ADL-träning som tidigare varit en del av verksamheten upphörde och man övergick till en mer strukturerad behandling i form av motivationsgrupp på förmiddagen och primärgrupp på eftermiddagen.

Behandlingen vid Lycke utgår från Minnesotamodellens 12-stepsprogram. Verksamheten erbjuder olika tjänster för att hjälpa den enskilde att bli fri från sitt beroende. I de flesta fall rör det sig om alkohol och droger men det kan även gälla andra former av beroende. De flesta av Lyckes klienter har familj, bostad och arbete. Målgruppen är vuxna personer med missbruksproblem, män och kvinnor, från 18 år och uppåt. Två tredjedelar av klienterna är män. Lycke bedriver verksamhet vardagar, måndag till fredag. Intagning sker kontinuerligt.

Den behandling som erbjuds utgörs av:

- **Motivationsbehandling** (ej tidsbegränsad)
- **Primärbehandling** (6 veckor)
- **Eftervård** (52 veckor)
- **Återfallsprogram** (4 veckor)
- **Anhörigdagar** (2 gånger/år)

Individuell anpassning av behandlingstiden kan ske, men är normalt enligt ovan. Möjlighet till enskilda samtal finns.

4. Minnesotamodellen

Arbetet på Lycke utgår från Minnesotamodellen. Behandlingsmodellen växte fram kring alkoholistbehandlingen på Willmar State Hospital i Minnesota i USA i början på 1950-talet, och vidareutvecklades vid det då nyinrättade behandlingshemmet Hazelden strax nordöst om Minneapolis av psykologen Dan Anderson i samarbete med de olika specialister som knöts till behandlingsarbetet.

Grunden för Minnesotamodellens behandlingsfilosofi är rörelsen Alcoholic Anonymous - AA - som startade i USA 1935 som en självhjälpgrupp för alkoholmissbrukare. AA:s stödverksamhet, som struktureras i 12 steg, ses som den väsentliga komponenten i den livslånga behandling som inleds med Minnesotabehandling i öppenvård eller inom en behandlingsinstitution. Flera behandlingsverksamheter inom den här ramen har därför valt att kalla sig "12-stegsbaserad behandling" för att ytterligare understryka den viktiga roll som AA (eller NA – Narcotics Anonymous) har i behandlingen. Det är dock viktigt att skilja på Minnesotamodellen som är en behandlingsmetod och AA (eller NA) som är en form av självhjälpgrupp.

I enlighet med detta synsätt ser man också alkoholismen (och annat drogberoende) som en sjukdom, en sjukdom som man inte skall söka efter orsaken till, en sjukdom som ingen har skuld i, en sjukdom som är primär (och inte en följd av något annat problem), en sjukdom som är kronisk (man måste lära sig leva helt utan alkohol) men som är behandlingsbar (man kan lära sig leva med den, precis som en diabetiker måste anpassa sitt liv efter sin diabetes). Minnesotamodellen introducerades i Sverige år 1984.

Den "12-stegsmetod" som behandlingen utgår ifrån har formulerats av AA och beskrivs som en samling levnadsregler som utgör förslag avsedda som hjälp att tillfriskna.

Anonyma Alkoholisters (AA:s) Tolv Steg

1. Vi erkände att vi var maktlösa inför alkoholen, att vi förlorat kontrollen över våra liv.
2. Vi kom till tro på att en kraft starkare än vår egen, kunde hjälpa oss att återfå vårt förstånd.
3. Vi beslöt att lägga vår vilja och vårt liv i händerna på Gud, såsom vi själva uppfattade Honom.
4. Vi företog en genomgripande och oförskräckt moralisk självrannsakan.

5. Vi erkände inför Gud, oss själva och en medmänniska alla våra fel och brister och innebörden av dem.
6. Vi var helt och hållet beredda att låta Gud avlägsna alla dessa karaktärsfel.
7. Vi bad ödmjukt Honom att avlägsna våra brister.
8. Vi gjorde upp en förteckning över alla de personer vi skadat och var beredda att gottgöra dem alla.
9. Vi gottgjorde alla dessa människor, så långt det var oss möjligt, utan att skada dem eller andra.
10. Vi fortsatte vår moraliska inventering och erkände genast när vi hade fel.
11. Vi försökte genom bön och meditation fördjupa vår medvetna kontakt med Gud, sådan vi uppfattade Honom varvid vi endast bad om Hans vilja med oss och styrka att utföra den.
12. När vi, som en följd av dessa steg, själva hade haft ett inre uppvaknande försökte vi föra detta budskap vidare till andra alkoholister och tillämpa dessa principer i alla våra angelägenheter.

5. Beroende och missbruk

I SBU:s rapport 2001 nr 156/ volym I görs följande definitioner av beroende respektive missbruk (SBU 2001).

5.1. Definitioner

Beroende

Med beroende menas att alkohol eller narkotika har fått en mycket större betydelse i individens liv än tidigare och lett till en betydande funktionsnedsättning eller lidande. De internationellt vedertagna kriterierna på beroende är bl a att individen förlorat kontrollen över intaget, att abstinensbesvär uppstår och att allt högre doser behövs för att uppnå ett rus.

Den senaste versionen av det vedertagna amerikanska DSM-systemet (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorder) DSM-IV innehåller 7 kriterier av vilka 3 skall vara uppfyllda under ett års tid för att ett beroende kan anses föreligga.

1. Behov av allt större dos för att uppnå ruseffekt.
2. Abstinensbesvär när bruket upphör.
3. Intag av större mängd eller intag under längre tid än vad som avsågs.
4. Varaktig önskan, eller misslyckade försök, att minska intaget.
5. Betydande del av livet ägnas åt att skaffa, konsumera och hämta sig från bruket av alkohol eller narkotika.
6. Viktiga sociala, yrkesmässiga eller fritidsmässiga aktiviteter försummas.
7. Fortsatt användning trots kroppsliga eller psykiska skador.

Missbruk

För att *missbruk* ska föreligga räcker det enligt DSM-systemet med att ett av följande 4 kriterier uppfylls under ett års tid.

1. Upprepad användning av alkohol eller narkotika som leder till misslyckande att fullgöra sina skyldigheter på arbetet, i skolan eller i hemmet.

2. Upprepad användning av alkohol eller narkotika i riskfyllda situationer, exempelvis vid bilkörning eller i arbetslivet.
3. Upprepade kontakter med rättsväsendet som en följd av missbruket.
4. Fortsatt användning trots återkommande problem.

5.2. Hur vanligt är alkoholberoende/narkotikaberoende?

Det är inte klarlagt hur stor del av befolkningen i Sverige som är alkoholberoende. I litteraturen refereras till olika källor. Enligt uppgift från sjukvårdsrådgivningens hemsida dricker ungefär 5 procent av männen för mycket. Bland kvinnorna är det färre som är alkoholberoende - cirka 2,5 procent (www.sjukvardsradgivningen.se).

Befolkningsundersökningar i USA har visat att 10–15 procent av alla män och cirka 5 procent av alla kvinnor har ett kroniskt alkoholberoende. Av dessa är ungefär en fjärdedel i en fas av aktivt missbruk (SBU 2001:11).

Enligt Statens folkhälsoinstitut, FHI har Sverige tillsammans med ett antal centraleuropeiska länder ett genomsnitt på 3,4 % av befolkningen över 15 år som är alkoholberoende (FHI 2004:56).

Alkoholberoende får ofta genomgripande sociala och ekonomiska konsekvenser för individen själv och för de närstående. Självmord, våld, rattfylleri, social utslagning och kriminella handlingar inträffar ofta i spåren av beroendet och missbruket.

Alkoholberoende leder ofta även till allvarliga sjukdomar, som framför allt drabbar hjärnan och nervsystemet, men också levern, musklerna, hjärtat och blodkärlen. En betydande del av resurserna för sjukvård används för vård av alkoholrelaterade sjukdomar. Inom socialvården är stora medel och personliga resurser avdelade för att hantera de sociala och ekonomiska konsekvenserna av alkoholproblem.

Missbruk och beroende av narkotika är mindre vanligt än alkoholmissbruk och -beroende i Sverige men inte desto mindre allvarligt (SBU 2001:11). Det är dock svårt att få tillförlitliga uppgifter om narkotikamissbrukets omfattning, d v s hur många narkotikamissbrukare det finns.

Vid flera tillfällen har man försökt räkna antalet ”tunga missbrukare” i Sverige. Med tunga missbrukare avsågs sådana som injicerade narkotika eller använde narkotika dagligen eller så gott som dagligen, oavsett intagningsätt. Enligt dessa studier fanns det ca 15000 tunga missbrukare år 1979. 1992 hade de ökat till 19000 och 1998 beräknades antalet till 26000. En annan typ av beräkning, gjord med hjälp av specialbearbetningar av slutenvårdsdata, beräknade åter antalet narkotikamissbrukare

till ca 26 000 1998 och till 28 000 år 2001. Beräkningen av missbrukets omfattning utifrån slutenvårdsdata har uppdaterats och 2004 uppskattades antalet till runt 26 000, således en återgång till 1998 års nivå (CAN 2007:24 ff).

I en studie från 2003 gjorde Socialstyrelsen en skattning av antalet narkotikamissbrukare. Då bedömdes omkring 10 000 narkotikamissbrukare vara i kontakt med socialtjänsten och 13 000 med hälso- och sjukvården. Även om en betydande överlappning kan antas förekomma bedömer Socialstyrelsen att mellan 15 000 och 20 000 narkotikamissbrukare var aktuella hos de två vårdgivarna under ett år. Den information som finns täcker ett brett spektrum av narkotikamissbrukare, från dem med långvariga och intensiva kontakter med en eller flera vårdgivare till dem som över huvud taget inte har kontakt med vården (Socialstyrelsen 2007:122).

Vissa narkotiska preparat används för medicinsk behandling men i övrigt är all användning av narkotika illegal i vårt land. Bland de mest använda narkotiska preparaten återfinns heroin, kokain, amfetamin och cannabis. Samtliga kan ge upphov till psykiska problem, oro och depression och vissa preparat kan även ge långvariga eller obotliga störningar i hjärnan.

Alkohol och narkotika kan orsaka ett kroppsligt beroende och en ökad tolerans som gör att allt större doser krävs för att framkalla ett rus. Nervsystemet anpassar sig till intaget och när missbruket avbryts uppstår abstinens som kan vara mycket plågsamt och ibland livshotande. Beroende av alkohol och narkotika är ofta ett kroniskt tillstånd även om det är vanligt med långa perioder av nykterhet.

De samhällsekonomiska kostnaderna för missbruk och beroende av alkohol och narkotika har uppskattats i olika studier i flera länder. Resultaten varierar mellan 2 och 8 procent av BNP, vilket för Sveriges del skulle innebära mellan 30 och 120 miljarder kronor per år. Den missbrukande individen och familjen beräknas svara för nästan hälften av dessa kostnader (SBU 2001:11).

6. Behandlingseffekt

6.1. Ett komplext begrepp

Med begreppet behandlingseffekt avses vanligen vilken effekt en viss behandlingsmetod har fått för enskilda personer. Det är dock viktigt att konstatera att hela behandlingssammanhanget har betydelse. Metoden i sig förklarar endast en mindre del av variationerna i resultatet, övriga delkomponenter är kvaliteten i genomförandet, patienternas personliga och sociala bakgrundsförhållanden, terapeutens kompetens och patient-terapeutrelationen. (SBU 2001:155)

Problemet kan beskrivas vara att klarlägga missbrukarvårdens insatser i förhållande till klienten före under och efter behandling men också andra händelsers betydelse och andra påverkande faktorer (IMS 1996:25).

Inom forskningen är man överens om att interventionen i sig svarar för en ganska måttlig del 15 – 20 procent av alla de faktorer som man vet påverkar den enskilde (Socialstyrelsen 2007:122).

För att kunna dra några slutsatser om orsakssamband mellan genomgången behandling och förbättring krävs utvärdering med kontroll- eller jämförelsegrupper. Utvärderingar som gör det möjligt att särskilja effekterna av insatser/behandling inom missbrukarvården från annan påverkan är komplicerade att utföra och kan knappast idag bli en del av den reguljära lokala resultatuppföljningen (IMS 1996:25).

Den lokala resultatuppföljningen och kvalitetssäkringen som kunskapsunderlag för metod- och verksamhetsutveckling utgör dock ett viktigt komplement till mer vetenskapliga utvärderingar. Personalen delaktighet i utvecklingsarbetet och det faktum att lokal resultatuppföljning speglar "naturliga" variationer i en verksamhet och möjliggör snabb återföring av erfarenheterna har visat sig vara viktiga positiva komponenter (IMS, 1996:26).

6.2. Studier inom området

I detta avsnitt har sökning gjorts på studier av behandlingsresultat gällande 12-stepsprogram. I SBU:s evidensbaserade kunskaps sammanställning och i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården, som till stor del bygger på SBU:s material, har gjorts en genomgång av relevanta studier inom området. Nedan redovisas sammanfattningsvis slutsatserna i dessa dokument. Vidare redovisas i sammandrag resultatet av två svenska studier som inte ingår i ovanstående sammanställningar.

SBU:s evidensbaserade kunskapssammanställning

I SBU:s evidensbaserade kunskapssammanställning *Behandling av alkohol och narkotikaproblem* (SBU 2001) värderas effekter av olika behandlingsmetoder, huvudsakligen baserat på internationella studier. Detta görs genom att jämföra olika behandlingsmetoder antingen med standardbehandling (allmänt stödjande rådgivning) eller med annan specifik behandling, både i öppenvård och i slutenvård. I avsnittet 'SBU:s sammanfattning och slutsatser' framgår följande när det gäller psykosocial behandling mot alkoholberoende respektive narkotikaberoende.

Psykosocial behandling mot alkoholberoende

En jämförelse mellan olika psykosociala behandlingar mot alkoholberoende visar att flera specifika metoder har likartad effekt. Dessa behandlingar utmärks av en klar struktur och väldefinierade åtgärder vilka ofta är baserade på detaljerade riktlinjer. Detta gäller exempelvis olika former av kognitiv beteendeterapi, eller så kallad 12-stegsbehandling (exempelvis Minnesota-modellen). Ofta kombineras de med självhjälpprogram som hos Anonyma Alkoholister, samt motivationshöjande behandling. Strukturerad interaktionell¹ terapi och strukturerad modern terapi² med psykodynamisk referensram har i några studier visat samma effekt som kognitiv beteendeterapi. Studierna av par-terapi och anhöriginsatser uppvisar positiva resultat.

