

# Beskrivning och 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter

intagna på SiS institutioner 1999–2003



**Jonas Larsson**  
**Tarja-Liisa Leiniö**

**Institutionsvård i fokus** ges ut av Statens institutionsstyrelse, SiS. Serien omfattar såväl sammanställningar, statistik, redovisningar och utvärderingar som forskningspublikationer. Forskningsrapporterna har en särskild markering på framsidan, en författarpresentation samt uppgifter om finansieringsförfarandet och den vetenskapliga granskningen.

Rapporterna som inte är forskningsrapporter produceras och bereds i regel inom avdelningen för utveckling av vård och behandling. Även företrädare för verksamheten och externa sakkunniga kan vara delaktiga i framtagningen av rapporter, antingen som medförfattare eller granskare.

Beslut om publicering fattas av ett redaktionsråd som består av företrädare från SiS avdelning för utveckling av vård och behandling samt informationsenheten.

ISBN 978-91-87053-07-8

Beskrivning och 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter intagna på SiS institutioner 1999-2003 Jonas Larsson och Tarja-Liisa Leiniö

Nummer 3 2012 i rapportserien Institutionsvård i fokus

Publikationerna finns att beställa eller ladda ner från SiS webbplats

**Engelsk titel:**  
Institutional Care in Focus

**Publikationsseriens adress:**  
Statens institutionsstyrelse  
Box 16363  
103 26 Stockholm  
[www.stat-inst.se](http://www.stat-inst.se)

# Beskrivning och 12-månaders registeruppföljning av vuxna klienter

intagna på SiS institutioner 1999–2003

**Jonas Larsson**  
**Tarja-Liisa Leiniö**

# Sammanfattning

Totalt 4 341 klienter – 1 298 kvinnor och 3 048 män – utskrivna från SiS LVM-institutioner under åren 1999–2003, har följts upp tolv månader efter utskrivning. Syftet med studien är i första hand att utröna i vilken mån missbruksvården har lett till att klienterna avstår från fortsatt missbruk. Men eftersom studien baseras på registeruppgifter, är det detta vi räknar: indikationer på fortsatt missbruk i form av återinskrivning på SiS, sjukvård på grund av alkohol eller narkotika samt brottslighet av droger eller rattfylleri. Vårt huvudresultat är att sammanlagt drygt två av tre klienter antingen har avlidit, i de flesta fall till följd av missbruk, eller registrerats för någon händelse som indikerar fortsatt missbruk året efter utskrivning från SiS. Gruppens ekonomiska situation är ytterst svag.

Redovisningsgrupperna är kön, ålder (–29 år, 30–44 år, 45– år) samt fem lagrumsgrupper; SoL (vårdade enligt socialtjänstlagen), § 13/13 (omedelbart omhändertagna utan fastställd tvångsvård), § 13/13+SoL (föregående men som stannar i vård frivilligt), § 13/4 (tvångsvård fastställd i domstol) och § 4/4 (planerad tvångsvård enligt § 4 LVM). Kvinnor fördelar sig jämnare i de tre åldersgrupperna (33, 37, 30 procent) än män (25, 33, 42 procent); kvinnorna är med andra ord yngre än männen. Knappt 20 procent vårdas frivilligt (SoL), drygt 60 procent kommer in omedelbart (§ 13 LVM) och knappt 20 procent tas in planerat jämlikt § 4 LVM. Av de omedelbart omhändertagna får drygt hälften tvångsvården fastställd jämlikt § 4 LVM, var femte skrivs ut efter ungefär en vecka utan fastställd tvångsvård och en av sex stannar frivilligt en tid. Åldersmässigt skiljer sig grupperna åt – gruppen § 13/13+SoL är äldst (m för kvinnor =46, för män 51 år), därefter gruppen frivilligt vårdade (SoL; m för kvinnor =41, för män 44 år) medan de tvångsvårdade är generellt yngre (kvinnor m =35–36, män m =38–40 år). Det råder alltså förhållandevis stora skillnader i medianålder mellan lagrumsgrupperna.

Av de nästan 2 500 klienter som vårdades enligt § 4 LVM har tre fjärdedelar varit placerade enligt § 27 LVM, varav mångas vistelse avbryts i förtid, och var tredje klient gör minst två försök till frivillig placering under sin LVM-dom. Under det aktuella vårdtillfället avlider 27 klienter och ytterligare 230 personer (5,3 procent: 3,9 procent av kvinnorna, 6,0 av männen) under 12-månadersperioden efter utskrivning från SiS. Dödligheten är mångfaldigt högre än i den svenska totalbefolkningen. Dödsorsaken är i drygt 70 procent av fallen missbruksrelaterad.

Var femte klient återkommer till SiS inom ett år efter sin utskrivning. Talen är högre bland dem med korta vårdtider. Totalt har 60 procent vårdats inom slutna sjukhusvård, de unga i lika stor utsträckning som de äldre. En femtedel har vårdats med medicinska diagnoser, drygt var tredje med en alkoholrelaterad och var fjärde med en narkotika-relaterad diagnos. 4 procent har vårdats på grund av självmordsförsök. Nästan hälften av de före detta SiS-klienterna har registrerats som misstänkta för något brott året efter sin utskrivning från SiS, med högst andelar bland de yngsta. Nästan var fjärde i hela gruppen har registrerats som misstänkt för narkotikabrott – övervägande de yngre. Någon enstaka procent har registrerats som misstänkt för rattfylleri.

