



Erfarenheter från svensk
tvångsvård för alkohol- och
drogproblem
Kristiansand, 12 maj 2009

Arne Gerdner
Institutionen för socialt arbete
Mittuniversitetet, Östersund



Disposition

1. Svensk tvångsvård – olika lagar
2. LVM-lagen specifikt
3. De intagna
4. Om LVM-intagnas motivation
5. Institutionerna – innehåll och vårdmiljö
6. Utfall av LVM-vård
7. Faktorer i vård och eftervård



Olika svenska lagar om tvångsvård vid alkohol- och drogproblem

- ◆ LOB – Lag om omhändertagande av berusad person (Endast tillnyktring, 8 timmar).
- ◆ LRV – Lag om rättspsykiatrisk vård (Förutsätter brott).
- ◆ LPT – Lag om psykiatrisk tvångsvård (Ej brott).
- ◆ LVM – Lag om vård av missbrukare i vissa fall (Ej brott).
- ◆ Brottsbalken (BrB): Om överlämnande till vård enligt LVM (31 kap 2 §) eller LVU (32 kap 1 §).
- ◆ LVU – Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga (Ej brott).



Jämförelse LVM och LPT

LVM

Likheter

- ◆ Vid behov av vård som annars inte kan komma till stånd
- ◆ Civil tvångsvård, dvs brott förutses ej
- ◆ Gäller dem som missbrukar alkohol och droger

Skillnader

- ◆ Social tvångslag
- ◆ Allvarlig psykisk störning förutsätts ej (men vanligt förekommande)
- ◆ Vård i statliga LVM-institutioner men bekostas av kommunen
- ◆ 800-900 intas årligen. Registreras centralt.
- ◆ Relativt mycket forskning om dessa.

LPT

Likheter

- ◆ Vid behov av vård som annars inte kan komma till stånd
- ◆ Civil tvångsvård, dvs brott förutses ej
- ◆ Kan även gälla dem som missbrukar alkohol och droger

Skillnader

- ◆ Psykiatrisk tvångslag
- ◆ Allvarlig psykisk störning förutsättes
- ◆ Vård i landstingets psykiatriska avdelningar, bekostas av landstinget
- ◆ Ej känt hur många som intas årligen. Registreras ej centralt.
- ◆ Ingen forskning om intagna med alkohol- och drogrelaterade diagnoser.



Problem i gränssnittet LVM/LPT

- ◆ Svårt avgöra beslutsinkapitet vid tungt missbruk
- ◆ Lagen med längsta vårdtiderna (LVM) kräver ej psykiatrisk utredning och förutsätter mindre kompetens
- ◆ LVM-intagna underdiagnosticerade eller odiagnosticerade.
- ◆ Vid olika samhällskonton finns risk att ekonomi påverkar diagnostik och vårdbeslut.
- ◆ Misstankar om att många LPT-mässiga med missbruk skrivs ut för tidigt för att ”de är LVM:s ansvar”



Räkning av antal LPT- och LRV-intagna en viss dag (8 maj 2008)

	Totalt	LRV	LPT
Totalt antal inskrivna	3 066	1 518	1 548
Därav med känt missbruk	1 846	908	938
Därav med känt aktuellt missbruk	613	299	314
Därav med huvuddiagnos i gruppen ”missbruk och drogrelaterat”	107	74	33

- ◆ Mångdubbelt fler missbrukare tvångsvårdas psykiatriskt än på LVM
- ◆ Antalet intagna med känt aktuellt missbruk en viss dag enligt LPT (314) överstiger genomsnittlig beläggning enligt LVM (280 personer jan 2009)
- ◆ Gruppen med huvuddiagnos ”missbruk och drogrelaterat” (33 personer) har stora likheter med LVM-intagna (Ej brott, ej annan huvuddiagnos som grund för tvång)
- ◆ Flera kliniker uppger att genomsnittlig vårdtid för dessa är 2-4 dagar.
- ◆ I så fall kan antalet i denna grupp som intages per år beräknas till mellan 3011 och 6023 personer, dvs mellan 3,5-7 ggr så många som LVM.



2. LVM – Lag om Vård av Missbrukare i vissa fall (1982, 1988, 2005)

Behov av vård pga pågående missbruk av alkohol, narkotika eller lösningsmedel, och som ej kan komma till stånd på annat sätt.