I flera studier används termen "sedvanlig behandling" för en kontrollgrupp. Detta begrepp är dock ofta dåligt definierat. Med sedvanlig behandling menas vanligen stödjande samtal i kombination med socialkurativa insatser. Sådan behandling uppvisar inga effekter jämfört med specifika behandlingsmetoder i de granskade studierna. Denna typ av behandling har inte heller ett lika tydligt fokus på missbruksbeteendet som de specifika terapierna. Stöd för att en specifik behandlingsmetod skulle ha bättre effekt för vissa patientkategorier är svagt. För patienter med mindre uttalat alkoholberoende förefaller begränsad behandling ha samma effekt som mer omfattande behandling. För människor med svårare alkoholberoende uppnås emellertid bättre resultat med mer omfattande behandling. Även om endast enstaka behandlingsprogram inriktats speciellt på kvinnor, har man i ett antal studier analyserat effekterna för båda könen utan att se några tydliga

¹ Vissa faktorer som kan tänkas ligga bakom missbruket är i fokus. Behandlingen inriktas mest på svårigheter i samspelet med andra människor. Stöd att ändra missbruksbeteendet ingår (www.sbu.se/sv/vetenskap-praxis/Vetenskap-och-praxis/1944).

² Fokus ligger på de nuvarande problemen men patientens livshistoria tas också med i förståelsen av missbruket. Denna moderna och strukturerade form av dynamisk terapi skiljer sig därmed från den klassiska som huvudsakligen inriktas på tolkningar av försvar och bakomliggande konflikter (www.sbu.se/sv/vetenskap-praxis/Vetenskap-och-praxis/1944).

skillnader. Vid behandling av psykiskt störda missbrukare och bostadslösa missbrukare måste såväl missbruket som den psykiska störningen och andra livsproblem behandlas samtidigt. Positiva effekter av att behandla hemlösa missbrukare har kunnat uppnås då beteendeterapeutiska tekniker och strukturerat och samordnat patientstöd tillämpats. Stödboende eller slutenvård förefaller inte ge bättre resultat än behandling i öppenvård.

Psykosocial behandling av narkotikaberoende

Omlärande interventioner (till vilken 12-stegsmodellen bör räknas enligt rapporten) har effekt på missbruket av såväl heroin som kokain. Samtliga studier har dock gjorts med patienter som också behandlas med metadon. Dynamiska psykoterapier har effekt på heroin- men inte kokainmissbruket. De är också de enda som har visat effekt på kvarstannande i behandling; ett primärt mått på behandlingseffekt. Stödjande interventioner har inte visats ha effekt på vare sig missbruk eller kvarstannande i behandling. De negativa resultaten för stödjande terapi och de positiva resultaten för omlärande behandling har stora likheter med motsvarande resultat av psykosociala behandlingsmetoder mot alkoholberoende. I det senare fallet uppvisar den vetenskapliga litteraturen positiva effekter för specifika behandlingar (vilket i stort sett motsvarar omlärande behandling mot narkotikaberoende) och avsaknad av positiva effekter för sedvanlig, ospecifik behandling (som motsvarar stödjande terapi mot narkotikaberoende). I sju randomiserade, kontrollerade studier utvärderades effekterna av olika psykosociala behandlingsmetoder mot cannabisberoende. Ingen av de prövade metoderna hade någon säkerställd behandlingseffekt. Det vanligaste missbruket av narkotika i Sverige är amfetamin. Det finns ingen randomiserad, kontrollerad studie av psykosociala behandlingsmetoder mot beroende av amfetamin.

6.3. Sammanfattande slutsatser SBU

Flera psykosociala behandlingsmetoder, som karaktäriseras av en klar struktur och väldefinierade åtgärder, har gynnsamma effekter mot alkoholberoende. Dit hör kognitiv beteendeterapi, 12-stegsbehandling, strukturerad interaktionell terapi, strukturerad modern terapi med dynamisk referensram, motivationshöjande behandling, parterapi samt strategier där anhöriga engageras i behandlingen.

Bland psykosociala behandlingsmetoder mot heroin- och kokainberoende är effekterna störst av så kallade omlärande terapier som är inriktade på missbruksbeteendet. Dessa är i regel beteendeterapeutiskt baserade. Dynamisk psykoterapi förefaller ha en positiv effekt på heroinmissbruk. Ospecifika, stödjande behandlingar används ofta i svensk missbruksvård men de saknar säkerställda effekter.

De psykosociala behandlingar som prövats vid bruk av andra narkotiska preparat saknar effekter (gäller för cannabis) eller är otillräckligt studerade (gäller för amfetamin m fl).

6.4. Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård

Syftet med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård är att utveckla och förbättra denna typ av vård. Verksamheten ska bedrivas med stöd av kunskap om vilka metoder och tekniker som är mest effektiva, både ur patientens/klientens synvinkel och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Dessa riktlinjer ska ses som en vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruksproblem. Faktaunderlaget avser förhållanden fram till och med våren 2004. Avsikten är att en revision av riktlinjerna kommer att ske senast under år 2009.

Av riktlinjerna framgår bl a rekommendationer för psykosocial behandling av missbruk/beroende av alkohol respektive narkotika. Gemensamt för de metoder avseende både alkohol och narkotika som visar effekt är att behandlingen utmärks av:

- klar struktur
- fokus på missbruket och beroendet
- väldefinierade åtgärder
- detaljerade riktlinjer (manual)

För psykosocial behandling av missbruk/beroende av alkohol rekommenderas:

- 12-stepsprogram
- Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk
- Motivationshöjande behandling
- CRA-behandling³
- Kort intervention
- Interaktionell terapi
- Dynamisk terapi
- Familjeterapi med fokus på missbruk och beroende.

³ Community Reinforcement Approach

För psykosocial behandling av missbruk/beroende av narkotika rekommenderas:

- Kognitiv beteendeterapi med fokus på missbruk
- Kort intervention /Motivational interviewing (MI)
- CRA-behandling
- Dynamisk terapi
- Familjeterapi med fokus på missbruk och beroende

6.5. Svenska studier

Relativt få svenska studier har gjorts gällande effekten av behandling enligt 12-steps-programmet. Svenska studier har bl a gjorts av Nämndemansgården verksamhet av Stig Larsson, och av Grindstugan verksamhet av Mona Westerlund. (nedanstående studier ingår inte i SBU:s material)

Nämndemansgården är en institution som startades 1987 och där man i utvärderingen tar upp resultatet av uppföljningen av de första två årens patienter 12 månader efter behandlingen. Då det gäller kriteriet nykterhet under det första året efter behandlingen så framgår att ca hälften av de 180 patienterna inte hade haft något återfall under denna tid (Larsson, 1990).

Grindstugans rapport avseende behandlingsresultat avser öppenvård, för alkoholism/kemiskt beroende enligt Minnesotamodellen under tiden från starten, november 1992 till slutet av december 1993, minst ett år efter behandlingen. Resultatet för de patienter som fullföljt behandlingen visar på att 86 % fått ett minskat drickande. Kvinnorna har minskat sitt missbruk i större utsträckning än männen. 25 % har inte haft något återfall efter behandlingen. Uppdelat på kön gäller detta 28 % av kvinnorna och 23 % av männen. Av Grindstugans patienter har 80 % genomgått en positiv attitydförändring. I rapporten sker även i viss utsträckning en jämförelse med behandling vid Runnagården och inom Provita. Jämförelsesiffror för uppföljning med **Runnagården** efter 9 månader var 13 % som hade klarat sig utan återfall. Av **Provitans** patienter var i medeltal 50 % nyktra efter i medeltal 19 månader efter avslutad behandling (Westerlund, 1995).

7. Utvärderingens metod och genomförande

I detta avsnitt beskrivs hur materialet för utvärderingen har samlats in, bearbetats, analyserats och värderats. Vi ger också en del bakgrundsinformation om den intervjuade gruppen. Etiska överväganden redovisas.

7.1. Utgångspunkter för utvärderingen

Utvärdering bygger alltid, i någon form, på jämförelser, där förhållanden vid en given tidpunkt – oftast efter att en viss åtgärd eller intervention har vidtagits – utgör den ena jämförelsepunkten (Cheetham et al, 1997).

Den faktiska, empiriska situationen kan jämföras med en målbeskrivning, med lagar och anvisningar, eller med följsamheten till en viss teori eller modell. En vanlig form för utvärdering innebär att den faktiska situationen efter genomförd intervention jämförs med hur det såg ut strax innan interventionen skedde. I en sådan före – efter-utvärdering ställs således (minst) två empiriskt beskrivna situationer mot varandra, i utvärderingens första steg. Har det skett någon förändring, i så fall – vilken förändring och i vilka avseenden? Kunskapen om (eventuella) skillnader mellan situationen före respektive efter interventionen görs därefter till föremål för en värdering - hur ska förändringen bedömas, är den alldaglig, i linje med förväntan eller kanske långt större än planerat? Dessa båda steg - att samla in, tydliggöra kunskap och att värdera den i relation till en jämförelsegrund – utgör utvärderingens helhet. Frågan om en given förändring har sin orsak i den intervention (i form av t ex vård, stöd eller behandling) som ligger mellan mätillfällena är ofta central i utvärderingar. Sådana slutsatser om kausalsamband mellan intervention och utfall kan dras på mer eller mindre säkra grunder.

Denna utvärdering följer före – efter - modellen. Kunskap har samlats in om situationen före respektive efter behandling på Lycke, för personer som har gått igenom behandlingsprogrammet. Detta gör det möjligt att visa förändringar i missbruket, men också i andra personliga och sociala förhållanden före respektive efter behandlingen. Dessa skillnader kan sedan värderas i relation till vad som kunnat förväntas, vad som karakteriserar en framgångsrik behandling, andra former av behandling etc. Skillnaderna kan också utgöra grund för en bedömning av kausala relationer – är det behandlingen på Lycke som orsakat förändringen eller har den andra orsaker? Vi har också efterfrågat uppgifter om själva behandlingstiden, dels för att kunna säga något mer om verksamheten vid Lycke, dels som ett sätt att öka underlaget för kausala slutsatser.

7.2. Urval och första kontakt med intervjupersoner

Underlaget till utvärderingen utgörs av intervjuer med personer som genomgått behandling på Lycke under åren 2000-2004, totalt 145 personer. Vid genomgång av gruppen konstaterades att fyra avlidit vilket gjorde att den faktiska urvalsgruppen bestod av 141 personer. Ur denna grupp gjordes ett obundet slumpmässigt urval (OSU) på 40 %, vilket resulterade i en grupp på 56 personer. Dessa fick ett informationsbrev med information om undersökningen och en förfrågan om de var villiga att delta i utvärderingen. Någon tid därefter tog företrädare för socialtjänsten i Arvika kommun telefonkontakt med personerna i urvalsgruppen för att få besked om vilka som var intresserade av att medverka. Först därefter blev de personer som gett sitt samtycke till att medverka uppringda av personal från IKU som bokade sammanträffande och genomförde intervjuer.

7.3. Genomförda intervjuer och bortfall

Av 56 personer i urvalsgruppen har 33 personer intervjuats vilket motsvarar ca 59 % av urvalsgruppen. När det gäller resterande personer i urvalsgruppen så har de av olika skäl bortfallit enligt följande: Två personer visade sig ha avlidit. Nio personer har tackat nej till att bli intervjuade vid den inledande kontakt som togs av socialtjänsten. Tolv personer har av andra skäl inte gått att nå för intervjuer. Det kan ha berott på att de varit i aktivt missbruk, eller att de inte gått att komma i kontakt med trots upprepad sökning på telefon och på uppgiven adress. I några fall har uppgift om adress eller telefon inte varit möjliga att få fram. Vidare har tre personer i denna grupp efter en första kontakt uppgett sig vara positiva till att bli intervjuade, men har därefter inte varit möjliga att nå för att boka tid för intervju.

7.4. Datainsamling

Insamling av data har skett genom personliga intervjuer med personer som varit inskrivna och deltagit i behandling på Lycke vid ett eller flera tillfällen under tiden 2000 – 2004. Intervjuerna, som i genomsnitt varade ca en timme har huvudsakligen skett i den intervjuades hem. Utgångspunkten för intervjuerna har varit ett strukturerat intervjuformulär (se bilaga) som innehållit frågor med både fasta och öppna svarsalternativ. Datainsamlingen har skett under tiden våren 2006 till våren/sommaren 2007 d v s under drygt ett års tid. Detta innebär att intervjuerna skett minst ett drygt år efter avslutad behandling och som mest mer än 5 år efter avslutad behandling. Anledningen till utsträckningen i tid gällande datainsamlingen var att den person som initialt arbetade med utvärderingen slutade sin anställning vid IKU och att det dröjde innan en ny person kunde ta vid för att fullfölja uppdraget. En ytterligare bidragande faktor till utsträckningen i tid var att ett antal

av de personer som ingått i urvalsgruppen av olika orsaker varit svåra att nå (se ovan).

Det datainsamlingsinstrument som låg till grund för intervjuerna upptog följande huvudområden.

- Bakgrund och tidigare förhållanden. Här efterfrågades sedvanliga bakgrundsuppgifter som ålder och skolunderbyggnad, men också sådant som hade med tidigare missbruk och behandling att göra.
- Tiden strax före första behandling på Lycke öppenvårdsenhet. Avsikten var här att teckna situationen som den sett ut under det halvår som föregått första behandlingen på Lycke, när det gällde bostadssituation, familjeförhållanden och relationer till andra, sysselsättning/studier och missbruk. Denna del avslutades med frågor om motivation till förändring av missbruket, samt om varifrån initiativet till behandling på Lycke kommit.
- Behandlingen på Lycke öppenvårdsenhet. Här efterfrågades, ganska detaljerat, den intervjuades syn på olika delar av behandlingen och tiden på Lycke. Avsikten var bl a att få uppgifter om de hur personerna deltagit i de olika delarna i behandlingen, motivationsgrupp, primärgrupp respektive eftervård, under de år som utvärderingen omfattade (2000 - 2004). Frågorna gällde såväl hur den intervjuade deltagit i de olika momenten som hur de värderades. Den intervjuade tillfrågades också om hans/hennes sätt att se på missbruket, kunskapen om missbruk, samt om handlingsbenägenhet i förhållande till missbruket förändrats. I flertalet av dessa frågor kombinerades fasta svarsalternativ med möjligheten att ge kommentarer med egna ord, något som många intervjuade tog vara på. Möjligheten gavs också att i en öppen fråga ytterligare kommentera sådant som varit positivt eller negativt med vistelsen på Lycke, samt ge synpunkter på hur behandlingen skulle kunna göras på ett annat sätt.
- Tiden efter behandling på Lycke öppenvårdsenhet. Under denna avdelning återkom i stort sett samma frågor som tidigare ställts för tiden strax före behandlingen, med avsikt att skapa största möjliga jämförbarhet mellan förhållandena före respektive efter behandling.
- Syn på framtiden. I några avslutande frågor tillfrågades den intervjuade om sin syn på framtiden när det gäller missbruk, arbete/studier, kontakt med familj och närmast anhöriga samt vänner och släktingar. Frågan om vilken form av behandling den intervjuade i första hand skulle önska sig om behov av detta skulle uppstå i framtiden, ställdes också. Samtliga frågor i detta avsnitt gav möjlighet till öppna svar, de intervjuade gav genomgående egna synpunkter.