Ekonomiskt är gruppen relativt svag. Visserligen har nästan alla registrerad disponibel inkomst kalenderåret efter utskrivning från SiS men dels är nivåerna låga – cirka 100 000 kronor om året i median – dels är det olika former av ersättningar som är de viktigaste inkomstkällorna, såsom inkomster av sjukdom, arbetsskada respektive försörjningsstöd, förtidspension eller aktivitetsersättning. Ungefär var femte har haft någon arbetsrelaterad inkomst kalenderåret efter utskrivning från SiS, men medianbeloppet är ungefär motsvarande ett basbelopp, det vill säga knappt 40 000 kronor om året.

# Abstract

Adult substance abusers (n=4,341: 1,298 women and 3,048 men) released from institutional care (LVM) during the years 1999–2003 were followed up in Swedish national registers 12 months after care. The main purpose of the study was to find indicators of abstinence from continuing substance abuse. However, we only have indirect information on abstinence since the data found in registers on this group are typically on mortality by cause of death, health care according to diagnosis, criminality by type of crime, and so on. Our main result is that more than two-thirds of the clients either had died, most of them of drug-related causes, or were registered for incidents indicating on-going addiction.

The clients were divided by gender, by age (–29, 30–44, 45+) and according to the legislation regulating their stay in care (i.e. with or without a court order) to six months of compulsory treatment. Data are shown for five groups with different characteristics; two groups with six months in care (one with court order at entry (§ 4/4), the other while in custody (§13/4)) where most were younger ( $\bar{m}$  =35–36 for women, 38–39 for men). The third group – those in custody while the case is tried but dismissed (§ 13/13) – also consisted of younger persons ( $\bar{m}$  =36 for women, 40 for men). The remaining two groups, one without trial in court (§ SoL), the other in voluntary treatment after dismissal of the case in court (§ 13/13+SoL), were older (§ SoL:  $\bar{m}$  =41 among women, 44 among men; § 13/13+SoL:  $\bar{m}$  =46 among women and 51 among men). These last two groups were older-male dominated: 37 percent of the § SoL group and 52 percent of the § 13/13+SoL group were men aged 45 and above. This division indirectly categorized the groups by favored drug, although the majority of the clients in the study used some combination of alcohol, drugs and medicines. The younger clients primarily used narcotics while the older ones (basically all in the 45+year-old group) were alcoholics.

Every fifth client returned to an LVM-institution within 12 months from the previous care episode, more often clients with short care periods (< 6 months). Twenty-seven clients died during their stay in treatment and an additional 230 clients (5.3 percent: 3.9 percent of the women, 6.0 percent of the men) within 12 months following care, 70 percent by causes related to their addiction. Sixty percent had been hospitalized, more than one-third with a diagnosis indicating alcohol abuse, one in four narcotics abuse.

Older clients tended to have alcohol-related diagnoses, while younger clients tended to have narcotics-related ones. Four percent were hospitalized because of a suicide attempt. Despite the substantial differences in age distribution between the groups, their levels of hospital care consumption are almost the same. About half of the clients (3/4 of the youngest men) were suspected of crime during the 12 month period after treatment, every fourth for drug crimes, 4 percent for drunken driving. Financially, the group is relatively weak. However, in the Swedish welfare state, almost everyone has a disposable income registered, even when the main part consists of different social security allowances and the levels are low, the median income per year being around SEK 100,000. About every fifth person had a registered income from earnings (although very low), indicating labor market participation.

# Innehållsförteckning

<b>1. Inledning</b> .....	8
1.1 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall .....	8
1.2 Material och metod .....	9
1.3 Redovisningsgrupper .....	12
1.4 Rapportens disposition .....	12
1.5 Studiens syfte .....	12
1.6 Tidigare studier av LVM-vårdade .....	13
1.7 Sammanfattning .....	18
<b>2. Översikt av klienter vid SiS institutioner</b> .....	19
2.1 Intagningsgrund .....	21
2.2 Boendeform de senaste 30 dagarna .....	22
2.3 Levnadsform .....	23
2.4 Utbildning .....	24
2.5 Försörjning .....	25
2.6 Klienternas huvuddrog vid inskrivning .....	25
2.7 Sammanfattning .....	27
<b>3. Uppföljningen</b> .....	29
3.1 Klienter som ingår i studien .....	29
3.2 Lagrumsgrupper .....	29
3.3 Paragraf 27-placeringar bland tvångsvårdade klienter .....	31
3.4 Familjesituation påföljande kalenderår efter utskrivning .....	32
3.5 Händelser under 12-månadersperioden efter utskrivning .....	32
3.5.1 Tidigare studier om dödlighet vid missbruk .....	33
3.5.2 Dödlighet i den uppföljda gruppen .....	38
3.5.3 Dödsfall under den aktuella vårdperioden .....	38
3.5.4 Dödlighet under 12-månadersperioden .....	39
3.6 Dödsorsaker .....	42
3.7 Återkommande SiS-vistelser .....	44
3.8 Sjukvårdskonsumtion .....	46
3.9 Brottslighet .....	50
3.10 Fängelse .....	53
3.11 Klienter med någon registrerad indikation på fortsatt missbruk 12 månader efter utskrivning .....	53
3.12 Ekonomisk situation .....	54



<b>4. Sammanfattning och slutsatser .....</b>	<b>63</b>
<b>Referenser.....</b>	<b>67</b>
<b>Appendix .....</b>	<b>73</b>