Dessutom ett av följande:

1. Fara för fysisk eller psykisk hälsa” (*hälso-kriterium*), eller
2. Uppenbar risk att förstöra sitt liv (*socialt kriterium*), eller
3. Riskerar att allvarliga skada sig själv eller närstående (*farkriterium*)



LVM

- ◆ Beslut i länsrätt – med rätt till advokat
- ◆ Interimistiskt tvång om rättegång ej kan avaktas
- ◆ 6 månaders tvångsvård som bedrivs i LVM-institutioner drivna av Statens institutionsstyrelse
- ◆ Mål: Motivera till fortsatt vård i frivillig form efter LVM
- ◆ Inga preciserade stadganden om vårdinnehåll på LVM-institutionen
- ◆ Olika tolkningar: Motivera eller behandla?
- ◆ Möjlighet till ”vård ”i annan form” (t.ex. behandlingshem) bör prövas inom 3 månader.



3. De LVM-intagna

Inga stora förändringar de senaste 10 åren i intagnas profiler

Av 904 LVM intagningar under ett år gällde 26 % kvinnor

- Kriterier: 98 % hälsokriteriet, 41 % socialt kriterium, 28 % ”farlig för sig själv” och 22 % ”farlig för närstående”
- Typ av missbruk: 76 % alkohol, 47 % droger and 3 % lösningssmedel. 23 % blandmissbruk.



LVM-intagnas profiler (DOK-projektet)

- 47% utan eget hem
- 66% lever ensamma
- 69% ej mer än grundskola
- 53% arbetslösa
- 98% tidigare myndighetskontakter
- 68% dömda för brott
- 50% fysisk skada eller kroniskt sjuk
- 70% av kvinnor och 40% av män utsatta för fysiskt-psykiskt eller sexuellt övergrepp
- 64% psykiatriska problem



Strukturerad klinisk psykiatrisk bedömning (SCID) av LVM-patienter Sammanfattning av 6 studier

<i>Axis 1 excl. substance use</i>	68-82%
Affective	36-55%
Anxiety	26-55%
Eating	25%
Psychotic	13-45%
Somatoform	4%
<i>Axis-2</i>	48-76%
Cluster A	13-30%
Cluster B	24-52%
Cluster C	11-38%



4. Om LVM-intagnas motivation...

Vad påverkar motivationen att ta emot hjälp med mycket svårt missbruk? Är det.....

- ◆ .. när man tagit tillräckligt mycket stryk av missbrukarlivet?
- ◆ .. rädslan att tappa fotfästet?
- ◆ .. när man ”vuxit ifrån”?
- ◆ .. när man ”tröttnat på missbrukarlivet”?
- ◆ .. bara ”så'n man är”?

Fem olika och motsatta hypoteser om faktorer som påverkar motivation:

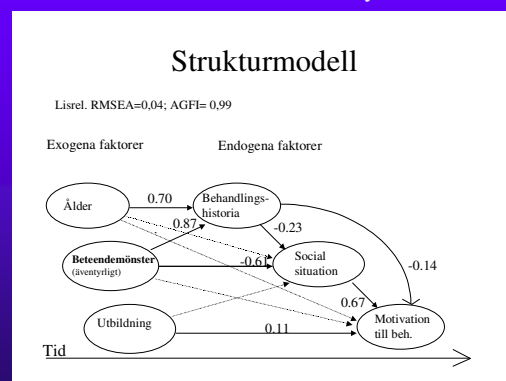
- ◆ ”Slå i botten”- en social kollaps (Roizen 1978, Ludwig 1985)
- ◆ ”Något att förlora” - s.k. hög botten (Johnson 1980, Sobell 1992, Tucker 1994)
- ◆ ”Mogna från missbruket” - högre ålder (Winnick 1962, Klingemann 1991, Pfeiffer 1991)
- ◆ ”Missbrukskarriär” - missbruket ger mindre positiva upplevelser + vårdkarriär med sen verkan (Frykholm 1979, Andersson 1983, Dent 1995)
- ◆ ”Personlighet” - äventyrliga, antisociala personer antas vara mindre hjälpsökande (Stoolmiller m.fl. 1993, True m.fl. 1996)

Hypoteserna prövades

(Gerdner & Holmberg 2000)

511 patienter intagna på Runnagården 1988-1990. Ålder 40.2 (sd=9,6), 24% kvinnor, 42% LVM

Metod: Strukturell ekvationsanalys



RESULTAT

- ◆ Inga tendenser till ökad motivation som resultat av ”mogna ut” eller ”nå botten”
- ◆ Behandlingskarriär möjligen tvärtom ”trött på behandling”
- ◆ De som uppvisat antisocialt beteendemönster är ej omotiverade *per se*, men indirekt via social situation
- ◆ Viktigaste faktor: Ha något att förlora



Vad betyder detta?