Utöver uppgifter från de intervjuade har vissa generella statistiska uppgifter hämtats från Socialtjänstens statistik. Dessa framgår fortlöpande i redovisningsavsnittet.

7.5. Bearbetning och analys

Frågor med bundna svarsalternativ kodades och matades in i statistikprogrammet SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Förutom frekvenstabeller som utvisar svarsfrekvenser i absoluta tal och procent, har vissa uppgifter korstabulerats, t ex så att graden av motivation för förändring före behandlingen har ställts i relation till förändringar i synsätt, kunskap och handlingsätt under behandlingstiden. I den följande resultatredovisningen har tabellerna i flertalet fall komprimerats så att vissa variabelvärden har kombinerats (t ex så att 'mycket' och 'ganska mycket' redovisas sammanslaget). De öppna svaren förtecknades i ett första steg under respektive fråga. I redovisningen har materialet från frågor med öppna svar använts för att fördjupa och illustrera resultatet. Där de öppna svaren beskriver olika åsikter återspeglas denna bredd i redovisningen. Där så är lämpligt används citat från svaren som illustrationer.

7.6. Etiska hänsyn

I utvärderingens inledning gjordes en intern etisk prövning. Sedvanlig forskningsetisk hänsyn har tagits, i enlighet med Helsingforsdeklarationens (World Medical Association, 2002) krav. Enligt dessa ska forskning som berör människor uppfylla kraven på att inte skada, att inte utnyttja de människor som forskningen gäller, att tillvarata respekten för personlig integritet och rätten till privatliv. Därutöver kommer kravet på samtycke till att medverka, baserat på en balanserad och fullständig information. Utvärderingen kan inte anses vara till skada för de personer den omfattar, inte heller kan de anses bli utnyttjade. Respekt för personlig integritet och privatliv har tillvaratagits genom det sätt på vilket undersökningen genomförts. Eftersom inga kontakter tagits direkt av utvärderaren utan genom socialtjänsten, vilken de intervjuade tidigare varit i kontakt med, har deras integritet eller rätt till privatliv inte trätts förnär. I denna första kontakt fanns tydliggjorda möjligheter att avböja kontakt med utvärderaren, vilket också nio personer gjorde. I den fortsatta kontakten mellan utvärderaren och intervjupersonen har tystnadsplikt och anonymitet varit givna utgångspunkter. Intervjuerna har skett på tider och platser som den intervjuade föreslagit. Materialet innehåller inga uppgifter om personlig identitet och förvaras dessutom så att det inte kan nås av obehöriga. Redovisningen av materialet sker på ett sådant sätt att ingen enskild kan identifieras.

8. Resultatredovisning

I följande avsnitt redovisas resultat av intervjuer med ett urval av de personer som genomgått behandling vid Lycke under åren 2000 – 2004. Vi inleder med att ge några karakteristika för samtliga som varit i behandling, för att därefter närmare beskriva den grupp som intervjuats. Bortfallet i intervjugruppen har vi redogjort för i metodavsnittet, se ovan. I den fortsatta redovisningen tar vi först upp omständigheter som gäller själva behandlingen – tiden på Lycke och hur den påverkat deltagarna. Därefter redovisar vi förhållanden där tiden före behandling ställs i relation till tiden efter. Här blir studiens uppläggning som en före – efterutvärdering tydlig. Resultatkapitlet avslutas med en redovisning av de intervjuades syn på sin situation i framtiden. Varje delavsnitt avslutas med en kort sammanfattning.

8.1. Om dem som behandlats på Lycke och det urval som intervjuats

Utvärderingen omfattar personer som deltagit i behandling på Lycke under en femårsperiod, från och med år 2000 till och med år 2004. Under denna tid har 145 personer varit aktuella för behandling, vid ett eller flera tillfällen. Den större delen har varit män, 107 personer (74 %) och således 38 kvinnor (26 %). Fyra personer hade avlidit då utvärderingen inleddes, ur den kvarvarande gruppen om 141 personer gjordes ett urval om 56. Av dessa intervjuades 33 (se metodavsnittet för ytterligare uppgifter om bortfallet). Andelen kvinnor var något högre i den intervjuade gruppen, 12 personer (36 %) än bland dem som totalt genomgått behandling, andelen män följaktligen 21 personer (64 %). Åldersmässigt visar både kvinnor och män en ganska stor spridning, 23 - 60 år, respektive 24 - 63 år. De allra flesta, 21 personer (64 %) av de intervjuade har barn. Gruppen saknar till övervägande del högre utbildning, 4 personer (12 %) har minst treårigt gymnasium, medan 29 personer (88 %) har en lägre utbildningsnivå. Ingen av de intervjuade har uppgett sig ha utbildning på universitet/högskola.

8.2. Behandlingen på Lycke öppenvårdsenhet – initiativ och motivation

I detta avsnitt redovisas de intervjuades uppfattning om den behandling som de deltagit i. Frågor som de följande besvaras. Vem tog initiativet till behandlingen? Hur motiverad var man för behandling? I vilken omfattning har man deltagit i behandlingen, och vad anser man att behandlingen har betytt när det gäller missbruket och synen på sitt missbruk. Vilka förändringar i synsätt, kunskap och beteende har skett?

Tabell 1: Vem tog initiativ till behandling? Absoluta tal och procent, n = 33

Jag själv	18	55 %
Familjen	6	18 %
Chefen	2	6 %
Sjukvårdspersonal	1	3 %
Socialtjänsten	6	18 %

När det gäller vem som tog initiativ till behandling så uppger en majoritet 55 % (18 st) av de intervjuade att det var de själva. Därefter kommer familjen och socialtjänsten. Sjukvården har endast i ett fall initierat behandling på Lycke, medan förslaget i två fall kommit från arbetsplatsen (chef eller arbetsledare).

Tjugosju personer (82 %) uppger att de var ganska motiverade, eller mycket motiverade för behandling när den inleddes.

8.3. Behandlingens omfattning och innehåll

Beståndsdelarna i grundbehandlingen har från verksamheten uppgivits vara att man deltar i motivationsgrupp under en så lång tid som det finns behov, därefter i primär behandling (primärgrupp) under 6 veckor samt slutligen att man deltar i eftervård under 52 veckor. Dessutom erbjuds återfallsprogram och speciella dagar dit de anhöriga inbjuds, s k anhörigdagar. Detta är den normala behandlingsstrukturen, men det finns också möjligheter till individuell anpassning och att få enskilda samtal.

Det visar sig med ledning av intervjuerna vara svårt att kunna separera behandlingsprogrammets olika beståndsdelar. Att flera år i efterhand kunna urskilja vilken typ av behandling man deltog i, och när, visade sig problematiskt för de intervjuade. De säkerställda uppgifter som det varit möjligt att få fram avseende tid i behandling är därför det sammanlagda antalet veckor i motivationsgrupp och primärgrupp vilket vi redovisar sammantaget som antal veckor i behandling. Tillförlitliga uppgifter när det gäller antal veckor i eftervård har inte varit möjliga att få fram.

De 33 personer som har intervjuats har tillsammans erhållit behandling under ca 603 veckor på Lycke öppenvårdsenhet. Detta motsvarar drygt elva års behandlingstid vilket ger ett statistiskt medelvärde på drygt 18 behandlingsveckor per person, alternativt ett medianvärde på 16 veckor. Tid i behandling varierar dock avsevärt för enskilda personer, allt från 1 dag upp till 81 veckor vid ett eller flera tillfällen. Tabellen nedan visar antal veckor i behandling och avser den sammanlagda tiden per person vilket innebär att total tid i behandling kan avse

behandling genomförd vid flera tillfällen. Den person som varit i behandling kortare tid än en vecka anges här med 0 antal veckor.

Tabell 2: Antal veckor i behandling totalt, n = 33

Antal veckor	Antal personer
0	1
2	1
3	2
4	2
5	1
6	1
8	3
9	1
10	1
12	1
14	1
15	1
16	2
19	1
20	2
21	2
22	2
25	1
27	1
35	1
37	2
41	1
42	1
81	1

Tabellen visar en stor spridning vad gäller den sammanlagda behandlingstiden, med en viss koncentration kring två 'axlar': 8 personer redovisar en sammanlagd behandlingstid på 3 till 8 veckor, medan 9 personer deltagit i behandling från 16 till 22 veckor. En tolkning skulle kunna vara att den förstnämnda gruppen i stort sett deltagit i primärbehandling (6 veckor enligt grundmodellen) medan den sistnämnda genomfört behandlingsprogrammet fullt ut, d v s först motivationsbehandling ca 10 veckor, därefter primärbehandling. Vi kan dock inte med ledning av materialet avgöra om så är fallet. Den dominerande bilden är att behandlingstiderna varierar stort. En fråga som vi återkommer till är därför i vilken grad behandlingsprogrammets teoretiska struktur motsvarats i praktiken.

Behandlingstillfällena och behandlingstider

Tabell 2 ovan ger besked om den sammanlagda behandlingstiden, men inte hur den kan uppdelas i separata 'behandlingsepisoder' eller hur långa dessa varit.

Tabell 3 Antal behandlingstillfällen på Lycke per person. Absoluta tal och procent, n = 33

Antal behandlingstillfällen	Antal personer	
1	13	40 %
2	11	33 %
3	5	15 %
4	1	3 %
5	3	9 %

Tabell 4: Antal veckor per behandlingstillfälle. Absoluta tal och procent, n = 33

Antal veckor	Antal behandlingstillfällen	
1 (eller kortare)	3	4 %
2 - 5	25	36 %
6 - 10	19	28 %
11 - 15	8	12 %
16 - 20	4	6 %
21 (eller längre)	7	10 %

Av samtliga intervjuade personer (33) har 13 (40 %) varit på Lycke vid ett tillfälle och nästan lika många, 11 (33 %) personer, vid två tillfällen. De resterande 9 personerna har genomgått behandling vid 3 - 5 tillfällen under åren 2000 - 2004, och då under olika lång tid vid varje tillfälle. Det kan konstateras att en eller två behandlingsepisoder är det normala, medan, som framgår ovan, behandlingstiden kan variera. En reflektion i sammanhanget är huruvida upprepade behandlingar skall betraktas som återfallsbehandling eller ny grundbehandling. Intervjuerna ger inte svar på detta.

Sammantaget har de intervjuade personerna genomgått 66 behandlingstillfällen under de aktuella åren. Det är absolut vanligast att behandlingstiden per tillfälle ligger inom intervallet 2 - 10 veckor. Att så många som 28 behandlingstillfällen (40 % av samtliga) omfattar högst 5 veckor (d v s inte innefattar en fullständig primärbehandling), får tolkas som att många avbryter behandlingen i förtid. Det kan också tolkas som att den 'teoretiskt' angivna tidsstrukturen i behandlingen inte följs i praktiken, frihetsgraderna är större än som anges.

8.4. Tidigare behandlingserfarenhet

En faktor som kan förväntas påverka synen på behandling på Lycke är tidigare erfarenheter av behandling. Den redovisas här i form av det antal gånger man varit i behandling före första behandlingen på Lycke.

Tabell 5: Antal behandlingar innan Lycke. Absoluta tal och procent, n= 33

Antal behandlingstillfällen	Antal personer
0	18 55 %
1	9 27 %
2	2 6 %
3	3 9 %
4	1 3 %

För en majoritet av de intervjuade var vistelsen på Lycke deras första behandlingstillfälle. Knappt hälften, 15 av de intervjuade har tidigare genomgått annan behandling vid ett eller flera tillfällen innan de kom till Lycke. Vanligast är då att man varit i behandling vid ett tillfälle. Vid 6 av dessa tillfällen fungerade Lycke enligt socialtjänstens statistik som en utslusningsbehandling direkt efter genomförd institutionsbehandling enligt 12-stegsmodellen. Det kan alltså konstateras att de allra flesta har en ganska begränsad tidigare erfarenhet av missbruksbehandling.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att den bild av behandlingstider och behandlingstillfällen som intervjuerna ger är ganska varierad och inte i överensstämmelse med de uppgifter som lämnats av verksamheten avseende vad som normalt erbjuds de som söker hjälp för sina missbruksproblem på Lycke. Primärgruppsbehandling och eftervård ska i teorin pågå 6 veckor respektive 52 veckor. Vilket då kan sägas utgöra "normalbehandling".

Då det saknas statistik som utvisar specifikt antal veckor i primärgrupp så blir denna bedömning naturligtvis något osäker, men man kan dock konstatera att endast 3 % (2) av behandlingstillfällena omfattar 6 veckor medan 42 % (28) av antalet behandlingstillfällen understiger behandlingstiden 6 veckor och 55 % (36) överstiger 6 veckor. Även om man räknar med att de behandlingar där antal veckor i behandling överstiger 6 veckor även kan ha innefattat ett antal veckor i motivationsgrupp, så ger materialet ändå en klar indikation på att en "normalbehandling" snarare har varit undantag än regel. Positivt kan detta tolkas som att man går ifrån modellen för normalbehandling, till förmån för en mera individ- och situationsanpassad uppläggning.

8.5. Brukarnas åsikter om behandlingen innehåll

Som framgår ovan har det inte varit möjligt att utifrån intervjuerna tidsmässigt skilja mellan behandlingens olika delar. De intervjuade har däremot gett sin syn på olika konkreta inslag i behandlingen, i motivationsgrupp och primärgrupp. För dem som varit i behandling flera gånger avser svaren en samlad bedömning av samtliga behandlingsperioder på Lycke. Deltagande i motivationsgrupp har skett efter behov medan deltagande i primärgruppen varit en obligatorisk del av behandlingen.

Motivationsgrupp

De beståndsdelar i motivationsgruppen som deltagarna fått värdera är: gruppsamtal, enskilda samtal, föreläsning/filmvisning, etc. samt akupunktur. Mellan 13 och 17 personer i den intervjuade gruppen (39 - 52 %) har svarat på frågor som avser motivationsgruppen. Ytterligare 2 intervjuade har uppgivit att de deltagit i motivationsgruppen. En av dessa personer var dock bara närvarande vid ett tillfälle och den andra uppger sig ha varit med, men kan inte komma ihåg tillräckligt för att kunna svara på frågorna.