# 1. Inledning

I Socialutskottets betänkande (1992/93:SOU10) och regeringens proposition (1992/93:61), som låg till grund för inrättandet av Statens institutionsstyrelse (SiS), anges att det i myndighetens verksamhet bör läggas särskild vikt vid utvärdering och uppföljning av vården samt utbildning av personal. I betänkandet Tvångsvård i socialtjänsten (SOU 1992:18) anges att " ... uppföljning av vården skall inte endast tjäna syftet att kontrollera behandlingsutfallet ... Uppföljningen skall framför allt ge underlag för utveckling och precisering av mål och metoder inom verksamhetsområdet." Vidare sägs: "När det gäller de rena forskningsuppgifterna bör dessa inrikta sig på vissa preciserade frågeställningar som rör vårdens utformning och metodik i förhållande till klienternas behov och förutsättningar. Vårdens resultat är förstås det viktigaste området för forskningen." (sidan 89). Utdragen ur betänkandet och propositionen som låg bakom grundandet av SiS anger det samhällsintresse som finns att följa tvångsvårdens resultat. De anger också uppföljningen som en uppgift för SiS verksamhet. Den 1 juli 2005 infördes en ny paragraf (30a) i LVM, enligt vilken "SiS skall följa klienterna såväl under som efter vården".

Det här är den första uppföljningen av ett antal hela årskohorter vuxna missbrukare som vårdats inom SiS. Uppföljningen omfattar klienter som placerats innan de särskilda regeringsuppdragen, Vårdkedjeprojektet (Fäldt med flera 2007) och Ett kontrakt för livet (Hajjighasemi 2008), vilkas syfte var att underlätta ekonomiskt för kommunerna att placera vuxna missbrukare i tvångsvård. Den uppföljda gruppens placering eller vårdförlopp har alltså inte påverkats av särskilda subventioner. Uppföljningen sker med hjälp av SiS egna dokumentationssystem och med uppgifter från ett antal offentliga register. Syftet är dels att beskriva SiS missbruksklienter 1999–2003, dels att följa upp dem ett år efter utskrivning. Studien är godkänd i den regionala etikprövningsnämnden i Stockholm (dnr 2006/1 271–31, protokoll daterat 2006-11-15).

## 1.1 Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM)

Vården som syftar till att hjälpa enskilda människor att komma ifrån missbruk av alkohol, narkotika eller flyktiga läsningsmedel skall, enligt socialtjänstlagen (SoL), så långt det är möjligt utformas och genomföras i samverkan med den enskilde. En missbrukare skall dock beredas vård oberoende av eget samtycke om 1) han eller hon till följd av ett fortgående missbruk är i behov av vård för att komma ifrån sitt missbruk och 2) vården inte kan tillgodoses enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller på något annat sätt och 3) han eller hon till följd av missbruket utsätter sin fysiska eller psykiska hälsa för allvarlig fara, löper en uppenbar risk att förstöra sitt liv eller kan befaras komma att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Tvångsvården skall syfta till att moti-

vera missbrukaren, så att han eller hon kan antas vara i stånd att frivilligt medverka till fortsatt behandling och ta emot stöd för att komma ifrån sitt missbruk (§ 3 i lag 1988:870 om vård av missbrukare i vissa fall). Tvångsvården skall upphöra så snart syftet med vården är uppnått och senast när vården har pågått i sex månader (§ 20 LVM). Enligt § 27 LVM skall SiS, så snart det kan ske med hänsyn till den planerade vården, besluta att den intagne skall beredas tillfälle att vistas utanför LVM-hemmet för vård i annan form. Om det inte längre finns förutsättningar för vård i annan form (avvikning, återfall) får SiS besluta att missbrukaren skall hämtas tillbaka till LVM-hemmet (för förändringar i LVM-lagens innehåll och administration över tid, se till exempel Gerdner, 2004; Larsson Lindahl med flera, 2010).

Inom LVM-vården vårdas missbrukare under olika lagstöd. Enligt § 5 LVM beslutar länsrätten/förvaltningsdomstolen om beredande av tvångsvård enligt 4 § LVM. Ansökan till domstolen görs av socialnämnden. Socialnämnden får besluta att en missbrukare omedelbart skall omhändertas (§ 13) om 1) det är sannolikt att missbrukaren kan beredas vård med stöd av denna lag och 2) rättens beslut om vård inte kan avvaktas på grund av att missbrukaren kan antas få sitt hälsotillstånd allvarligt försämrat, om han eller hon inte får omedelbar vård, eller på grund av att det finns en överhängande risk för att missbrukaren till följd av sitt tillstånd kommer att allvarligt skada sig själv eller någon närstående. Beslutet om omedelbart omhändertagande skall utan dröjsmål och senast dagen efter beslutet underställas länsrätten (förvaltningsdomstolen). Socialnämnden skall (enligt § 19) se till att den som är omhändertagen enligt § 13 utan dröjsmål bereds vård i ett hem som avses i 22 § (LVM-hem) eller ett sjukhus (§ 24). Ett antal klienter vårdas på LVM-hem även med stöd av socialtjänstlagen. Någon enstaka person per år avtjänar en del av sin verkställighet på en SiS-institution med stöd av lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt (KvaL) respektive enligt brottsbalken (kontraktsvård).

SiS uppdrag sträcker sig alltså till att bryta ett destruktivt missbruk och motivera den enskilde till fortsatt vård under frivilliga former.