- ◆ Konklusion: De med största behoven ber ej om hjälp!
- ◆ Möjlig tolkning: Inlärd hjälplöshet/hopplöshetsdepression.
- ◆ Rekommendation: Nödvändigt att stärka hopp och självförtroende och att samtidigt påtagligt stärka deras sociala situation.



5. Institutionerna

- ◆ Totalt 14 institutioner (snart 13)
- ◆ Kön-separerad vård. 4 institutioner enbart för kvinnor, 6 enbart män och 4 blandade (snart 3) varav 2 med enbart separata avdelningar
- ◆ Mellan 15 och 38 platser per institution.
- ◆ 60 procent på låsta avdelningar (varierar mellan 0 och 100 %)
- ◆ Dominerande behandlingsmodell: ostrukturerad stödvård som bygger på kontaktskap, dvs att motivationsarbetet sker i mötet mellan den intagne och dennes kontaktperson.
- ◆ Strukturerad behandling med fokus på missbruksbeteendet ges endast vid 3 institutioner (men strukturen varierar mellan och inom institutionerna).



Vissa ger strukturerad behandling

- ◆ 3 institutioner (av 14) har schemalagda behandlingsinsatser som direkt fokuserar på missbruk och som omfattar minst halva dagen
- ◆ Kvinnoinstitutionen Runnagården har fem olika avdelningar med olika grad av struktur. Bl a en för de i psykiatrisk mening sjukaste LVM-intagna kvinnorna i landet, en annan för de mest aggressiva, en tredje med intensivt integrerat tolvstegsprogram för DD-patienter på öppna avdelningar.
- ◆ Älvgården har tolvstegsprogram med lägre intensitet.
- ◆ Rällsögården har färdighetsträning på kognitiv grund samt intensivt program för kriminalitet/missbruk.
- ◆ Ytterligare andra har olika inslag (MI, nätverksprogram etc), men inget lika strukturerat program.



Ostrukturerad stödvard dominerar

- ◆ Tre deltagande observationsstudier (Bjurner 1992, Svensson 2001, 2003) har beskrivit händelselösheten/passiviteten på dessa avdelningar, avbrutna av "aktiviteter" utan klart behandlingsinnehåll.
- ◆ Två avhandlingar – En behandlarstudie (Billinger 2000) och en brukarstudie (Ekendahl 2001) – misslyckades att identifiera metoder för motivationsarbetet.
- ◆ En uppsats (Hedman & Mattson 2006) visade att behandlare och klienter upplever kontaktmannaskapet positivt men att gruppklimatet "drar ner" det som uppnås genom kontaktmannaskapet.

Kontaktpersonerna gör ofta stort jobb men utan strukturerade metoder och utan fokus på grupp-processerna blir passiviteten dominerande.

Några institutioner erbjuder dock psykologutredningar (Hornö, Lunden, Frösön och Karlsvik) eller demensutredningar (Östfora) då dessa beställs av socialförvaltningen.



LVM-vården – färre platser, men allt mer inlåst

År	Antal platser	Antal låsta	Andel låsta
1992	1280	203	16 %
1994 (SiS)	941	301	32 %
2003	346	187	54 %
2005	327	201	62 %
2009	348	210	60 %

Från att ha varit undantag kort tid i inledningen av vården har vistelse på låst avdelning blivit alltmer den normala formen av LVM-vård. Detta har ändrat innehållet i LVM-vården till mer passiv väntan.

Denna utveckling har skett utan att någon av de utredningar eller propositioner som föregått revisionerna av LVM-lagen har uttryckt detta som ett behov. De har inte ens diskuterat denna utveckling som ett problem.



En studie om LVM-institutionernas vårdmiljö (Gerdner, kommande)

Mätningar utifrån COPES* i anpassning för LVM-vård - 13 skalor:

- ◆ *Engagemang*
- ◆ *Stöd från personal †*
- ◆ *Stöd från andra intagna †*
- ◆ *Spontanitet och öppenhet*
- ◆ *Autonomi*
- ◆ *Praktisk orientering*
- ◆ *Personlig problemlösning*
- ◆ *Aggression bland intagna † †*
- ◆ *Aggression bland personal † †*
- ◆ *Ordning och organisation*
- ◆ *Programklarhet*
- ◆ *Personalstyrning † † †*
- ◆ *Bestraffning † † †*