Tabell 6: Uppfattning om gruppsamtal i motivationsgruppen Absoluta tal och procent, n = 16

Mycket eller ganska bra	8	50 %
Varken bra eller dåligt	1	6 %
Ganska eller mycket dåligt	7	44 %

Tabell 7: Uppfattning om enskilda samtal i motivationsgrupp. Absoluta tal och procent, n = 14

Mycket eller ganska bra	8	57 %
Varken bra eller dåligt	4	29 %
Ganska eller mycket dåligt	2	14 %

Tabell 8: Uppfattning om föreläsning/film i motivationsgrupp. Absoluta tal och procent, n = 17

Mycket eller ganska bra	12	71 %
Varken bra eller dåligt	3	18 %
Ganska eller mycket dåligt	2	12 %

Tabell 9: Uppfattning om akupunktur i motivationsgrupp. Absoluta tal och procent
n = 13

Mycket eller ganska bra	8	62 %
Varken bra eller dåligt	3	23 %
Ganska eller mycket dåligt	2	15 %

De delar i motivationsgruppens arbete som värderats högst av de svarande är föreläsning/filmvisning, som av 12 personer (71 %) värderats vara ganska eller mycket bra. Detta följs av akupunktur som upplevts som mycket eller ganska bra av 8 intervjuade (62 %). Samtal, såväl enskilt som i grupp, anses av drygt hälften av de intervjuade ha varit mycket eller ganska bra.

Sammanfattningsvis om motivationsbehandlingen

Då deltagande i motivationsgrupp har skett efter behov samtidigt som endast ca hälften av de intervjuade deltagit/svarat på frågor om behandlingsinnehållet i denna grupp bygger resultatet från motivationsgruppen på ett litet underlag och får också värderas utifrån detta. Det som för personerna i denna grupp uppskattats mest är föreläsning/film. Anledningen till att de som svarat värderat gruppsamtal och enskilda samtal lägre i förhållande till detta kan sannolikt delvis spåras i det öppna svarsalternativet. Där lämnades ett flertal kommentarer som nyanserar bilden av samtalen i motivationsgruppen, genom utsagor som "Det som sas i gruppen stannade inte i gruppen", "Det är inte bra att man kommer dit och är påverkad" och "Det passade inte mig överhuvudtaget."

Primärgrupp

Behandling i primärgrupp är själva kärnan i arbetet vid Lycke och strängt taget den del som gäller alla. Deltagarnas syn på primärgruppens arbete är därför av särskilt stort intresse om man ska kunna bedöma behandlingen vid Lycke i sin helhet. De beståndsdelar som ingått i primärgruppen och som värderats av de intervjuade är: gruppgemenskap, grupparbete, individuellt arbete, studiematerial och föreläsning/film. Det finns ett internt bortfall i svaren, frågor om hur man bedömt de olika delarna har besvarats av 21 till 28 personer.

Tabell 10: Uppfattning om gruppgemenskap i primärgruppen. Absoluta tal och procent, n = 28

Mycket eller ganska bra	26	93 %
Varken bra eller dålig	2	7 %
Ganska eller mycket dåligt	0	0 %

Tabell 11: Uppfattning om grupparbete i primärgruppen. Absoluta tal och procent, n = 21

Mycket eller ganska bra	13	62 %
Varken bra eller dåligt	7	33 %
Ganska eller mycket dålig	1	5 %

När det gäller uppfattning om individuellt arbete i primärgruppsbehandlingen ansåg alla intervjuade att detta varit mycket eller ganska bra. Tjugosex personer svarade på denna fråga.

Tabell 12: Uppfattning om studiematerialet i primärgruppen. Absoluta tal och procent, n = 26

Mycket eller ganska bra	20	80 %
Varken bra eller dåligt	4	16 %
Ganska dåligt	1	4 %

Tabell 13: Uppfattning om föreläsning/film i primärgruppen. Absoluta tal och procent. n = 28

Mycket eller ganska bra	24	86 %
Varken bra eller dåligt	3	10 %
Ganska eller mycket dåligt	1	4 %

Det individuella arbetet i primärgruppen skattas högst av deltagarna, alla (26) intervjuade anser att det vara bra eller mycket bra. Gruppgemenskapen får ett nästan lika positivt omdöme, 26 personer (93 % av de svarande) har uppgett att den varit mycket eller ganska bra. När det gäller övriga beståndsdelar i primärbehandlingen har det studiematerial man använt sig av, liksom filmvisning och föreläsningar, fått genomgående goda omdömen – 80 % eller mer anser att de varit bra eller mycket bra. Man är något mera kallsinnig till värdet av grupparbete i primärgruppsbehandlingen, även om nära två tredjedelar av de intervjuade anser att den varit bra eller mycket bra. Den resterande tredjedelen anser att grupparbetet varit varken bra eller dåligt.

Sammanfattningsvis om primärbehandlingen

De olika delarna i primärbehandlingen skattas genomgående högt av deltagarna, 86 – 100 % anser att respektive inslag varit bra eller mycket bra. Särskilt gäller det den del av behandlingen som sker i form av individuella samtal, där samtliga anser att den varit bra eller mycket bra. Grupparbete/gruppsamtal är det inslag som fått minst positiva omdömen, även om två tredjedelar ser också detta som bra eller mycket bra. I jämförelse med behandling i motivationsgrupp är deltagarna betydligt mera

positiva. Där varierar andelen som anser de olika delarna vara bra eller mycket bra från 50 till 71 %.

När det gäller öppna svarsalternativ som berör Primärgruppens arbete så redovisas svaren nedan under rubriken personlig utveckling, vilket berör de förändringar i olika avseende som de svarande upplevde under behandlingen.

8.6. Personlig utveckling

Detta avsnitt tar upp frågan huruvida det skedde någon förändring i synsätt, kunskap och handlingssätt i relation till missbruket under behandlingen, Likaså om man ansåg att det skett någon förändring över tid avseende behandlingen, något man tyckte kunde göras på annat sätt eller övriga synpunkter på behandlingen. Avsnittet redovisar både fasta svarsalternativ och svar på öppna frågor.

Synsätt på det egna missbruket

Det sätt på vilket man betraktar sitt eget missbruk, vilken kunskap man har och hur stor beredskap man har för förändrat handlande är av stor betydelse för möjligheten till en förändring, visar behandlingsforskningen. Kunskap om sådana "inre", attitydmässigt grundade förändringar kan därför vara väl så viktiga att redovisa och vi väljer att ge en tämligen ingående redovisning av de intervjuades synpunkter i dessa avseenden.

Tabell 14: Förändring av synsättet på eget missbruk under behandlingen. Absoluta tal och procent, n = 32.

Nej, ingen förändring	3	9 %
Ja, en mindre förändring	3	9 %
Ja, ganska eller mycket stor förändring	26	82 %

På frågan om synsättet på det egna missbruket förändrades under behandlingen uppgav 82 % av de svarande (26 st) att upplevde en mycket eller ganska stor förändring. Ytterligare 9 % uppgav att de upplevde en mindre förändring vilket sålunda gör att drygt 90 % av de intervjuade uppgav att det skett en förändring av synsättet på det egna missbruket under behandlingen. De allra flesta intervjuade, 28 personer, har också i egna kommentarer beskrivit sitt förändrade synsätt under behandlingen. Det framgår av i stort sett samtliga svar att man har börjat reflektera över och fått en ökad insikt om sitt missbruk. Svar som: "Förut förstod jag inte att alkoholen var problemet utan skyllde på allt annat", "Jag började göra något åt livet, jag förstod att det fanns fler problem än bara droger", "Förstått att jag inte bara är

högkonsument, utan jag har insett att jag är beroende”, visar att förändringen i synsättet i många fall varit ganska genomgripande.

Kunskap om det egna missbruket

Tabell 15: Förändring av kunskapen om det egna missbruket. Absoluta tal och procent, n = 32

Nej, ingen förändring	9	28 %
Ja, en mindre förändring	6	19 %
Ja, ganska eller mycket stor förändring	17	53 %

När det gäller frågan om kunskapen om missbruk förändrades under behandlingen så uppger 17 st eller (53 %) av de svarande att deras kunskap om missbruket förändrades i mycket stor eller ganska stor utsträckning under behandlingen. Ytterligare 6 personer (19 %) rapporterar en mindre förändring av sin kunskap. Tjugo personer kommenterade med egna ord hur deras kunskap om missbruket förändrats. De allra flesta av dessa kommentarer handlar om hur kunskapen ökat om hur missbruket påverkar kroppen och orsakar allvarliga skador. Synen på missbruk som en sjukdom och dess utvecklingsförlopp återspeglas också. Kommentarer som ”Jag vet idag vad droger gör för skador i kroppen”, ”Alltid vetat men inte erkänt för mig själv” och ”Mer kunskap om att det var en sjukdom och hur man skulle gå tillväga och hur jag skulle ta hand om sjukdomen” är representativa exempel.

Handlingssätt i relation till missbruket

För majoriteten innebar behandlingen på Lycke en stor förändring av inställningen till missbruk. Drygt hälften har också fått en klart bättre kunskap om missbruket. I vilken utsträckning har dessa nya insikter avsatt spår i form av ett förändrat handlingssätt?

Tabell 16: Förändring av handlingssättet i relation till missbruket. Absoluta tal och procent, n = 32

Nej, ingen förändring	8	25 %
Ja, en mindre förändring	5	16 %
Ja, ganska eller mycket stor förändring	19	59 %

Nitton personer (59 %) anser att det har skett en mycket stor eller ganska stor förändring av deras handlingssätt i relation till missbruket under behandlingen. De öppna svaren, där 24 personer gett synpunkter, ger uttryck för att insikten om alkoholens/drogens skadliga effekt gör att man också i handling kan säga nej till fortsatt missbruk. En handling som i sin tur bidrog till att självkänslan blev bättre.

”Förstod att jag inte kunde dricka alls”, ”Jag visste att om jag höll upp skulle jag inte dö” ”Jag fick bättre självkänsla, jag kunde vara utan alkohol.” En person åberopar Minnesotabehandlingens kända 24-timmarsregel⁴ i formuleringen ”En dag i taget”.

Svaren på frågorna om förändringar i synsätt på missbruk, på kunskap om missbruk samt handlingssätt i relation till missbruk har jämförts i relation till kön. Inga tydliga skillnader framkommer – möjligen kan det finnas en tendens till att kvinnor uppger sig ha förändrat sitt handlingssätt i relation till missbruket i större grad än män.

På motsvarande sätt har svaren på frågor om förändringar i synsätt på missbruk, kunskap om missbruk samt handlingssätt i relation till missbruk ställts i relation till frågan om motivation då behandlingen inleddes. Det visar sig finnas ett starkt samband mellan graden av motivation och förändring av synsättet på det egna missbruket – ju högre motivation desto större förändring av synsättet. Ett samband i samma riktning – om än något svagare – kan noteras när det gäller förändring av handlingssättet i relation till missbruket; också här tenderar de högt motiverade att ange en större förändring. Kunskap om missbruk samvarierar däremot inte med graden av motivation då behandlingen inleddes.

8.7. Övriga synpunkter på behandlingen vid Lycke, dess eventuella förändring över tid och förslag till utveckling av behandlingsinnehållet

Respondenterna fick också möjligheter att ge mera generella synpunkter på verksamheten vid Lycke, i tre olika frågeställningar. Den första återknöt till frågorna om den behandling man deltagit i och faktorer som man ville kommentera, positivt eller negativt. De allra flesta, 28 intervjuade, gav synpunkter på behandlingen, såväl positiva som mer negativa.

Bland de öppna svaren urskiljer sig ett flertal positiva bedömningar av den drogterapeut som under den period utvärderingen omfattar ledde arbetet på Lycke, som t ex ”Bara att Kenneth är superbra!” Några påpekar vikten av att terapeuten själv har erfarenhet av missbruk. Det är också flera som uppmärksammar den kamratskap och gemenskap de upplevt under behandlingen. Negativa synpunkter finns också, generella och mer specifika. Flera uppger att samtalen i grupperna inte alltid byggde på helt sanningsenliga uppgifter, som ”Många satt och ljög på Lycke för de gick till bolaget direkt efteråt”, ”Jag vet att det fanns de som rökte hasch på raster.” En mera specifik kritisk synpunkt gäller att yngre och äldre missbrukare inte bör blandas i samma grupp, utan bilda två separata grupper. Den motiveras dock utifrån motsatta åsikter, i ena fallet att ”yngre som kommer till Lycke dras med i ett större missbruk av de äldre”, i det andra ”inte bra att blanda så unga människor som inte är motiverade med äldre missbrukare som vill.” Gruppverksamheterna får

⁴ En aforism som lyder ungefär på följande sätt: Hur mitt liv kommer att se ut i framtiden vet jag inte, men under de närmaste 24 timmarna ska jag inte använda alkohol/droger.

skiftande men övervägande positiva bedömningar. Kanske avspeglas något av den ambivalens som kan spåras inför gruppverksamheten i följande kommentar: "Inget bra att redovisa inför gruppen, ville inte berätta mitt livs historia men intressant att höra andras." Sammantaget ger de olika svaren en bild av Lycke där det positiva överväger, som i kommentaren "Jag tyckte att jag hade fått med mig så mycket".

En relativt stor andel av de intervjuade hade, som framgått, genomgått behandling vid mer än ett tillfälle. Har de då noterat någon förändring i behandlingsinnehållet mellan dessa tillfällen, och – i så fall – på vilket sätt? Här svarade 11 personer (47 % av de svarande) att de tyckte att behandlingen på Lycke förändrats över tid. För de som angett att en förändring skett gavs möjligheten att utveckla vari förändringen bestått, där 10 personer svarat med egna ord. Genomgående anser man att det skett en förändring till det bättre främst tack vare byte av terapeut – "Jag tror att Lycke blev bättre när Kenneth tog över för det blev disciplin". Det har också blivit ett tydligare behandlingsinnehåll och en bättre struktur på behandlingen – "Blivit mer klara linjer, de som jobbar är också mer motiverade än tidigare personal."

De intervjuade tillfrågades också om synpunkter på sådant som skulle kunna göras på ett annat och bättre sätt. Här finns något färre svar, 12 st. En del synpunkter som redovisats tidigare återkommer. Bl a efterfrågas längre dagar, ett mer sammanhållet behandlingsinnehåll, liksom fysisk träning. Flera är också uttalat positiva, ett svar i den riktningen är mera utförligt: "Tycker att det koncept som finns är bra. Lycke kan vara bra att gå på om man har mer ordnat runt sig. Har man raserat allt kan det vara bra att komplettera Lycke med annan behandling."

8.8. Har missbruket förändrats?

I det här avsnittet redovisas utvärderingens resultat vad gäller de intervjuades missbruk. Hur lång tid som man har missbrukat, i vilken omfattning och vilka droger man har använt. Omfattning och form av missbruk före i relation till efter behandlingstiden på Lycke redovisas utförlig. En framgångsrik behandling innebär att missbruket har minskat eller upphört. Även andra förändringar i missbruksmönstret kan vara viktiga att identifiera. Redovisningen av missbruket och dess förändring bör i en samlad bedömning ställas i relation till andra delar av den empiriska redovisningen.

Missbruksbakgrund

Det kan inledningsvis konstateras att de personer som ingått i undersökningen har en mycket stor spridning vad gäller missbrukets längd. Den varierar från 2 till 40 år. De intervjuade fördelar sig ganska jämnt över detta intervall, med en viss

koncentration av tidsperioden för missbruket från 4 till 20 år. Drygt 80 % av de intervjuade uppger att missbruket varat från 2 till 20 år.