## 1.2 Material och metod

Det material vi har tillgång till är för det första SiS eget klient- och institutionsadministrativa register, KIA. Där registreras klienterna när de skrivs in på någon av SiS institutioner. Vår studiepopulation är hämtad från detta register, klienter som vårdats på SiS under perioden 1999–2003. Uppgifterna omfattar klientens egenskaper, socialtjänstens uppgifter om varför man placerar klienten, under vilken lag och paragraf klienten är omhändertagen samt vissa händelser under SiS-vistelsen, till exempel beslut enligt särskilda befogenheter (ytlig kroppsbesiktning, omhändertagande av egendom, avskiljningar), avvikningar och placering i öppnare former enligt § 27 LVM. I KIA dokumenteras händelser under klientens vistelse på SiS, utredningar, behandlingsplaner, genomförda insatser, journal och så vidare. KIA-uppgifter används i denna studie för att definiera undersökningspopulationen, för avgränsning av redovisningsgrupperna och för beskrivning av vissa händelser under omhändertagandet.

## **DOK**

Vid inskrivning på institutionen genomför klienterna en inskrivningsintervju (DOK-systemet, Jenner & Segraeus, 1996, 1997, 2005). Systemet har utvecklats vid SiS FoU i samarbete med Institutet för Kunskaps- och Metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården, IKM, vid Växjö universitet (Linnéuniversitetet). Syftet med DOK-systemet är att ge kunskap som är av betydelse för praktiskt verksamma behandlare, beslutsfattare och forskare. Formulär finns också för utskrivning och uppföljning. DOK-intervjun utförs av personal på SiS institutioner och ger information om klienternas aktuella livssituation. Intervjun omfattar områdena levnadsform, familj och umgänge, uppväxtförhållanden, utbildning och försörjning, psykisk och fysisk hälsa, aktuellt missbruk, missbruks- och behandlingshistoria samt kriminalitet. Formuläret finns i två utföranden, ett långt och ett kort. Det långa används vid en personlig intervju, medan den korta versionen ifylls antingen i en intervju med klienten eller av personalen utifrån aktmaterial. Det senare sker när klienten vägrar intervju, är i för dåligt skick för att intervjuas eller bara stannar en kort tid på institutionen. Mellan 78 och 90 procent av klienterna är dokumenterade i DOK-systemet vid inskrivning men andelen som har intervjuats är i genomsnitt 60 procent. Ungefär 80 procent dokumenteras vid utskrivning men endast cirka 30 procent intervjuas i en personlig intervju. Endast inskrivningsintervjuer i det korta utförandet används i denna studie. Trots förhållandevis hög andel som har dokumenterats med DOK, är de som inte dokumenterats skevt fördelade. Det innebär att klienter med kort vistelse, omedelbart omhändertagna vars vård inte övergår i tvångsvård jämlikt § 4 LVM och frivilligt vårdade har lägst andel dokumenterade (se också diskussion i Larsson & Segraeus 2005). I denna redovisning används DOK-uppgifter i avsnitt 2 Översikt av klienter vid SiS institutioner.

## **Lagföringsregistret**

Lagföringsregistret innefattar uppgifter om personer lagförda för brott, fällande domar i tingsrätt eller godkända strafförelägganden och meddelade åtalsunderlåtelse. Statistiken omfattar personer som är 15 år eller äldre vid tidpunkten för dom eller åklagarbeslut. Brottskategorier och straffskalor ingår. Registret upprättas kalenderårsvis och en och samma person kan ha lagförts flera gånger under samma år. Lagföringsregistret administreras av Brottsförebyggande rådet, Brå.

## **Misstankeregistret**

Misstankeregistret, eller "polisregistret", redovisar personer som efter avslutad utredning av polis, tull eller åklagare bedömts vara skäligen misstänkta för brott. Registret omfattar personer som är 15 år eller äldre. Registret kompletterar uppgifterna i lagföringsregistret eftersom det tidsmässigt kommer tidigare i processen än fällande domar och alltså innehåller uppgifter om relativt "färska" brott. Misstankeregistrets uppgifter anses vara närmast den faktiska brottsligheten (Brå 2008:23). Registret administreras av Brå.

### **Kriminalvårdsregistret**

Kriminalvårdsregistret innehåller förutom personuppgifter uppgifter om avtjänandetider för fängelsestraff.

### **Patientregistret**

Patientregistret innehåller uppgifter om slutet och öppen vård. Slutenvårdsregistret innehåller uppgifter om patienten (personnummer, kön, ålder, hemortslän och -kommun, församling), uppgifter om vårdenheten (sjukhus, klinik), administrativa data om vårdtillfället (datum, vårdtid, planerad vård, inskrivnings- och utskrivningssätt, avtalstyp, psykiatrisk vårdform) samt medicinska data, huvud- och bidiagnoser, yttre orsaker till skador och förgiftningar samt operationsuppgifter.

Öppenvården är med sedan år 2001 men är ännu inte heltäckande. Socialstyrelsen anger att det genomsnittliga bortfallet av huvuddiagnoser inom psykiatri är 7,5 procent. Ifråga om psykiatrisk vårdform kom rapporteringen av tvångsvårdstillfällen i gång år 2001. Fortfarande är dock bortfallet stort och kvaliteten i det som rapporteras svår att kontrollera enligt Socialstyrelsen (2006; 2009) som förvaltar registret. När vi skulle analysera den öppna vården för vår klientgrupp visade det sig att antalet registrerade vårdärenden endast var en bråkdel jämfört med vårdärenden i slutet vård, vilket rimligen tyder på underrapportering. Av denna anledning har vi inte försökt att utnyttja uppgifterna.