Relationsfaktorer:
Vårdklimat

Personlig utveckling:
Vårdinriktning

Systembevarande
faktorer:
Strukturnivå

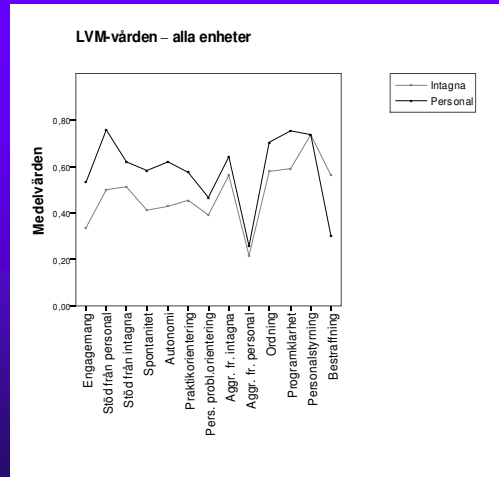
* Community-Oriented Programs Environment Scale; Moos 1974, 1997)

† Tidigare en gemensam skala – *Stöd*. † † Tidigare en skala – *Aggressionsnivå*

† † † Tidigare en skala – *Personalkontroll*



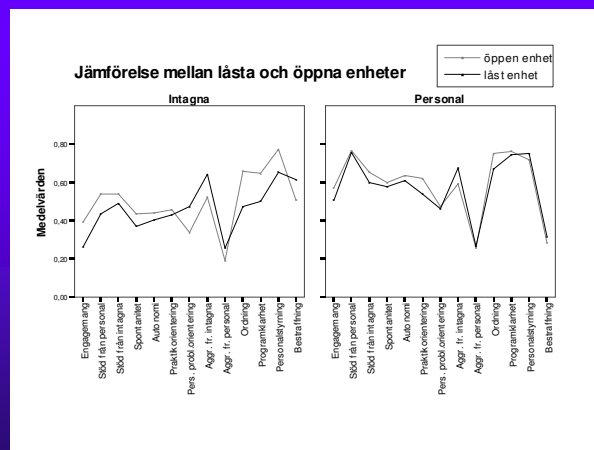
Stora skillnader mellan intagnas (n = 94) och personalens (n = 230) skattningar av vårdmiljö



- ◆ Idealet enligt Moos är samstämmiga och höga skattningar av klimat och vårdinnehåll (men medel på aggression) högt på ordning och klarhet men lågt på styrning och bestraffning
- ◆ Här finns stora skillnader i skattningar mellan grupperna
- ◆ Intagna skattar särskilt lågt på engagemang, spontanitet och autonomi
- ◆ Högt på systembevarande och särskilt högt på personalkontroll



Skillnader mellan låsta och olåsta avdelningar



- Personalen upplever inga stora skillnader i miljön.
- Intagna däremot upplever sämre klimat och mindre ordning på låsta enheter och mer aggression.



Sammantaget bekräftas, trots skillnaderna mellan personalens och intagnas skattningar, att..

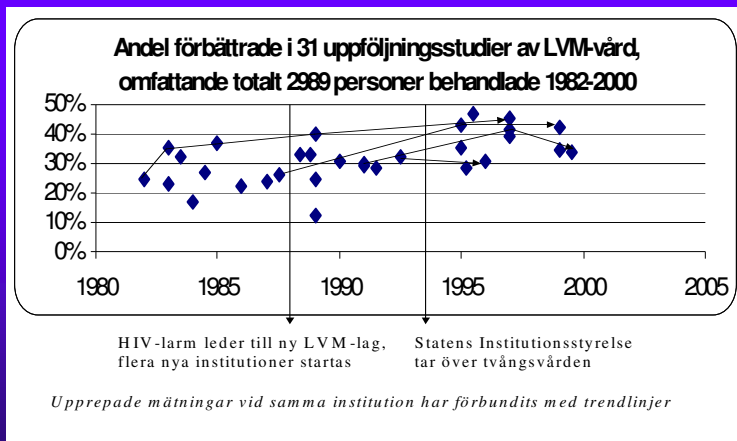
- ...betoningen i LVM-vården ligger mer på disciplinering än på behandling, och att intagna försöker klara sig igenom denna vistelse på egen hand snarare än att vara engagerade i någon positiv grupprocess med givande och tagande av ömsesidigt stöd
- ...miljön upplevs av intagna som klart sämre på låsta avdelningar