Alkohol är den mest använda drogen för 42 % (14 personer) av de intervjuade. Det är också en stor grupp, 30 %, som betraktar sig som blandmissbrukare. Narkotika anges av 27 % som främsta drog, medan ingen av de svarande anger läkemedel.

Missbruk av alkohol före och efter behandling

Hur såg missbruksmönstret ut före behandlingstiden på Lycke, när det gäller alkohol? Och hur ser detta ut efter behandlingen?

Tabell 17: Omfattning av alkoholmissbruk före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling n = 22, efter behandling n = 30.⁵

Missbruk	Före behandling		Efter behandling	
I stort sett varje dag	11	50 %	1	3 %
Några gånger i veckan	5	23 %	2	7 %
Några gånger i månaden	2	9 %	6	20 %
Några gånger per år	3	14 %	4	13 %
En gång per år/mera sällan	0	0 %	2	7 %
Aldrig	1	5 %	15	50 %

Elva personer, hälften av de 22 som svarat på denna fråga, uppgav att de före behandlingen drack i stort sett varje dag. Tillsammans med de 5 personer som använde alkohol några gånger per vecka utgör den grupp som kan anses ha missbrukat intensivt före behandlingen nära tre fjärdedelar av de svarande. Missbruket efter behandling visar en stark minskning. Endast en intervjuad uppger sig dricka i stort sett dagligen. Om de två personer som dricker några gånger i veckan inkluderas, uppgår gruppen till 10 % av de svarande, att jämföra med 73 % före behandling. Några har övergått till att dricka mera sällan, en grupp som ökat från 23 % till 40 %. Den stora ökningen för tiden efter behandlingen finns i den grupp som uppger sig aldrig använda alkohol, en grupp som gått från 5 % till 50 % av de svarande. När det gäller alkohol ger resultatet således ett starkt belägg för en dramatisk nedgång i missbruket efter behandling på Lycke. I nedanstående tabell tydliggörs ytterlighetsgrupperna före och efter behandling.

⁵ Anledningen till att till att absoluta tal, n före och efter behandling inte stämmer överens är att kryssrutan för alternativet 'aldrig' är ofullständigt ifyllt. Ofullständigheten kan bero på förbiseende, men kan också vara orsakat av att den intervjuade uppfattat frågan som irrelevant, dvs alkohol har inte varit någon drog som missbrukats.

Tabell 18: Intensivt missbruk av alkohol respektive ingen alkoholkonsumtion före och efter behandling på Lycke, i %. Före behandling n = 17, efter behandling n = 18.

	Före behandling	Efter behandling
Intensivt missbruk	73 %	10 %
Aldrig alkohol	5 %	50 %

Med den reservation som ligger i att grupperna av svarande är relativt små visar resultaten en tydlig och stark minskning av alkoholmissbruket efter behandling på Lycke.

Missbruk av narkotika före och efter behandling

En stor grupp svarande angav att de använt narkotika dagligen eller flera gånger i veckan innan behandlingen på Lycke. Siffrorna kan jämföras med motsvarande svar för tiden efter behandling.

Tabell 19: Omfattning av narkotikamissbruk före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling = 20, efter behandling n = 18.

Missbruk	Före behandling		Efter behandling	
I stort sett varje dag	13	65 %	1	6 %
Några gånger i veckan	3	15 %	1	6 %
Några gånger i månaden	2	10 %	6	20 %
Några gånger per år	1	5 %	0	0 %
En gång per år/mera sällan	0	0 %	0	0 %
Aldrig	1	5 %	16	89 %

Liksom beträffande alkohol framgår en tydlig förändring av missbruksmönstret när det gäller narkotika då tiden närmast före behandling jämförs med perioden efter behandling och fram till tidpunkten för intervju. Den grupp som dagligen eller flera gånger i veckan använde narkotika uppgick före behandlingen till 16 personer (80 % av de svarande) medan motsvarande grupp efter behandlingen endast bestod av 2 personer (12 % av de svarande). Gruppen som aldrig använder narkotika har ökat från 1 person (5 %) till 16 personer (89 %)

Relationerna åskådliggörs i följande tabell.

Tabell 20: Intensivt missbruk av narkotika respektive inget narkotikabruk före och efter behandling på Lycke, i %. Före behandling n = 17, efter behandling n = 18.

	Före behandling	Efter behandling
Intensivt missbruk	80 %	12 %
Aldrig narkotika	5 %	89 %

Skillnaderna i missbruk före och efter behandling är således ännu större när det gäller narkotika än alkohol. Liksom i övrigt gäller att procentangivelserna måste tolkas med försiktighet, med tanke på att underlaget består av så få personer..

Missbruk av läkemedel före och efter behandling

Det är en betydligt mindre andel av de intervjuade som missbrukar läkemedel än alkohol och/eller narkotika, men gruppen är ändå tillräckligt omfattande för att vara av intresse i denna utvärdering. Omfattning av läkemedelsmissbruk och förändring från tiden före till perioden efter behandling illustreras i följande tabell.

Tabell 21: Omfattning av läkemedelsmissbruk före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling n = 11, efter behandling n = 16.

Missbruk	Före behandling		Efter behandling	
I stort sett varje dag	7	64 %	3	19 %
Några gånger i veckan	2	18 %	0	0 %
Några gånger i månaden	1	9 %	0	0 %
Några gånger per år	1	9 %	0	0 %
En gång per år/mera sällan	0	0 %	0	0 %
Aldrig	0	0 %	13	81 %

Tre personer efter behandling – att jämföra med 9 personer före behandling – missbrukar läkemedel dagligen eller flera gånger i veckan. Tretton personer uppger sig efter behandlingstiden på Lycke inte överhuvudtaget använda läkemedel som missbrukspreparat. Bilden stämmer väl med de resultat som gäller alkohol och narkotika, missbruket uppvisar en stark nedgång efter behandling, snarast mer tydlig när det gäller läkemedel.

Återfall i missbruk eller fortsatt drogfrihet?

Av 33 intervjuade personer uppger drygt hälften – 18 personer - att de återfallit i missbruk efter behandlingen på Lycke. Det är dock en stor spridning vad gäller tidsperioden mellan avslutad behandling och återfall. För 3 personer skedde

återfallet omgående efter avslutad behandling. Följande tabell sammanfattar hur lång tid som förflutit mellan behandling och återfall.

Tabell 22: Tidsrymd mellan behandling och återfall i missbruk. n = 33.

Tidsrymd till återfall	Antal personer	%
0 – 26 veckor	10	30 %
26 – 52 veckor	5	15 %
53 – 117 veckor	3	9 %
Ej återfallit/ej svar	15	46 %

Tabellen visar att återfallen tenderar inträffa relativt snabbt efter behandlingstiden. För den som klarar att hålla sig nykter/drogfri minst ett halvår förefaller risken för återfall att minska avsevärt. Hur ser då bilden ut om vi vänder på perspektivet och ser på längden av den drogfria period som föregick intervjun?⁶

Tabell 23: Längden av den drogfria perioden vid tiden för intervju. n = 26

Antal drogfria veckor	Antal personer	%
0 - 26 veckor	13	50 %
27 – 52 veckor	4	15 %
53 – 104 veckor	4	15 %
105 veckor eller längre	5	19 %

Av de 26 personer som besvarat denna fråga har hälften (13 personer) varit drogfria minst ett halvår, medan 9 personer visar minst ett års drogfrihet. Lika många uppger sig ha haft ett återfall inom den månad som föregick intervjun.

Sammanfattningsvis ger de intervjuades svar en tydlig bild av en stark minskning av missbrukets omfattning efter behandlingstiden på Lycke, ställt i relation till hur det var strax innan behandlingen inleddes. Detta gäller såväl alkohol som narkotika och läkemedel. En stor del av de svarande har haft ett eller flera återfall efter behandlingstiden, medan andra klarat sig. Perioden mellan behandling och återfall var för många relativt lång, men den grupp som återfaller i missbruk tenderar att göra detta relativt snart efter behandling. Vid tiden för intervjun hade hälften av de svarande en drogfri period på mer än ett halvår, hälften hade haft återfall inom ett halvår före intervjun.

⁶ Eftersom intervjuerna gjordes under en längre tidsperiod säger dessa uppgifter inte så mycket om drogfrihet under en viss given tidsperiod, till exempel under år 2006. Uppgifterna gäller den drogfria periodens längd vid tiden för intervjun.

8.9. Har den sociala situationen förändrats?

Familjesituation och socialt nätverk

Att på eget initiativ eller medgivande delta i behandlingsverksamhet innebär rimligen att man önskar minska eller avsluta sitt missbruk. Detta är också behandlingens primära mål. Att för längre tid befinna sig i missbruk innebär också att andra delar av tillvaron påverkas negativt. Faktorer i den sociala situationen sviktar – det kan vara yttre och materiella förhållanden som berör arbete och bostad, men också immateriella 'tillgångar' som familjeförhållanden eller kontakt med släkt och vänner. I undersökningen ställdes frågor om dessa förhållanden, dels om hur det såg ut före första behandlingstillfället på Lycke⁷, dels hur det var efter behandlingen. Svaren redovisas här områdesvis, med början i familjesituation och kontakt med nära vänner.

Tabell 24: Familjesituation före respektive efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling n = 33, efter behandling n = 32.

	Före behandling		Efter behandling	
Gift eller samboende	7	21 %	7	23 %
Skild	7	21 %	6	19 %
Ensamstående	16	49 %	15	48 %
Särbo	3	9 %	3	10 %

Den intervjuade gruppen består till hälften av ensamstående personer (d v s ogifta ensamboende). Ytterligare ca 20 % är skilda, vilket innebär att 7 av 10 bor själva. Familjesituationen har inte förändrats nämnvärt efter behandlingen i relation till före behandlingen.

Hur ser då det sociala nätverket - utöver familjesituation - ut, till form och innehåll? Hur många nära vänner har man och hur frekvent är kontakten med dem?

Tabell 25: Antal nära vänner före respektive efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. n före behandling = 33, n efter behandling = 32.

	Före behandling		Efter behandling	
Ingen	10	30 %	0	0 %
Några få (1 - 5)	17	52 %	19	59 %
Många (fler än 5)	6	18 %	13	41 %

Det sociala nätverket förefaller ha förstärkts avsevärt under perioden före och efter behandling på Lycke. Speciellt påtaglig är att ingen efter behandlingen uppger sig helt sakna nära vänner. Den grupp som har mer än 5 nära vänner är fördubblad

⁷ Frågan preciserades till att avse perioden inom 6 månader före första behandlingstillfället på Lycke.

efter behandling i jämförelse med tiden före. En fråga som undersökningen inte ger svar på är huruvida nätverket har utökats genom kontakter med andra i behandling på Lycke, eller om andra faktorer – t ex en förbättrad missbrukssituation – har inneburit att man kunnat knyta nya kontakter, eller återuppta tidigare vänrelationer.

Omfattningen av det sociala nätverket - antalet nära vänner - är en sak. En annan är den kvalitativa – hur ofta träffar man sina vänner och hur man bedömer relationen vara.

Tabell 26: Kontakter med vänner före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling n = 27, efter behandling n = 32.

	Före behandling		Efter behandling	
Dagligen eller flera gånger i veckan	12	44 %	25	78 %
Flera ggr i månaden	4	15 %	4	13 %
Sällan eller aldrig	11	41 %	3	9 %

Av tabellen framgår att kontaktfrekvensen med vänner⁸ har ökat markant. Det är endast 3 personer efter behandling, mot elva före, som anger att de sällan eller aldrig har kontakt med vänner. (För tiden före behandling var det 3 personer som uppgav att de aldrig träffade några vänner.) Antalet personer som dagligen eller flera gånger i veckan träffar någon vän har mer än fördubblats. (För tiden före behandling var det 2 personer som dagligen träffade någon vän, efter behandling har den siffran ökat till 7. Dock är att märka att fler personer gett uppgifter om situationen efter behandling än före.) Sammantaget visar svaren ett betydligt mera aktivt socialt nätverk för en stor del av de svarande efter behandling jämfört med före. Hur är det då med kvaliteten på dessa vänskapsrelationer, enligt de intervjuades bedömning? Förändras relationen till vännerna under tiden på Lycke?

Tabell 27: Relation till vänner före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling n = 26, efter behandling n = 32.

	Före behandling		Efter behandling	
Mycket eller ganska god	17	65 %	30	94 %
Varken god eller dålig	4	15 %	1	3 %
Ganska eller mycket dålig	5	19 %	1	3 %

Liksom omfattningen av de sociala kontakterna har ökat har också bedömningen att deras kvalitet blivit bättre efter behandlingstiden. En relativt stor grupp – två tredjedelar av de svarande – ansåg sig redan före behandlingen ha en god eller mycket god relation till sina vänner. För tiden efter behandling har denna andel

⁸ Här har frågan avsett 'vänner' och inte preciserats till 'nära vänner' som i tabell 25.

ökat till mer än 9 av 10, endast två personer ser relationen till vänner som neutral eller dålig. (Före behandling ansåg 4 personer att relationen till vänner var mycket dålig. Ingen av de svarande anser detta efter behandling.)

De frågor som berör vänrelationer visar sammantaget en tydlig förstärkning av de intervjuades 'sociala kapital', i form av ett mera omfattande socialt nätverk, fler kontakter inom nätverket och en förbättrad relation till vänner.

Kontakter med släktingar visar ett likartat mönster, som framgår av följande tabell..

Tabell 28: Kontakt med släktingar före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling n = 33, efter behandling n = 33.

	Före behandling		Efter behandling	
Dagligen eller flera gånger i veckan	8	24 %	20	63 %
Flera gånger i månaden	4	12 %	5	16 %
Sällan eller aldrig	21	64 %	7	22 %

Antalet kontakter med släktingar har ökat påtagligt för tiden efter behandling i jämförelse med tiden före. En lika stor andel som före behandlingen sällan eller aldrig hade kontakt med släktingar – två tredjedelar av de svarande – har efter behandlingen släktkontakter dagligen eller flera gånger i veckan. En lika stor andel som före tiden på Lycke ofta hade kontakter med släktingar – en femtedel - har det efter behandlingen sällan eller aldrig. Den andel som i antalet släktkontakter ligger däremellan är i stort sett oförändrad.

Kontakten med släktingar har alltså ökat. Kan samma förändring spåras vad gäller kvaliteten på dessa kontakter, d v s har relationerna till släkten förbättrats? Före behandlingen var det en lika stor andel av de svarande (39 %) som ansåg att kontakten var god eller mycket god som de som ansåg den vara ganska dålig eller mycket dålig. En mellankategori utgörs av de 21 % som såg relationen som varken god eller dålig. Efter behandlingstiden ansåg 72 % att relationen till släktingar var mycket god eller god, medan 13 % bedömde den vara ganska eller mycket dålig. En något mindre andel, 16 %, bedömde relation som varken god eller dålig. Andelen svarande som anser sig ha en god eller mycket god relation till släktingar har alltså ökat med 33 procentenheter, medan andelen som anser relationen vara ganska eller mycket dålig har minskat med 26 procentenheter. Det finns således fog för påståendet att också kvaliteten på relationerna till släktingar har blivit betydligt bättre generellt sett.