### **Dödsorsaksregistret**

Dödsorsaksregistret innehåller uppgifter om tidpunkt för dödsfall, underliggande och bidragande dödsorsak samt uppgifter om alkohol- och narkotikarelaterade dödsorsaker. Registret administreras av Socialstyrelsen.

### **LISA**

Klienternas allmänna livssituation, där vi söker indikationer på etablering av socialt accepterad livsföring, studeras med uppgifter från SCB:s LISA-databas (Longitudinell integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier), där uppgifter från olika register har sammanställts för forskningsändamål. LISA kom till när sjukskrivningstalen steg i början av 2000-talet, vilket ledde till en efterfrågan på forskning kring ohälsotalen. Det sedan tidigare befintliga LOUISE-registret (Longitudinell databas kring utbildning, inkomst och sysselsättning för forskning rörande arbetsmarknaden) utökades med detaljerade uppgifter om sjuk-, föräldra- och arbetslöshetsförsäkringen samt ekonomiska grunddata och nyckeltal för företag. Sysselsättningsuppgifter och inkomstuppgifter ingår i det registret. Inkomstuppgifterna anges efter inkomstslag, och kan därmed användas också som indikationer på sysselsättning och social situation. Där finns även demografiska uppgifter såsom familjeställning och civilstånd.

## 1.3 Redovisningsgrupper

I rapporten redovisas uppgifterna efter klienternas kön och ålder samt genom att särskilja olika grupper efter lagstöd för vården. De klienter som vårdas enligt LVM 4 § betecknas med § 4/4. De som varit föremål för omedelbart omhändertagande (LVM § 13) och där länsrätten/förvaltningsdomstolen beslutat att tvångsvården ska fortsätta under LVM 4 § betecknas med § 13/4. Omedelbart omhändertagna klienter enligt LVM 13 §, där socialtjänsten valt att inte ansöka om fortsatt tvångsvård, betecknas med § 13/13. Längre fram diskuteras valet av redovisningsgrupper närmare.

## 1.4 Rapportens disposition

Kapitlet fortsätter och avslutas med en redovisning av resultat från tidigare uppföljningar av i huvudsak tvångsvårdade missbrukare. I kapitel 2 ges en översikt av SiS klienter under den studerade perioden. I det avsnittet används huvudsakligen uppgifter som samlas in i DOK-intervjun, som genomförs med klienten ungefär en vecka efter inskrivning på en SiS-institution. Kapitel 3 omfattar själva uppföljningen. I kapitel 4 sammanfattas och diskuteras resultaten.

## 1.5 Studiens syfte

Det övergripande syftet med denna studie är att följa upp vuxna missbrukare som varit föremål för tvångsvård för sitt missbruk. Mot bakgrund av SiS roll i missbruksvården – att bryta ett destruktivt missbruk och motivera till fortsatt vård under frivilliga former – är syftet att studera i vilken mån den verkställda tvångsvården har lett till att klienten bryter sitt missbruk. Vidare är syftet att studera de före detta klienternas omständigheter i den mån det är möjligt med hjälp av offentliga register. Vi intresserar oss för uppgifter som på olika sätt mäter fortsatt missbruk eller frånvaro av missbruk. Återkommer klienten till tvångsvård efter det tillfälle som föranleder att vederbörande ingår i vår undersökning? Såväl SiS egna uppgifter som sjukvårdens markeringar om vård för missbruk studeras. Har klienten kanske dött av missbruksrelaterade orsaker? En annan omständighet som mäter fortsatt missbruk är om klienten återfinns i register såsom misstänkt (och lagförd) för brott som tyder på fortsatt missbruk, det vill säga rattfylleri och narkotikabrott. Avtjänade fängelsedomar medför (oftast) avhållsamhet från alkohol och droger samtidigt som anledningen till fängelsedomerna kan ha sin grund i just missbruk.

Våra möjligheter att studera "goda" utfall är betydligt sämre, annat än i form av frånvaron av till exempel missbruksrelaterad vård eller kriminalitet. Vi försöker fånga upp uppgifter som på olika sätt mäter socialt accepterad livsföring. Innehåller registren uppgifter om klientens boende och familj? Hur försörjer han eller hon sig – genom arbete, studier, bidrag eller via anhöriga?

Fördelen med registeruppgifter är att de i stort sett är heltäckande (sex personer har utvandrat under den första 12-månadersperioden, fyra kvinnor och två män, samtliga

vårdade jämlikt § 4 LVM) vad gäller undersökningspopulationen. I denna rapport har vi valt att beskriva klienternas situation ett år efter utskrivning från en LVM-institution.

Ett problem i denna studie, som baseras på registeruppgifter, är avsaknaden av information om frivillig missbruksvård som bedrivs utanför SiS regi. Officiella uppgifter finns endast på gruppnivå och avser vårdtagare 1 november respektive år. SiS har tillstånd att begära ut uppgifter från socialtjänstens akter, vilket till exempel Bergmark (2004) gjorde i sin Stockholmsuppföljning men det ingick inte i planeringen av denna studie.