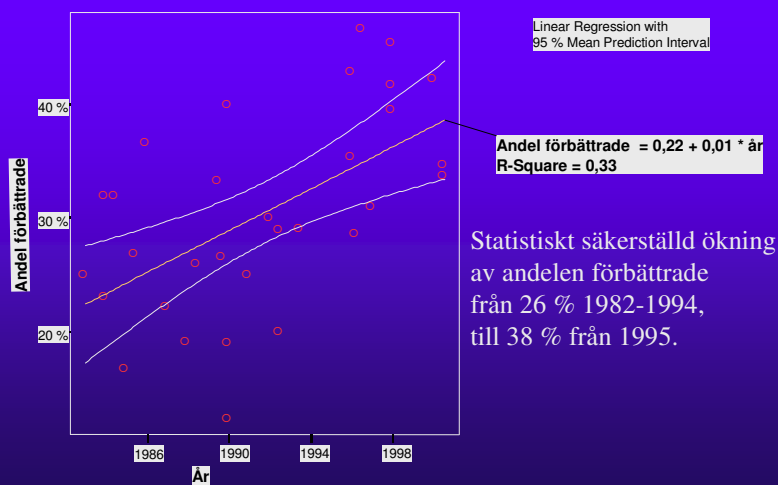
4. Utfall av LVM-vård

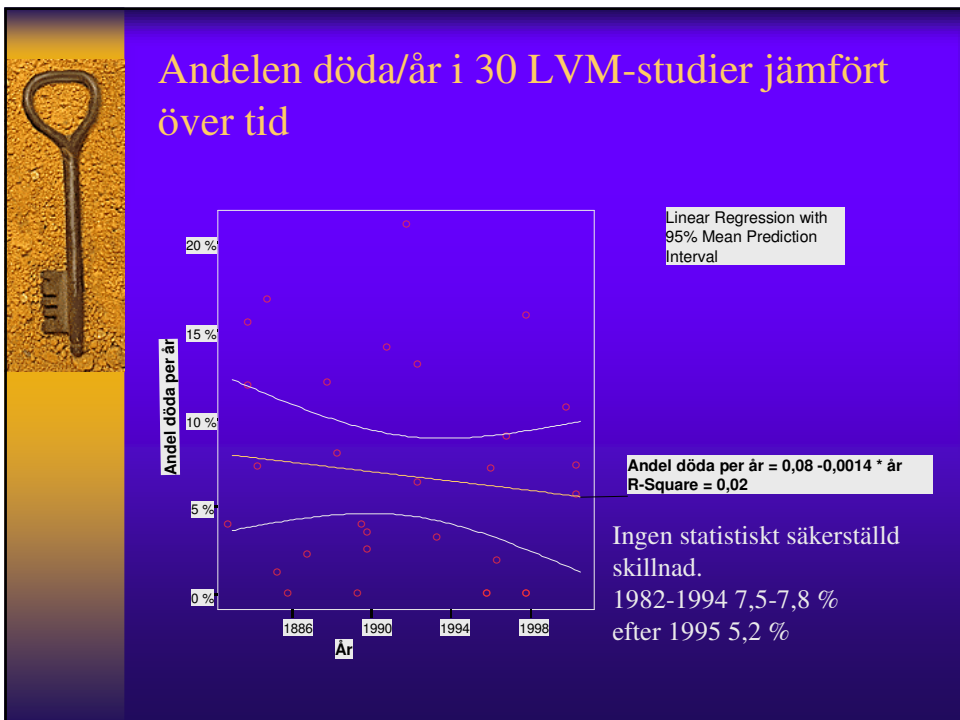
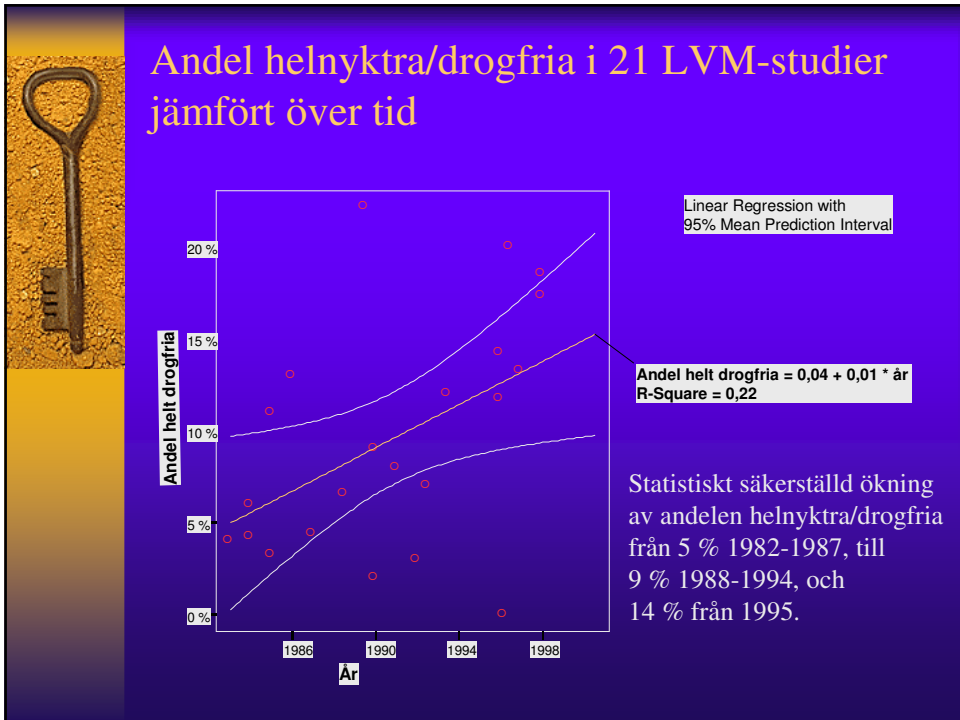
- ◆ Systematisk översikt av 32 studier av utfall av LVM-vård 1983-2000 (Gerdner 2004)
- ◆ Alla 32 kända LVM-studier inkl. totalt 3.026 missbrukare, varav 2.085 vårdats med tvång
- ◆ Genomsnittlig uppföljningstid 12 mån.
- ◆ Tre mått:
Andel förbättrade (minskat missbruk) var 30 % (31 studier), andel helnyktra/drogefria var 9 % (21 studier) och andelen döda efter ett år 7 % (30 studier)
- ◆ Det fanns ingen skillnad pga. kön, drogtyp eller tvång, men klara skillnader i olika tidsperioder.