Arbete och studier

Deltagarna i behandlingen på Lycke kommer från en bred socioekonomisk grupp. En viktig socioekonomisk bestämningssfaktor är huruvida man har arbete, studerar, är arbetslös eller pensionerad. Förutom den viktiga sociala arena som arbets- eller studieplatsen utgör, anger den för flertalet också sättet att försörja sig. De intervjuades arbets- och försörjningssituation före respektive efter behandlingen på Lycke framgår av följande tabell.

Tabell 29: Sysselsättningssituation före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling n = 33, efter behandling n = 32.

	Före behandling		Efter behandling	
Arbete	16	49 %	17	53 %
Studier	4	12 %	5	16 %
Annan sysselsättning	2	6 %	0	0 %
Arbetslös	6	18 %	5	16 %
Pensionär	3	9 %	3	9 %
Sjukskriven	2	6 %	2	6 %

Här har inga påtagliga förändringar skett. Sysselsättnings- och försörjningssituationen är väsentligen oförändrad vid en jämförelse före och efter behandling. Ytterligare en person är i arbete samt en i studier. Kategorin annan sysselsättning finns inte representerad efter behandlingen. Behandlingen på Lycke har inte i någon större omfattning inneburit att man kommit i arbete eller studier. Å andra sidan är en påfallande stor del av de intervjuade redan före behandlingstiden i arbete eller studier – två tredjedelar av gruppen.

Den plats där man har sitt arbete eller studerar är en social arena, som kan erbjuda möjligheter till sociala kontakter. Har dessa kontakter förändrats till omfattning och kvalitet för tiden efter behandling i relation till före?

Tabell 30: Antal arbets-/studiekamrater före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal. Före behandling n = 33, efter behandling n = 23, samtliga svarsalternativ ej redovisade.

	Före behandling	Efter behandling
Ingen eller några få	16	16
Många (fler än 5)	5	7

Lika många av de svarande – 16 personer – har ingen eller ett fåtal arbets-/studiekamrater såväl före som efter behandling. Antalet som efter behandlingen har många arbets-/studiekamrater har ökat något. Vid jämförelse får man ha i minnet att betydligt färre svarade på frågan som avser förhållandet efter behandlingen än före.

Antalet arbets-/studiekamrater har således inte förändrat särskilt mycket före respektive efter behandlingen. När det gäller relationen till dessa före behandlingen uppger tretton personer att den var god eller mycket god, medan 3 bedömer den som ganska eller mycket dålig. Efter behandlingen anser sig sju sju svarande ha en god eller mycket god relation till arbets-/studiekamrater, medan endast 1 ser den som dålig (mycket dålig).

Bostadssituation

Att ha en egen och någorlunda fast bostad betraktas regelmässigt som en förutsättning för framgångsrik och långsiktig rehabilitering från missbruk. De intervjuades bostadssituation såväl före som efter behandlingen på Lycke framgår av följande tabell.

Tabell 31: Bostadssituation före och efter behandling på Lycke. Absoluta tal och procent. Före behandling n = 33, efter behandling n = 32.

	Före behandling		Efter behandling	
Bostadslös	4	12 %	0	0 %
Inneboende	3	9 %	2	6 %
Lägenhet	20	61 %	22	69 %
Villa	5	15 %	7	22 %
Annat	1	3 %	1	3 %

Bostadssituation var redan före behandlingen god eller tillfredsställande för de allra flesta i den intervjuade gruppen. Flertalet bodde i lägenhet eller villa. Ändå var det en så stor del som en femtedel som antingen saknade bostad eller bodde inneboende. Efter behandlingstiden har bostadssituationen för gruppen generellt sett förbättrats. Ingen intervjuad uppger sig nu sakna bostad, något färre är inneboende. En viss ökning har skett både bland dem som bor i lägenhet och boende i villa.

Sammanfattningsvis har de sociala villkoren förbättrats på flera områden inom den intervjuade gruppen, då situationen efter behandling på Lycke jämförs med hur det var innan. Den nära familjesituationen är i stort sett oförändrad, medan det sociala nätverket har förbättrats markant, till såväl omfattning som antal kontakter och relationernas kvalitet. Man umgås med fler personer, träffas oftare och bedömer i större utsträckning relationen som god. Detta gäller för såväl vänner som släktingar. Arbets- och försörjningsförhållandena har inte förändrat i någon större utsträckning, en relativt stor andel av de intervjuade hade redan före behandlingen arbete eller var i studier. Bostadssituationen har förbättrats för flertalet av de personer som före behandlingen hade ett osäkert eller dåligt boende. Särskilt är att märka att ingen av de intervjuade uppger sig efter behandlingstiden vara bostadslös.

8.9. Syn på framtiden

Under detta avsnitt redovisas hur de intervjuade ser på sin framtid och vad den kan komma att innebära, i några olika avseenden. En central fråga är givetvis hur framtiden ter sig ifråga om bruk/missbruk av alkohol och droger, men också när det gäller arbete eller studier, kontakter med familj och närmast anhöriga samt andra vänner och släktingar. Nära nog samtliga har svarat på dessa öppna frågor, antalet svar varierar mellan 31 och 33.

En stor andel, mer än en tredjedel av de intervjuade har en tydlig och positiv bild av en framtid utan alkohol eller droger, t ex i formuleringen "Det finns annat i livet. Jag ser en nykter framtid." Andra uttrycker på samma sätt en hoppfull och positiv förväntan, men där övertygelsen inte känns lika stark, som "En dag i taget. Man får vara glad för det som är", eller "Hoppas att jag får vara drogfri." Några intervjuade tänker sig att kunna använda alkohol men i socialt accepterad omfattning i framtiden – "Att försöka leva ett vanligt Svenssonliv och kunna dricka ibland." Andra anger en mera osäker framtida relation till alkohol eller droger.

Hur ser då de intervjuade på sin framtid när det gäller arbetssituation eller studier? Ungefär en tredjedel har planer på att börja studera eller fortsätta påbörjade studier. Fem personer uppger att de har pension/sjukpension medan resterande fördelar sig ungefär lika mellan de som har ett arbete eller de som söker arbete. Det innebär att de allra flesta har en tydlig planering för sin framtid när det gäller arbete eller studier. Tre personer vill i framtiden själva få ett arbete inom området missbruksbehandling.

Kontakten med de närmaste, maka/make och barn, uppger de allra flesta, cirka två tredjedelar av de intervjuade, vara god redan nu. Några har förväntningar om en allt bättre kontakt – "Det kommer förhoppningsvis bli bra". Att kvaliteten på relationerna med familjen har med tidigare svek och bristande tillit att göra framkommer i ett par kommentarer: "Jag måste visa bättre resultat så de litar på mig", "Så länge jag är drogfri blir kontakten bättre och mera hållbar. Men det tar tid innan dom känner tillit för mig." En mindre grupp, ca en tiondel, uttrycker att relationerna är otillfredsställande och att man inte har några direkta förväntningar på att de ska bli bättre.

Också relationerna med vänner och släktingar uppger flertalet av de intervjuade vara goda, även om bilden här är något mera splittrad. Ett svar visar att den senaste tiden inneburit förbättrade vänrelationer – "Idag har jag vänner jag kan lita på. Det har jag aldrig tidigare haft." Drygt en fjärdedel önskar på olika sätt förbättra vän- och släkterelationerna. Ett par av svaren skiljer mellan vänrelationer och relationer till släktingar, det ena uttrycker önskan om bättre kontakter med släktingar, medan vänrelationerna redan idag är goda. I det andra fallet önskas fortsatta kontakter med vänner men inte med släktingar. Några svar uttrycker en mera resignerad hållning – "Har inga ambitioner".

8.10. Om man skulle behöva behandling i framtiden?

Den bild av missbruksbehandling på Lycke som de intervjuade ger är som framgångsrikt övervägande positiv. Hur ställer man sig då till olika behandlingsalternativ framgent, om behov av detta skulle uppstå? Samtliga intervjuade har gett sin syn på detta och en nyanserad bild framträder. Knappt hälften (15 personer) anger att de skulle vilja ha en behandling enligt 12-stegsprogrammet, medan knappt en tredjedel (10 personer) uttryckligen säger att de skulle vilja ha behandling på Lycke. Tre personer anger i sina svar både att man önskar behandling enligt 12-stegsprogrammet och på Lycke. Antalet intervjuade som skulle föredra behandling på Lycke, samt de som vill gå i 12-stegsprogrammet utan att ange var, uppgår tillsammans till 15 personer. En tolkning kan således vara att knappt hälften av de intervjuade skulle föredra en ytterligare behandlingsperiod på Lycke.

Sju personer skulle önska behandling enligt 12-stegsprogrammet, men på annan ort än Lycke – i de flesta fall på behandlingshem – ”12-stegsbehandling på institution. Det är jobbigt att vara mamma och annat samtidigt som man skall bryta. Lättare om man kommer ifrån.” I ett par fall efterfrågas behandling specifikt anpassad för kvinnor. Några svar antyder en vilja att pröva annan behandling än den man tidigare har erfarenhet av – ”Jag skulle pröva alternativ till 12-stegsbehandling. Tycker att jag kan modellen.” Mera specifika önskemål, om behovet skulle uppstå, är ”Behandling på kristen grund”, ”Skulle välja Narconon, 12-stegsprogrammet ger mig ingenting.

9. Diskussion och värdering

Så här långt i rapporten har vi presenterat resultat från intervjuer med ett urval av personer som deltagit i behandling på Lycke under åren 2000 – 2004. I detta avsnitt diskuteras resultaten och hur de kan tolkas. De preciserade frågorna i syftet (avsnitt 2) besvaras resonemangsvis. Undersökningen jämförs i viss mån med annan kunskap om effekter av missbruksbehandling. Vi gör också en sammanfattande värdering av verksamheten vid Lycke, utifrån det datamaterial som undersökningen vilar på. Slutligen diskuterar vi själva undersökningen och tillförlitligheten hos dataunderlaget.

9.1. Ett svårfångat men positivt värderat behandlingsinnehåll

Modellen för 12-stepsprogrammet byggs upp kring primärbehandling under 6 veckor, föregått av motivationsbehandling om så erfordras. Efter primärbehandlingen följer en längre tid av eftervård, inom ramen för AA. Verksamheten vid Lycke förefaller inte helt följa denna mall. Behandlingstiden varierar stort i intervjumaterialet, mellan några dagar upp till drygt 1,5 år. Spridningen av behandlingstidens längd är relativt jämnt fördelad, även om det finns en liten koncentration till behandlingstiderna 3 – 8 respektive 16 – 22 veckor. Hur dessa tider fördelats mellan motivationsbehandling, primärgrupp respektive eftervård har de intervjuade inte kunnat ge besked om. På motsvarande sätt finns en relativt stor spridning när det gäller de enskilda behandlingstillfällenas längd, även om de allra flesta ligger inom spannet 2 – 15 veckor. Att så många som 40 % av behandlingstillfällena omfattat 5 veckor eller mindre visar också att den teoretiska modellen för behandling inte har följts i praktiken.⁹

Detta innebär givetvis inte att de olika byggstenarna i 12-stepsprogrammet skulle saknas på Lycke, bara att de är svåra att identifiera och avgränsa från varandra, samt att de ofta inte tycks pågå under föreskrivet antal veckor. Uppfattningen om värdet av de olika delarna ger därför viktig kunskap för att man ska kunna uttala sig om behandlingen. Speciellt primärbehandlingen röner stor uppskattning hos deltagarna. Alla dess olika delar bedöms av en klar majoritet ha varit bra eller mycket bra, när det gäller gruppgemenskap och individuellt arbete gäller detta omdöme alla eller näst intill alla.

Det konkreta behandlingsinnehållet visar sig således vara svårt för de intervjuade att tydliggöra, medan uppfattningen om de olika delarna är genomgående positiv, speciellt för arbetet i primärgruppen. Detta har också inneburit personliga förändringar under behandlingstiden. Särskilt gäller det synsättet på det egna

⁹ Enligt uppgift har ett förtydligande och en 'uppstramning' av behandlingsmodellen skett under 2003, d v s mot slutet av den period utvärderingen omfattar. Vilken påverkan detta kan ha fått på behandlingens resultat framgår inte av vårt datamaterial.

missbruket, där de allra flesta menar att en ganska eller mycket stor förändring har inträffat. De intervjuades kommentarer visar bl a att man insett den centrala roll som själva missbruket spelar. Kunskap och handlingssätt har också påverkats under behandlingen, om än inte i samma utsträckning som synsätt på missbruket. Öppna kommentarer till behandlingsinnehållet ger på samma sätt en övervägande positiv bild.

Behandlingsforskningen (SBU 2001, Socialstyrelsen 2007) visar dels att behandling endast står för en mindre del av de faktorer som påverkar den enskilde, dels att behandlingsresultatet påverkas av många andra faktorer (bakgrund, relationer mellan missbrukare och behandlare, m fl) utöver själva den metod som använts. Resultaten från denna utvärdering tycks visa att detta också gäller för verksamheten vid Lycke. Å andra sidan visar tidigare forskning att behandlingsmodeller som karakteriseras av en tydlig struktur och väl definierade insatser ger ett bättre resultat än 'standardbehandling'. 12-stepsprogrammet är i teorin en sådan modell som utmärks av tydlig struktur och väl definierade insatser. I vårt empiriska material har det visat sig vara svårt att identifiera en sådan struktur och tydlighet.

9.2. Missbruket har minskat

En positiv bedömning av behandlingstid och behandlingsinnehåll är i och för sig gott och väl. Än viktigare bör det vara att se på om och i så fall hur livet gestaltat sig före respektive efter den kortare episod som en behandling ändå alltid utgör. Givet den nyare behandlingsforskningens fokus på själva missbrukets betydelse inleder vi då med att diskutera missbrukssituationen före respektive efter behandling på Lycke. En framgångsrik behandling bör således innebära att missbruket minskar eller helt upphör. Här är resultatet näst intill entydigt och likartat för olika former av missbruk (alkohol, narkotika, läkemedel). De allra flesta använde respektive missbruksmedel intensivt före behandlingen, medan en majoritet aldrig gjort det efter behandling. Kort sagt; behandlingstiden har, enligt de intervjuade, inneburit en stark minskning eller ett totalt upphörande av missbruk. Givetvis finns i materialet exempel på att förändringarna varit mindre eller uteblivit, men den övergripande trenden är tydlig. Ungefär hälften av de intervjuade har haft minst ett återfall efter behandlingen, ungefär lika många hade dock varit missbruksfria minst ett halvår vid tiden för intervjun.