## 1.6 Tidigare studier av LVM-vårdade

Gerdner och Berglund (1997) studerade 1985 (innan nuvarande LVM-lag) 102 tvångsintagna och 144 frivilligt vårdade på Runnagården, ett LVM-hem tillhörande SiS sedan 1994. De som kvalificerade sig till AA-programmet, 48 LVM- och 135 SoL-vårdade, ingick i urvalet. I jämförelsen ingick 32 tvångsplacerade och 89 frivilliga, som fullföljde 5-veckors AA-program. Grupperna skilde sig åt ifråga om att de tvångsintagna var yngre, hade större missbruksproblem och mera sällan hade ordinarie arbete. De levde även mera sällan med en partner, flera var kvinnor, och de hade lägre utbildning än de frivilligt vårdade.

Uppgifter hämtades genom postenkäter till klienter och placerande socialsekreterare. För ytterligare tre klienter hämtades också kliniska data. Bortfallet var 1,7 procent. Den genomsnittliga uppföljningstiden var tio månader.

Resultaten visar att 15 personer (13 procent, 2 LVM, 13 SoL) var helnyktra, 49 personer (42 procent, 11 LVM, 38 SoL) var förbättrade och 52 personer (45 procent, 19 LVM, 33 SoL) icke förbättrade ifråga om missbruk. Förbättring avser minskat missbruk efter utskrivning enligt såväl klient som socialsekreterare. De frivilligt vårdade nådde bättre resultat än de tvångsvårdade. Ingen klient avled under uppföljningstiden. En tredjedel deltog i självhjälpgrupper och av dem var 72 procent förbättrade, jämfört med knappt hälften av dem som inte deltog i självhjälpgrupper. De omständigheter som bäst predicerade positivt utfall var deltagande i självhjälpgrupper och att vara en förstagångsvårdtagare. Att ha familj var en positiv prediktor och att vara frivilligt vårdad var positivt relaterat till deltagande i självhjälpgrupper.

Gerdner (Möller, Gerdner & Oscarsson 1997) har följt upp 135 klienter som vårdats på Behandlingshemmet Rällsögården (sedan 1994 tillhörande SiS) åren 1991–1992. Av dessa fick 89 personer och deras socialsekreterare var sin enkät tillsänd. Svar erhöles för 75 klienter. Uppföljningsuppgifter saknas för 16 procent av urvalet. Av de 46 som inte fick en enkät var 21 i ny behandling, 17 hade dött, två hade tackat nej till deltagande och sex kunde inte lokaliseras. Uppföljningstiden var i genomsnitt två år men varierade från drygt ett till drygt tre år. Ungefär fyra av sex i den uppföljda gruppen vårdades frivilligt och två av sex enligt LVM. Samma proportioner gäller ifråga om alkohol- respektive drogmissbruk. Ungefär var sjätte klient var kvinna.

Hälften har under uppföljningstiden fått någon ny samhällelig sanktion: omhändertagits för fylleri, fått körkortet indraget, fått ny LVM-dom, fått fängelse eller skyddstillsyn. Gerdner med flera skattade andelen förbättrade i denna klientgrupp till 29 procent.

Förbättring mättes på samma sätt som i föregående studie, genom att frågor ställdes till både klient och socialsekreterare. Studien fann inga skillnader i utfall mellan de frivilligt och de tvångsmässigt intagna. Narkomaner förbättrades i större utsträckning än alkoholister, vilket eventuellt kunde bero på att narkomanerna fick fortsatt vård efter Rällsögården oftare än alkoholisterna. Deltagande i självhjälpgrupper medförde bättre utfall.

Bergmark (2004) har följt tre årskohorter stockholmska missbrukare som mellan januari 1996 och december 1998 omhändertogs enligt § 13 respektive vårdades enligt § 4 LVM. Dessa har alltså vårdats inom SiS. Uppgifterna omfattar 518 vårdtillfällen fördelade på 370 individer som sedan har följts upp i slutet av år 2000 och början av år 2001 i socialdistriktens personakter. Uppföljningen gällde eventuell övergång till frivillig vård efter LVM-vården samt fortsatta vårdinsatser under uppföljningstiden och eventuella dödsfall i dödsorsaksregistret. Knappt 80 procent (292 personer) återfanns i aktmaterialet efter det aktuella LVM-ingripandet. 20 procent fanns inte registrerade i socialdistriktet efter den aktuella domen men elva av dem hade dött i alkoholrelaterad dödlighet och 25 personer identifierades med missbruksrelaterade rättsingripanden. För 41 personer fann man inga tecken på fortsatt missbruk efter LVM-insatsen, men dödligheten var ungefär lika omfattande bland dessa som bland dem som hade fortsatt känt missbruk. Bergmark jämför grupper med olika lagrum för omhändertagande (endast 13 §, 13/4 § och enbart § 4) och finner efter regressionsanalys att endast kön och familjesituation skiljer grupperna. Den grupp som enbart omhändertogs omedelbart innehåller således signifikant större andel män och lägre andel ensamstående. Ålder och ny LVM-dom hade statistiskt signifikant inflytande på alkohol- eller narkotikarelaterad dödlighet i gruppen. Han gör också en jämförelse mellan dem som inte fick fortsatt vård efter LVM, dem som fick öppenvård och dem som fick fortsatt institutionsvård. Den grupp som erhållit öppenvård avviker från de två andra grupperna genom att inte omfatta några alkohol- eller narkotikarelaterade dödsfall, lägre andel män och en hög andel med egen bostad.