Alla utfallsstudierna utlagda längs en tidsaxel – andel förbättrade i tre perioder



Andel med minskat missbruk i 31 LVM-studier jämfört över tid







Summering av tidsserieanalys

- ◆ De två utfallsmått som mäter olika grad av förbättring i missbruk (andel minskat, resp andel helnyktra/drogfria) visar klar förbättring över åren
- ◆ Andel döda, urskiljer *dem med mest destruktiva utveckling*. Denna andel har inte påverkats



7. Faktorer i vård och eftervård

Metaregression av faktorer relaterade till utfall

- ◆ De tre utfallsmåtten undersöktes i multivariata regressionsmodeller.
- ◆ Förklarades variationen av patientsektion, av forskningsmetoder (datakälla, datakvalitet, mått, uppföljningstid etc.) eller av faktorer i vården?
- ◆ Varken patientsektion eller forskningsmetod förklarade variationen.



Patientfaktorer av betydelse för utfall

Fyra multifaktoriella analyser pekar ut **nätverksfaktorerna** som centrala för utfallet (Bergmark 1994a; Gerdner m.fl. 1996; Möller m.fl. 1998; Gerdner 2004b)

Varken kön, ålder, drogtyp, tvång, utbildning eller sysselsättning har visat sig spela samma roll.

Nätverksfaktorerna var dock stabila i över tid och kan därmed inte förklara de förändrade utfallen

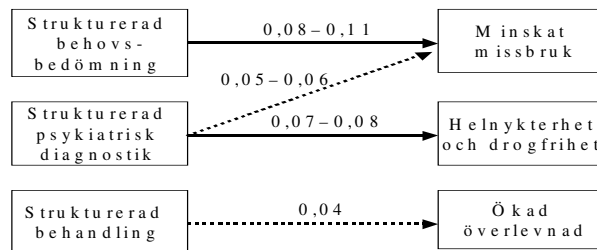


Programfaktorer över tid

	Period 1: 1982-1986	Period 2: 1987-1994	Period 3: 1995-2000	Totalt: 1982-2000
	10 studier	10 studier	11 studier	31studier
Oerfaren institution	30 %	20 %	0 %	16 %
Strukturerad behovsbedömning	10 %	30 %	100 %	48 %
Strukturerad psyk. diagnostik	0 %	0 %	55 %	19 %
Strukturerad behandling	40 %	30 %	36 %	36 %

Metaregression:

Programfaktorers betydelse för olika utfall, efter kontroll av skillnader forskningsmetod och i deltagarnas bakgrund



Slutsats: Strukturerade insatser viktiga även i tvångsvården

Tolkning av metaregression

- ◆ Förbättringen vad gäller minskat missbruk och helnykterhet/drogfrihet förklaras av införande av strukturerade metoder i behovsbedömning och utredning om psykisk status.
- ◆ Detta kan antingen bero på att patientens och behandlarens samarbete riktas mot individuell problembild (indirekt verkan) eller att patientens egen kraft mobiliseras (direkt verkan). Det senare mest hos de som går lättast att motivera.
- ◆ Dödligheten minskar genom strukturerad behandling. Berör främst de mest självdestruktiva och uppgivna. Starkare engagemang krävs för att nå dessa. Strukturerad behandling har inte byggts ut inom SiS. Därför har inte dödligheten minskat över tid.