Socialstyrelsen rekommenderar i sina Nationella riktlinjer för missbrukarvården (2007) 12-stepsprogrammet som en behandlingsmetod (bland flera) som ger bättre resultat än 'normalbehandling', vid alkoholmissbruk. 12-stepsprogrammet är en form av 'omlärande' behandling som enligt SBU (2001) visat sig framgångsrikt vid heroin- och kokainmissbruk¹⁰, på samma sätt som vid alkoholmissbruk. Resultaten

¹⁰ Här får nog resultaten tolkas med viss försiktighet, eftersom den omlärande behandlingen regelmässigt kombinerats med metadonbehandling.

från Lycke överensstämmer helt med dessa generella erfarenheter om behandlingseffekter. Också vid jämförelse med de (få) svenska studier som utvärderat 12-stegsprogrammet visar vårt material en stor överensstämmelse. I utvärderingen av Nämndemansgårdens behandling (Larsson, 1990) hade hälften av de behandlade inget återfall inom 12 månader efter behandling, i vårt material uppger sig 45 % ha haft ett återfall inom samma tidsrymd. Också vid jämförelse med en utvärdering av verksamheten vid behandlingsenheten Grindstugan (Westerlund, 1995) är likheterna påfallande. Så har en i vårt material andelen intensivt alkoholmissbrukandedeltagare minskat från 73 % till 10 % och andelen som inte överhuvudtaget använde alkohol ökat från 5 % till 50 %, medan 86 % av de behandlade i Grindstugan minskat sitt drickande. Synsättet på det egna missbruket har genomgått en ganska eller mycket stor förändring hos 82 % av de svarande i vårt material, medan 80 % av de behandlade i Grindstugan uppger en positiv attitydförändring.

9.3. Den sociala situationen har förbättrats

En framgångsrik missbruksbehandling bör på sikt också återspeglas i förbättringar av den sociala situationen. Resultatet visar också att detta blivit fallet. Till både storlek och kvalitet har det sociala nätverket blivit bättre – man har fler nära vänner, träffar dem oftare och bedömer relationen vara bättre än tidigare. En förklaring, när det gäller omfattningen av det sociala nätverket, kan vara att man fått nya vänner i o m behandlingen på Lycke. Kontakten med släktingar har förbättrats i nära nog samma omfattning som gäller vänner. Annorlunda uttryckt, behandlingstiden har inneburit att man stärkt sitt 'sociala kapital'. Vad gäller familjesituation har inga förändringar inträffat mellan tiden före respektive efter behandling på Lycke, vilket väl knappast heller kan förväntas.

Den sociala situationen har också en mera 'materiell' sida: Arbete, studier och boendeförhållanden. När det gäller arbete eller studier har inga förändringar skett. Då får man hålla i minnet att ganska många – fler än sex av tio – redan före behandlingen hade arbete eller var studerande. Det kan förmodas att i huvudsak samma personer hade respektive saknade arbete eller var studerande. Direkt arbetslöshet redovisas av 16 – 18 % av de svarande, att jämföra med ca 6 % av den arbetsföra befolkningen. Sannolikt finns i denna grupp personer med nedsatt arbetsförmåga till följd av missbruk eller andra hälsobrister. Sammantaget innebär dessa förhållanden att arbetssituationen för de intervjuade som grupp får betraktas som ganska god, och att endast en marginell förbättring skulle ha kunnat förväntas som ett resultat av behandlingen.

Bostadssituationen var för en majoritet av de intervjuade ganska god redan före behandlingen på Lycke, något som sannolikt avspeglar spännvidden i deras sociala situation. Speciellt glädjande är att ingen person efter behandlingen saknar bostad

och att något färre bor inneboende. Här kan förklaringen vara att ett gott samarbete mellan Lycke och socialtjänstens Individ- och familjeomsorg gett resultat i form av en bättre bostadssituation för dem som före behandlingen var bostadslösa. Förväntningarna inför framtiden återspeglar den syn man har på sin sociala situation och hur den förändrats. Här återfinns ett brett spektrum, från övertygelsen om ett framtida liv utan droger och med en ordnad social situation, till en mera osäker hållning inför framtiden. De flesta är dock nyanserat positiva, vilket väl också kan tolkas som att de också själva bedömer sin sociala situation som förbättrad eller god.

9.4. Sammanfattande bedömning och värdering

Resultatet från denna utvärdering förefaller paradoxalt. Behandlingsforskningen visar entydigt att strukturerade, till sitt innehåll tydliga och avgränsade behandlingsprogram, gärna med 'omlärande' ambitioner, är att föredra framför mera diffusa, allmänt stödjande verksamheter. 12-stegsprogrammet är en sådan strukturerad och 'omlärande' behandling. Intervjuerna ger dock inte belägg för att verksamheten skulle bedrivas på detta sätt, de intervjuade har svårt att tydliggöra olika delar i behandlingsprogrammet, behandlingstiden varierar högst avsevärt, nära hälften av behandlingsperioderna understiger t o m det antal veckor i primärbehandling som föreskrivs. Samtidigt visar resultatet entydigt att verksamheten varit framgångsrik. Deltagarnas sociala situation i allmänhet och missbrukssituationen i synnerhet har klart förbättrats förbättrats.

Tre förklaringar kan tänkas till detta paradoxala förhållande. För det första kan andra faktorer i behandlingssituationen ha haft en så gynnsam inverkan på deltagarna att avsaknaden av struktur spelat en mindre roll. Sådana faktorer skulle t ex kunna vara en god relation mellan behandlare och deltagare, en stark gruppgemenskap inom programmet, högt motiverade deltagare. För det andra kan det tänkas att behandlingsprogrammet i realiteten varit strukturerat och följt 12-stegsmodellen, men att deltagarna inte noterat detta, eftersom sociala och situationella faktorer (som en positiv stämning, ett intensivt dagligt innehåll, etc) "överskuggat" den underliggande strukturen. För det tredje kan en tidseffekt vara tänkbar, att de intervjuade helt enkelt glömt hur behandlingen gestaltat sig, eftersom den ligger långt tillbaka i tiden. Kanske vill man också lämna allt som har med missbruket att göra bakom sig. Kombinationer av dessa tre förklaringsgrunder kan givetvis tänkas. Uppgifterna från intervjuerna ger enligt vår bedömning inte underlag för att avgöra vilken av förklaringarna som ligger närmast till hands.

Intervjuerna ger däremot ett gott underlag för en sammanfattande värdering av verksamheten vid Lycke, under den tid som utvärderingen omfattar, ur de intervjuades synvinkel: Den får karakteriseras som mycket framgångsrik. Deltagarnas missbruk har minskat eller upphört, den sociala situationen har i stor utsträckning

förbättrats. Förväntningarna inför framtiden är överlag positiva. Materialet är entydigt och homogent, inga data talar emot den helhetsbild som framträder.

9.5. Metodmässiga reflexioner

Den positiva värdering av verksamheten vid Lycke som framträder i vårt datamaterial bör betraktas mot bakgrund av vissa metodmässiga begränsningar. Att undersökningen inte omfattar alla som genomgått behandling under den aktuella tidsperioden innebär en risk för skevheter i resultatet. Till viss del bör dessa dock ha neutraliserats genom att urvalet av intervjupersoner skett slumpmässigt. En större felkälla kan det tänkas att bortfallet – de personer vi inte lyckades nå för intervjuer – utgör. Vi resonerar i metodavsnittet om tänkbara orsaker till detta. Avsaknaden av kunskaper om bortfallsgruppen gör att vi inte kan utesluta att den på ett systematiskt sätt påverkar resultatet. Eftersom denna grupp utgör en betydande del av urvalet finns det anledning att tolka resultaten med viss försiktighet. När det gäller svaren från de personer vi lyckades nå kan också vissa felkällor tänkas. Dels i form av minneseffekter – att man inte kan minnas förhållanden som i vissa fall ligger ganska långt tillbaka i tiden, dels därigenom att man kan vilja framställa behandlingen och sin egen situation i en mera gynnsam dager än som i realiteten är motiverad. Vi har inte mer än i undantagsfall kunnat validera de intervjuades uppgifter mot andra källor. Denna tänkbara svaghet understryks av att intervjuerna gjordes under en ganska utdragen tidsperiod, vilket innebär att t ex minneseffekter kan ha spelat in i olika hög grad de intervjuade emellan. En svaghet kan också ligga i att vi saknar möjlighet att jämföra den intervjuade gruppen med en likvärdig grupp som inte fått del av behandlingen vid Lycke. En sådan (kontroll-) grupp skulle inte ha fått någon behandling alls, alternativt fått en 'standardbehandling'. En jämförelse mellan deltagarna vid Lycke och en sådan kontrollgrupp skulle teoretiskt neutralisera andra faktorer eventuella inverkan på behandlingsresultatet. I avsaknad av varje sådan kontroll är det ogörligt att avgöra i vilken omfattning behandlingen på Lycke orsakat och därmed kausalt kan förklara de intervjuades förbättring. För dem själva är det kanske inte heller särskilt viktigt. För verksamhetens huvudmän är den kausala frågan däremot central. Vi menar ändå att flera faktorer tyder på att behandlingen är den främsta förklaringsfaktorn bakom de intervjuades förbättring och att det är svårt att finna andra framträdande orsaksfaktorer. För detta talar också resultat från annan behandlingsforskning.

Referenser

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) (2007) Drogutvecklingen i Sverige, Stockholm 2007. Rapport nr 107.

Cheetham, J., Fuller, R., McIvor, G. & Petch, A. (1997) Evaluating Social Work Effectiveness. Buckingham: Open University Press.

Dalarnas Forskningsråd, X-fokus, Länsstyrelserna i Värmland, Örebro, Västmanland, Dalarna, Gävleborg (2006) Kartläggning av den öppna missbruka- och beroendevården i fem län.

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS)(1996) Dokumentation inom missbrukarvården. Behandlingsarbete, Metodutveckling, Utvärdering (1996 års upplaga) Inskannad version av första upplagan från 1996 Socialstyrelsen (SoS), januari 2007.

Larsson, S. (1992) Nämndemansgården - första steget till ett nytt liv, Data och behandlingsresultat för de första årens patienter. Ystad: Sharing AB.

Nordström, C. & Thunved, A.(2007) Nya sociallagarna 2007, Stockholm: Norstedts Juridik.

Socialstyrelsen (SoS) (2007) Nationella riktlinjer för missbruk och beroendevård, Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2001) Behandling av alkohol och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskaps-sammanställning Volym I. Stockholm: SBU, Rapport nr 156/I.

Statens folkhälsoinstitut (FHI) (2004) Alkohol - ingen vanlig handelsvara, Rapport 2004:45.

Westerlund, M. (1995) Grindstugan - Behandling i öppenvård, för alkoholism/kemiskt beroende, enligt Minnesotamodellen. Rapport nr 31. Örebro: Habiliteringsförvaltningen, Örebro läns landsting.

World Medical Association (2002) The Declaration of Helsinki (document 17 C). Retrieved 15.11.04, 2004.

www.sbu.se/sv/vetenskap-Praxis/Vetenskap-och-praxis/1944/ (september 2008).

www.sjukvårdsrådgivningen.se, Alkoholberoende (2008-08-18).

Intervjuformulär Lycke öppenvårdsenhet

Intervjufrågor för utvärdering av öppenvårdsenheten Lycke i Arvika kommun, 2005.

1 Introduktion

- Kort information om anledningen till att verksamheten vid Lycke nu utvärderas.
- Utvärderingens uppläggning: Intervjuer med ett urval av deltagarna under åren 2000-2004, frågor om tiden före, under och efter behandlingen.
- Anonymitet för de intervjuade, tystnadsplikt för utvärderarna.
- Materialet behandlas konfidentiellt och sprids ej utanför utvärderingsgruppen.
- Redovisning i rapport, där ingen enskild kommer att kunna identifieras.
- Det är frivilligt att delta, men kan ångra sig också under intervjun
- Den som önskar får ett ex av utvärderingsrapporten

- Kön: Man Kvinna

2. Bakgrund och tidigare förhållanden

Först vill jag veta något om din bakgrund och sådant som gäller missbruk och behandling längre tillbaka i tiden, innan det blev aktuellt med behandling på Lycke.

- Ålder: _____ år
- Barn? Ja Nej Om ja, antal barn: _____ st

Vilken skolutbildning har du? Ange den högsta helt genomförda utbildningen

Folkskola/grundskola eller liknande

Realskola/folkhögskola/2-årigt gymnasium eller liknande

Minst 3-årigt gymnasium eller gymnasieskola

Universitet/högskola

Missbruksbakgrund

Hur länge anser du själv att du haft problem med missbruk? år

Vilket/vilka slag av missbruk har du i första hand haft problem med?

Alkohol

Narkotika

Läkemedel

Blandmissbruk

Har du genomgått annan behandling för missbruk innan behandlingen på Lycke?

Ja Nej

Om ja, hur många gånger?

Om ja, vilken typ/typer av annan behandling?

Öppenvård Institutionsvård; Frivillig (SoL) Tvångsvård (LVM, LPT)

Annan behandling än öppenvård eller institutionsvård

Om annan behandling än öppenvård eller institutionsvård: Vilket/vilka slag av behandling?

.....
.....

Vad var positivt respektive negativt med de behandlingar du genomgått innan du kom i kontakt med Lycke?

Positivt:

.....
.....
.....

Negativt:

.....
.....
.....

3. Tiden strax före första behandling på Lycke öppenvårdsenhet (6 månader innan)

Nu följer några frågor om dina förhållanden strax innan du kom i kontakt med verksamheten på Lycke för första gången. Tänk dig att frågorna gäller hur du hade det halvåret innan du kom i kontakt med Lycke.

Bostadssituation

- Bostad

Bostadslös Inneboende Lägenhet Villa Annat

Om annat, vad?

Social situation

- Civilstånd/familjesituation

Ogift Gift Skild Änka/änkling

Ensamstående Sambo Särbo

- Vänner

Hur många personer betraktade du som dina nära vänner under denna period?

Ingen Några få (1-5) Många (fler än 5)

Hur ofta träffade du någon eller några av dina vänner under denna period?

Dagligen Flera gånger i veckan Flera gånger i månaden

Mera sällan Träffade inga vänner

Hur vill du på det hela taget bedöma din relation till dina vänner under denna period?

Mycket god Ganska god Varken god eller dålig

Ganska dålig Mycket dålig

- Kontakter med släktingar

Hur ofta träffade du någon eller några av dina släktingar under denna period?

Dagligen Flera gånger i veckan Flera gånger i månaden

Mera sällan Träffade inga släktingar

Hur vill du på det hela taget bedöma din relation till dina släktingar under denna period?