Gerdner (2000) följde upp ett konsekutivt urval om 30 klienter som skrivits ut från Älvgården respektive Lunden före december 1996, i syfte att pröva en uppföljningsmodell. Älvgården tar emot män, Lunden kvinnor. Älvgårdens män är i genomsnitt tio år äldre än Lundens kvinnor. Männerna är i första hand alkoholister och kvinnorna narkomaner. Männerna vårdades i snitt 86 dagar, kvinnorna 139 dagar. För tre av fyra Lundenklienter var vistelsen den första på Lunden, medan hälften av Älvgårdens män hade vistats på Älvgården tidigare.

Något fler än varannan man och drygt var tredje kvinna intervjuades personligen. För 18 män och 26 kvinnor fick man svar från socialtjänsten och för ungefär en tredjedel har Gerdner uppgifter från både och. Uppföljningstiden för Lundens kvinnor var i genomsnitt 15 månader, för Älvgårdens män drygt nio månader. Vid uppföljningen var tio klienter (fyra män, sex kvinnor) nyktra och ute i samhället. Fyra kvinnor var nyktra men i ny behandling. Ytterligare fem män och fyra kvinnor var inte nyktra men missbrukade mindre än vid inskrivningen, medan 20 män och 16 kvinnor fortsatte att dricka och droga som förr.

Den sociala situationen har utvecklats olika för klienterna. Ifråga om boende har 30 av de 50 vars boendesituation är känd, oförändrad situation, sju har förlorat sin bostad



och 13 har fått förbättrad situation. Ordnad försörjning har 19 personer fått, vilket de tidigare saknade. Två har förlorat sin försörjning och 24 har samma försörjning som före vården. Fem har bytt till en annan ordnad försörjning. Männerna har samma familjesituation som förr – de flesta är ensamstående – medan fyra av kvinnorna har gift sig eller flyttat samman med någon. Samtidigt har fyra andra separerat men om detta betyder förbättring eller försämring är svårt att veta utan ytterligare information. Jämförelsen mellan klientens och socialtjänstens svar visar på bristande precision. I en fjärdedel av fallen tycks överensstämmelsen vara acceptabel vad gäller klientens missbruk, vilket ändå är den fråga där överensstämmelsen mellan klientens egna och socialtjänstens uppgifter är bäst. Socialtjänsten har bättre kännedom om samhällliga insatser än klienten, medan klienten själv bäst känner till sin hälsa och sina relationer.

Sallmén och Berglund (Sallmén 1999) genomförde en 18-månaders uppföljning (median tolv månader) av 104 alkoholister som vårdats på Karlsvik LVM-hem mellan november 1990 och december 1992. Av dessa var 73 män och 21 kvinnor. Tio avböjde deltagande, 22 var döda och två kunde inte lokaliseras. Av 92 klienter var 81 registrerade som patienter på alkoholkliniken (MAS) och deras medicinska journaler gjordes tillgängliga. Intervjuerna skedde personligen med 48 klienter och med ytterligare tio telefonledes. Även socialsekreterare kontaktades för information om klienternas omständigheter. De klienter som hade färre än 60 dagar med alkoholkonsumtion under 12-månadersperioden efter utskrivning ansågs förbättrade.

Huvudresultaten var mycket hög dödlighet, högre än i någon tidigare känd studie av motsvarande klientgrupp. Klienter med psykiatriska diagnoser dog i mindre utsträckning än de utan sådana diagnoser, sannolikt beroende på att de med diagnoser fick mera vård än de utan diagnoser. Psykiatrisk komorbiditet var inte heller relaterad till graden av alkoholmissbruk vid uppföljningen. De variabler som indikerade social stabilitet (boende, relationer, sysselsättning) var starkast relaterade till såväl alkoholmissbruk som dödlighet, på så sätt att de med ordnade sociala förhållanden både drack mindre och överlevde i större utsträckning än de som inte levde socialt ordnat. Forskarna fann inga skillnader i utfall (drickande och mortalitet) mellan frivilligt och tvångsvis behandlade.

Gerdner har sammanställt data från totalt 32 utfallsstudier från LVM-vård, inklusive de ovan refererade (Gerdner 2004), publicerade mellan 1985 och 2003. Uppföljningstiden varierar mellan studierna men är i genomsnitt tolv månader. Utfallsmåtten är förbättring vad gäller missbruket, total nykterhet/drogfrihet och överlevnad. Studierna tillämpar olika definitioner av förbättring vad gäller missbruket men genomsnittlig andel förbättrade i studierna är 30 procent. Total drogfrihet ligger på 9 procent i genomsnitt. Det årliga dödstalet är omkring 7 procent, vilket är oförändrat under hela perioden men kan variera från studie till studie.

Larsson Lindahl (2006, 2010) har studerat 2-årsutfall av klienter från kommuner med låg respektive hög användning av LVM-vård efter lagändringen 1994, då ansvaret för att söka LVM övergick till socialtjänsten. En tredjedel av urvalet, 38 klienter, fick en tvångsindikation mellan 9.5 och 10 (högsta värdet är 10). Resten delades i två grupper med 0–5 respektive 5.5–9 (35 respektive 33 fall). Det fanns god överensstämmelse mellan de två socialsekreterarnas bedömning av klienternas omständigheter ifråga om

tvångsindikation. Bland fallen med hög tvångsindikation dömdes endast 19 procent till tvångsvård om de kom från kommuner med låg frekvens av LVM-ansökningar, men 95 procent om de kom från kommuner med hög frekvens av LVM-ansökningar. Ju högre tvångsindikation en klient fick, desto större skillnad mellan LVM-ansökningarna mellan kommuner med hög respektive låg frekvens av LVM-ansökningar. Detta bekräftar enligt författarna studiens kvasiexperimentella karaktär.