Ny studie undersöker effekt av psykologutredning under LVM (Fridell & Gerdner, kommande)

Syfte: Att pröva betydelsen av den mest ingripande utredningsmetoden som ges inom LVM-vård, dvs fullständiga psykologutredningar.

Genomfördes på tre institutioner med ostrukturerad vård

Hypoteser:

1. Utredningarna skulle (direkt eller indirekt) resultera i bättre utfall 1-2 år efter LVM-vården i termer av minskat missbruk.
2. De skulle dock ej resultera i minskad andel döda, eftersom ostrukturerad vård tillämpades.

Dessutom skulle om möjligt prövas om verkan enligt 1) var direkt (höjd motivation) eller indirekt (mer anpassad vård och eftervård).



Forskningsmetod - urval


En matchad kontrollstudie på 232 LVM-patienter som vårdats 2004-2005 vid tre institutioner: Lunden, Hornö & Frösön.

Interventionsgrupp: 116 patienter utredda av klinisk psykolog

Matchade kontroller: 116 patienter behandlade vid samma institution, men ej utredda av psykolog

Varje tvillingpar matchades enligt följande kriterier:

- ◆ samma kön,
- ◆ samma institution
- ◆ samma ålder (± 5 år), och
- ◆ samma typ av psykiatrisk status enligt preliminär diagnos av psykiater under första tre veckorna (före psykologutredning).



Psykiatrisk status som hanterats i matchningsprocessen

Båda personerna i samtliga 116 tvillingpar hade samma status

3	Diagnosed schizofrenia	14	Psychotic, not drug-related
1	Mentally retarded	1	Cognitive dysfunction
1	Low mental capacity & psychosis	1	Bipolar syndrome
6	Pd with psychotic features	11	Depression
1	Paranoid	13	Anxiety
2	Pd without psychosis	2	Self-mutilation
1	Neuropsychiatric disorder with affective psychosis	1	Eating disorder
2	Neuropsychiatric disorder with severe anxiety	14	Drugrelated psychosis
		1	Other psychiatric symptoms
		<u>37</u>	<u>No psychiatric symptoms</u>
		116	In total

Matchningen kontrollerades mot oberoende inskrivningsdata, inkl 37 variabler om social situation och hälsa



Uppföljningsdata (från preliminär analys)

Uppföljningsdata för 211 personer, dvs 91%.

Antingen patientintervju (37 %) eller socialtjänstenkät (87 %) eller båda (30 %) – eller genom dödsfallregister (9 %).

Uppföljningstid i snitt = 1.5 år (\pm .6)

God överensstämmelse mellan datakällorna

...utom när det gäller somatisk hälsostatus samt förändring av psykiatriska och somatiska problem.

För alla andra utfallsvariabler kan datakällorna kombineras för att få fullständiga datauppsättningar.

Registerdata om kriminalvård har inskaffats men ännu inte analyserats.

Allmänt utfall, *oberoende av grupper*: Förändring i problemnivå jämfört med före vård. Likertskala from mycket värre (-2) till mycket bättre (+2). Förbättring och försämring, i procent

Område	% förändring	
	% försämrade - 1-2	% förbättrade + 1-+2
Boende	9.6	42.9
Relationer	8.0	54.0
Ekonomi	7.4	27.8
Sysselsättning	7.7	40.2
Missbruk av alkohol	3.4	61.2
Illegala droger	5.7	66.3
Missbruk av förskrivna läkemedel	4.9	59.9
Missbruk oberoende av drogtyp	5.4	66.3
Emotionell hälsa	9.0	51.6
Global situation	10.6	64.3

Andelen förbättrade var större på alla områden, och bäst vad gäller alkohol och droger.

Skillnader i *förändring av problemnivå* jämfört med tidigare.