Mycket god Ganska god Varken god eller dålig

Ganska dålig Mycket dålig

- Arbetskamrater/studiekamrater

För dig som arbetade eller studerade: Hur många arbetskamrater/studiekamrater hade du under denna tid (avser personer som du hade regelbunden kontakt med)?

Ingen/inga Några få (1-5) Många (fler än 5)

Hur vill du på det hela taget bedöma din relation till dina arbetskamrater/studiekamrater under denna period?

Mycket god Ganska god Varken god eller dålig

Ganska dålig Mycket dålig

Sysselsättning (flera alternativ kan anges)

	heltid	deltid	timvikarie
Arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Om annan sysselsättning - vilken?

.....

Arbetslös

Pensionär

Sjukskriven

Missbruk

Hur såg dina **missbruksvanor/drogvanor** ut under denna period – hur ofta använde du?

	Alkohol	Narkotika	Läkemedel
I stort sett varje dag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Några gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Några gånger i månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Några gånger per år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En gång per år eller mera sällan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Var du under denna period motiverad till förändring av din missbrukssituation?

- Ja, mycket motiverad
- Ja, ganska motiverad
- Varken motiverad eller omotiverad
- Nej, inte speciellt motiverad
- Nej, inte alls motiverad

Vem var det som tog initiativet till behandling?

Jag själv Familjen Chefen Vän/-ner Sjukvårdspersonal

Annan person : Vilken

4. Behandling på Lycke öppenvårdsenhet

Jag vill nu ställa några frågor som gäller den period du hade kontakt med Lycke öppenvårdsenhet. Om du varit där vid flera tillfällen gäller frågorna för alla dessa tillfällen.

Var du motiverad till behandlingen på Lycke innan du började där? (Om du varit på Lycke vid flera tillfällen gäller frågan det senaste tillfället)

Ja, mycket motiverad

- Ja, ganska motiverad
- Varken motiverad eller omotiverad
- Nej, inte speciellt motiverad
- Nej, inte alls motiverad

I vilken omfattning har du deltagit i behandlingen på Lycke?

År	Motivationsgrupp	Primärgrupp (behandling)
2000	_____veckor	_____veckor
2001	_____veckor	_____veckor
2002	_____veckor	_____veckor
2003	_____veckor	_____veckor
2004	_____veckor	_____veckor

Har du deltagit eller deltar i någon eftervård på Lycke?

Ja Nej

Om du går eller gått på eftervård på Lycke, under vilken tidsperiod var det?

2000veckor 2004.....veckor

2001veckor 2005.....veckor

2002veckor

2003veckor

Har du varit på Lycke och deltagit i annan form av verksamhet(förebyggande mm.)?

Ja Nej

Om ja, vad för typ?.....

Positivt.....

.....

Negativt:.....
.....

Det kan vara svårt att i efterhand minnas antal veckor. Om uppgifterna ovan inte blivit fullständigt besvarade, ger du då tillstånd till att de utvärderingsansvariga inhämtar dessa uppgifter från Socialtjänstens register?

Ja Nej

Behandlingen på Lycke omfattar flera olika delar. Jag vill därför fråga hur du såg på några av de viktigaste delarna i verksamheten och börjar med motivationsgruppens (förmiddagsgruppens) arbete. (För den som inte deltagit i motivationsgruppens arbete fortsätter intervjun med frågor om primärbehandlingen (eftermiddagsgruppen) Frågorna gäller totalt för samtliga behandlingsperioder på Lycke.

Vad anser du om ...

Motivationsgruppens arbete

Samtal

Gruppsamtal Enskilda samtal

Mycket bra
Ganska bra
Varken bra eller dåligt
Ganska dåligt
Mycket dåligt

Föreläsningar, filmvisning, etc

Akupunktur

Mycket bra
Ganska bra
Varken bra eller dåligt
Ganska dåligt
Mycket dåligt

Annat innehåll i motivationsgruppens (förmiddagsgruppens) arbete som du vill lyfta fram och kommentera (t ex gruppgemenskap):

.....
.....
.....
.....

Primärbehandlingen (eftermiddagsgruppen)

Vad anser du om

Behandlingsformen/innehållet i behandlingen

	<u>Gruppgemenskap</u>	<u>Grupparbete</u>
Mycket bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<u>Individuellt arbete</u>	<u>Studiematerialet:</u>
Mycket bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska bra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganska dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Föreläsningar, filmvisning, etc

Mycket bra	<input type="checkbox"/>
Ganska bra	<input type="checkbox"/>
Varken bra eller dåligt	<input type="checkbox"/>
Ganska dåligt	<input type="checkbox"/>
Mycket dåligt	<input type="checkbox"/>

Vad var positivt respektive negativt med eftervården på Lycke?

Positivt:.....
.....

Negativt:.....

Anser du att det är viktigt att terapeuterna har egen erfarenhet av missbruk?

Ja Nej

Personlig utveckling

Förändrades ditt sätt att se på ditt missbruk under behandlingen (t ex så att du började reflektera över missbrukets roll i ditt liv)?

- Nej, ingen förändring
- Ja, en mindre förändring
- Ja, en ganska stor förändring
- Ja, en mycket stor förändring

Om ditt sätt att se på ditt missbruk förändrades under behandlingen, beskriv på vilket sätt:

.....

.....

.....

.....

Förändrades din kunskap om missbruk under behandlingen (t ex när det gäller kunskap om droger och deras effekter)?

- Nej, ingen förändring
- Ja, en mindre förändring
- Ja, en ganska stor förändring
- Ja, en mycket stor förändring

Om din kunskap om missbruk förändrades under behandlingen, beskriv på vilket sätt:

.....

.....

.....

.....

Förändrades ditt sätt att handla i relation till missbruket, under behandlingen (t ex så att du själv började bestämma över konsumtionen)?

- Nej, ingen förändring
- Ja, en mindre förändring
- Ja, en ganska stor förändring
- Ja, en mycket stor förändring

Om ditt sätt att handla i relation till missbruket förändrades, beskriv på vilket sätt:

.....

.....

.....

.....

Finns det andra saker som har med behandlingen på Lycke att göra, som du vill kommentera (positivt eller negativt)?

.....

.....

.....

.....

Om du har varit fler än en gång på Lycke: Anser du att det skett någon förändring av behandlingen över tid.

Ja Nej

Om ja, vad är det som har förändrat?

.....

.....

.....

.....

Om det finns något i Lycke öppenvårdsbehandling som du tycker kan göras på annat sätt, beskriv hur:

.....

.....

.....

5. Tiden efter behandling på Lycke öppenvårdsenhet

Nu följer några frågor om dina förhållanden efter den behandling/de behandlingar du deltagit i på Lycke.

Bostadssituation

- Bostad

Bostadslös Lägenhet Villa Annat

Om annat, vad?

Social situation

- Civilstånd / familjesituation

Ogift Gift Skild Änka/änkling

Ensamstående Sambo Särbo

- Vänner

Hur många personer betraktar du som dina nära vänner?

Ingen Några få (1-5) Många (fler än 5)

Hur ofta träffar du någon eller några av dina vänner?

Dagligen Flera gånger i veckan Flera gånger i månaden

Mera sällan Träffar inga vänner

Hur vill du på det hela taget bedöma din relation till dina vänner?

Mycket god Ganska god Varken god eller dålig

Ganska dålig Mycket dålig

- Kontakter med släktingar

Hur ofta träffar du någon eller några av dina släktingar?

Dagligen Flera gånger i veckan Flera gånger i månaden

Mera sällan Träffar inga släktingar

Hur vill du på det hela taget bedöma din relation till dina släktingar?

Mycket god Ganska god Varken god eller dålig

Ganska dålig Mycket dålig

- Arbetskamrater/studiekamrater

För dig som arbetar eller studerar: Hur många arbetskamrater/studiekamrater har du (avser personer som du har regelbunden kontakt med)?

Ingen/inga Några få (1-5) Många (fler än 5)

Hur vill du på det hela taget bedöma din relation till dina arbetskamrater/studiekamrater?

Mycket god Ganska god Varken god eller dålig

Ganska dålig Mycket dålig

Sysselsättning

	heltid	deltid	timvikarie
Arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Studier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan sysselsättning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Om annan sysselsättning - vilken?

.....

Arbetslös

Pensionär

Sjukskriven

Missbruk

Hur ser din konsumtion av alkohol/droger ut idag – hur ofta använder du?

	Alkohol	Narkotika	Läkemedel
I stort sett varje dag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Några gånger i veckan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Några gånger i månaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Några gånger per år	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En gång per år eller mera sällan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aldrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om missbruk förekommer eller har förekommit, hur långt efter sista behandlingen på

Lycke började du missbruka? Efterveckor/månader

Vad tror du kan vara orsaken/orsaker till att du började missbruka igen?

.....
.....

Om du inte längre missbrukar, hur länge har du varit nykter/drogefri?

.....

veckor/månader/år (två alternativ stryks)

Vilka faktorer spelar enligt din uppfattning den viktigaste rollen för att kunna leva utan alkohol/droger?

- Att delta i NA/AA-grupp

Om detta alternativ markerats: Hur ofta går du på möte?

___ggr/ veckan ___ggr/mån

- Stöd från vänner
- Stöd från familj
- Stöd från arbetsgivare
- Stöd från arbetskamrater
- Annat stöd (poliklinisk vård/samtal/ antabus/psykiatri, etc)
- Andra faktorer. Ange vad/vilka:

.....

.....

.....

Om du har eller har haft kontakt med AA/NA: Hur kom du i kontakt med AA/NA?

Genom

- Lycke öppenvårdsenhet
- Vänner
- Familj
- Arbetskamrater
- Arbetsledning/chef

På annat sätt:

.....

6. Syn på framtiden

Som avslutning vill jag ställa några frågor om hur du ser på framtiden och vad den för din del kan komma att innebära.

Hur ser du på din framtid när det gäller bruk/missbruk av droger?

.....

.....

.....

.....

Hur ser du på din framtid när det gäller arbetssituation/studier?

.....

.....

.....

.....

Hur ser du på din framtid när det gäller kontakten med familj och de närmaste anhöriga?

.....

.....

.....

.....

Hur ser du på din framtid när det gäller kontakten med vänner och släktingar?

.....

.....

.....

.....

Om behovet av behandling för alkohol-/drogmissbruk skulle uppstå i framtiden, vilken form av behandling skulle du då i första hand önska få?

.....

.....

.....

.....

Tack för din medverkan!

Tidigare publicerade IKU-rapporter

- 2008:1 Maiwor Grundh. *Utvärdering av Värmlands ansvar - Ett projekt för regionalt stöd i kommunernas utveckling av ett hållbart alkohol- och drogforebyggande arbete*
- 2007:3 Lisbeth Bekkengen. *Förändrad organisation – förändrat arbetssätt – Processutvärdering av ett förändringsarbete inom vård- och omsorgsavdelningarna i Arvika och Årjängs kommuner*
- 2007:2 Per Folkesson. *Projektet Gemet – Gemensam verksamhet för människor med psykisk ohälsa – En utvärdering*
- 2007:1 Åse-Britt Falch & Kerstin Gustafsson. *”Förändringens konsekvenser” – beskrivning och analys av ett förändringsarbete vid Individ och familjeomsorgsförvaltningen i Kristinehamns kommun*
- 2006:5 Per Folkesson. *Modeller för lokala skattningar av missbruk - Delstudie två i utvärderingen av Modellkommun Karlstad.*
- 2006:4 Eva Bernesjö. *Öppenvårdsinsatser inom missbruksvården i värmland. - En kartläggning.*
- 2006:3 Maiwor Grundh. *Kan Karlstad bli klotterfritt? - Utvärdering av ett projekt för implementering av klotterbekämpande metoder.*
- 2006:2 Bengt G Eriksson. *Modellkommun för missbruksarbete. Utvärdering av ett projekt i Karlstads kommun.*
- 2006:1 Bengt G Eriksson, Pia Adenmark och Erica Andersson. *Korttidfamiljen som LSS-resurs - behov, begränsningar och möjligheter.*
- 2005:9 Lena Ede & Barbro Strandell. *En Hel Del – Munkforsmodellen. Utvärdering av ett förändringsarbete inom äldre- och handikappomsorgen i Munkfors kommun.*
- 2005:8 Lena Ede. *Heltid åt alla – Filosofi i vården. Utvärdering av ett förändringsarbete inom äldreomsorgen i Torsby kommun.*
- 2005:7 Maiwor Grundh. *Filipstad Allas Ansvar – Ett projekt för implementering av ett hälsofrämjande förhållnings- och arbetssätt.*
- 2005:6 Bengt Eriksson & Marit Grönberg Eskel. *Socialtjänst och högskola i samverkan – Utvärdering av Adela-projektet i Jönköpings län.*

- 2005:5 Lena Ede. *Äldreomsorgens organisering – Utvärdering av projekt Tänk Vidare i Hammarö kommun.*
- 2005:4 Bengt G Eriksson, Lena Ede, Berndt Fagrell, Britt-Marie Johansson. *Kvalitet och utveckling av rehabilitering inom socialtjänsten – KUR-projektet i Forshaga kommun*
- 2005:3 Marit Grönberg Eskel. *”För första gången på länge är jag en vanlig människa” – en kvalitativ utvärdering av projekt HumanTeknik, psykiska funktionshinder och hjälpmedel.*
- 2005:2 Berith Nyqvist Cech, Katarina Lantz & Rolf Mononen – *”Att få människor att växa”*
- 2005:1 Bengt Eriksson, Lena Ede. *Anhörigas insatser och samballets stöd*
- 2004:5 Annika Rudqvist. *Utvärdering av Nationella hjälplinjen – För människor i psykisk kris och deras närstående*
- 2004:4 Bengt Eriksson och Lena Ede. *Läkemedelsassisterad psykosocial behandling vid heroinmissbruk*
- 2004:3 Marit Grönberg Eskel. *Rönngården – boende för personer med psykiska funktionshinder och missbruk i Karlstad kommun, en kvalitativ utvärdering*
- 2004:2 Maiwor Grundh. *Utvärdering av Råd och Rätt – ett projekt för utökad medvetenhet och tillgänglighet inom konsumentområdet*
- 2004:1 Lena Ede, Hillevi Adolfsson. *Rehabiliterande förhållningssätt? Projekt KRAFT inom äldre- och handikappomsorgen i Filipstads kommun*
- 2003:2 Lena Ede, Lena Karlsson. *Resurs- och bemanningsteam – en arbetstidsmodell*
- 2003:1 Bengt G Eriksson, Karin Haster. *Socialpsykiatri i Eda kommun – utvärdering och vidareutveckling rapport*
- 2002:2 Bengt G Eriksson, Lena Andersson. *Funktionshindrade om samballets stöd – en kvalitetsundersökning inom LSS, Vård- och omsorgsförvaltningen i Karlstads kommun.*
- 2002:1 Lena Ede, Lisbeth Sjödén. *Högre sysselsättningsgrad – ett sätt att göra vård – och omsorgsarbetet mer attraktivt?*