(Analys på gruppnivå, Mann-Whitney U-test)

Likert från ”mycket sämre” (-2) till ”mycket bättre” (+2)

Förändring i problem med...	N	Medelrankningar		P
		Utredda	Kontroller	
Boende	177	94.1	83.0	.12
Relationer	163	88.1	74.8	.06
Ekonomi	176	85.1	92.4	.27
Sysselsättning	169	87.3	82.2	.46
Missbruk av alkohol	147	80.5	66.8	.04
Illegala droger	157	85.7	71.6	.04
Missbruk av förskrivna läkemedel	142	75.6	66.8	.17
Missbruk oberoende av drogtyp	166	87.8	78.7	.19
Emotionell hälsa	155	77.2	78.9	.80
Global förändring	179	92.3	87.3	.50

Som förväntat förbättrades de utredda mer både när det gäller alkohol och illegala droger än kontroller. De tenderade även att ha mer förbättring av relationer.



Patientskattningar av sina upplevelser av psykologutredning och vad den lett till

(% skattning på 5-gradig Likert).

	N	0 Inte alls	1 Lite	2 Något	3 Mycket	4 Väldigt mycket
Psykologutredningen gav korrekt bild	32	9	3	13	16	59
Lärde mig något om mig själv	35	26	17	29	17	11
Användes för att styra min vård och eftervård	35	51	6	9	14	20

Trots att den stora majoriteten (75 %) starkt eller mycket starkt stödde att utredningen var korrekt och majoriteten (57 %) lärt sig åtminstone något om sig själv, så bedömde majoriteten (51 %) att utredningen inte alls hade påverkat vården eller eftervårdsplaneringen.

*Det senare fick stöd i genomgång av registerdata från LVM-vården och socialtjänstens enkäter angående eftervården. **Utredda har inte fått andra insatser än icke utredda.***



Resultat (preliminär analys)

- ◆ Ingen skillnad vad gäller mortalitet (ej visat här)
- ◆ Utredda hade bättre utfall vad gäller främst missbruk.
- ◆ Denna verkan är direkt – dvs den sker ej som resultat av att vård eller eftervård påverkas.

Konklusioner:

- ◆ Utredningar har en egen oberoende positiv effekt.
- ◆ Men de utnyttjas dåligt för att påverka vård och eftervård. Troligen stor outnyttjad potential.



Eftervårdens roll

- ◆ En enkel översiktsstudie (Gerdner 2005) undersökte eftervårdens roll i 19 olika utfallsmätningar (åren 1983-2004).
- ◆ LVM innehåller möjlighet till ”vård i annan form” (§ 27) innan tvångsvården avslutats – tänkt som övergång till eftervård. Detta fungerade dåligt. Flertalet fick försöksutskrivning utan vårdinnehåll och fortsatte ej i eftervård.



Hur många/vilka deltar i eftervård efter LVM?

- ◆ I 15 studier fram till 2004 i **genomsnitt 27%**. *Ingen klar ökning över tid.*
- ◆ Viss övervikt för personer med ångest/depression och mindre för utagerande

Hur många/vilka fortsätter i självhjälsgrupp?

- ◆ Varierar i 8 studier fram till 2004 i **genomsnitt 17%**. Viss tendens att denna andel har *ökat över tid.*
- ◆ Utagerande personer och personer med omfattande institutionsvana deltar mer

Båda har starka samband med positiva utfall som överlevnad, förbättring och nykterhet/drogfrihet, men underutnyttjas.



Vilken eftervård fungerar?

- ◆ **Kortvariga öppenvårdsprogram** (snitt 3 månader) ger **ingen effekt** alls för dem som varit intagna på tvångsvård.
- ◆ **Långvariga program** (både behandlingshem och öppenvård, både drogfria och metadon) – räknat i år snarare än månader: **positiva utfall** också för dem som kommer från LVM.



Ej avrapporterade studier

- ◆ Två större eftervårdsprojekt ”kontakt för livet” resp. ESS-projektet igångsattes.
- ◆ Effektmått har ännu inte publicerats men väntas senare i år. Preliminära data uppges dock betydligt bättre än tidigare.



Rekommendationer

- ◆ Använd *strukturerade* metoder för både utredning och behandling.
- ◆ Giv akt på den psykosociala *vårdmiljön*.
- ◆ Utveckla *familje- och nätverksprogram* som komplement – nätverksfaktorer centrala.
- ◆ Satsa på *långsiktig* eftervård med allsidigt innehåll.
- ◆ Slussa till *självhjälps- och stödgrupper*.

De faktorer som är viktiga för att behandla svårt beroende tycks vara desamma i tvångsvård som i frivillig vård