Sju klienter hade dött vid 2-årsuppföljningen. Ingen av dem hade dömts till tvångsvård. Fem tillhörde gruppen med låg tvångsindikation och två gruppen med hög tvångsindikation. Tre dog i överdos, alla tillhörande gruppen med låg tvångsindikation. Bland de överlevande bedömdes 31 personer (29 procent) ha förbättrats. Av dem missbrukade inte 28 personer vid uppföljningen och tre personer missbrukade mindre än hälften av den mängd de missbrukade vid studiens början. Tio klienter hade förbättrats i alla undersökta hänseenden och ytterligare tio klienter hade fått förbättringar i två av de undersökta omständigheterna. Elva klienter hade förbättrats endast ifråga om missbruket.

I den icke-förbättrade gruppen (68) kvarstod missbruket på samma nivå som i början. En hade dock fått bättre boendesituation, medan en annan hade fått det bättre ifråga om sin försörjning. Resten låg antingen på oförändrad eller på försämrade nivå.

Vid 2-årsuppföljningen fanns inga skillnader i utfall mellan klienter från de två typerna av kommuner, vilket innebär att utfallet inte har med tvång eller frivillighet i vård att göra. De som hade hög eller låg tvångsindikation hade bättre utfall än de som tillhörde gruppen med medelhög tvångsindikation. Vidare fann Larsson Lindahl att intervju- och registerdata gav samstämmiga resultat.

I de ovan refererade studierna finner man ingen skillnad i utfall mellan frivilligt och tvångsvis vårdade manliga klienter. Sådana skillnader fann dock Larsson & Segraeus (2005) i sin 6-månadersuppföljning av 154 (manliga) klienter som skrevs ut från fem LVM-institutioner, under perioden augusti 1999 till juli 2000. I studien bildades ett utfallsmått i form av missbruksmönster i olika preparat (primärdrog och andra aktuella droger), som grundade sig på missbrukets intensitet veckovis under hela uppföljningstiden. Missbrukets intensitet mäts med DOK inskrivningsformulärs svarsalternativ (ej bruk, enstaka tillfälle, 1 dag/vecka eller mindre, 2–3 dagar/vecka, 4–6 dagar/vecka och dagligen). Förutom missbrukets intensitet och varaktighet, ingår tidpunkten för första återfallet efter utskrivning och antalet veckor med lägre missbruksintensitet i utfallsmåttet. Till slut valdes tre mönstergrupper: de som varit drogfria sedan utskrivningen (18 klienter) och de 23 klienter som endast missbrukat vid enstaka tillfällen eller en kortare period (upp till tre veckor), med intensiteten 1–3 dagar per vecka. Gruppen betecknas av återhållsamt missbruk. Den andra mönstergruppen består av totalt 54 klienter med moderat missbruk, där personer som missbrukat 1–3 dagar per vecka ingår. Den tredje missbruksmönstergruppen består dels av dem som missbrukat dagligen sedan utskrivningen, dels av dem som haft någon drogfri period (oftast i samband med ytterligare vård) men annars missbrukat dagligen. Gruppen består av 50 personer och betecknas med tungt missbruk.

Studien påvisar skillnader mellan frivilligt vårdade och tvångsvårdade klienter för utfall i missbruk. Det fanns även vissa skillnader mellan olika tvångsvårdade klienter beroende på om de kom in efter att dom om tvångsvård var fastställd i länsrätt, om de

togs in med omedelbart omhändertagande jämlikt § 13 och fick tvångsvård fastställd i länsrätt, eller om sådan ansökan antingen inte lämnades in eller lämnades in men inte fastställdes (§ 4/4, § 13/4 och § 13/13). Den sistnämnda gruppen är till exempel klart överrepresenterad bland dem som får ett nytt LVM inom sex månader efter utskrivning.

I en fortsatt analys av samma data testade Larsson & Segraeus (2008) tre hypoteser:

1. Frivilligt vårdade har ett bättre utgångsläge vid inskrivning och därmed större förutsättningar att förbättra sin livssituation och hälsa och minska sitt missbruk jämfört med de tvångsvårdade.
2. De akut omhändertagna har en sämre social livssituation och hälsa än de planerat intagna enligt 4 § LVM och därmed sämre förutsättningar att förbättras.
3. De akut omhändertagna som inte döms till tvångsvård, och därmed inte anses uppfylla kriterierna för tvångsvård, har ett bättre utgångsläge och lyckas bättre än de som efter akut omhändertagande döms till tvångsvård enligt 4 § LVM.

Larssons & Segraeus första hypotes fick stöd, vilket också Gerdner har funnit i sina studier (Gerdner 1998; 2000). Deras andra hypotes fick inte stöd utan det visade sig att de klienter som kommer in regelrätt efter utredning enligt 4 § LVM har sämst livssituation, såväl före som efter vård. Inte heller den tredje hypotesen fick stöd i analysen, men där visade resultaten att det inte fanns någon signifikant skillnad i utfall mellan de akut omhändertagna som inte dömts till tvångsvård och dem som fick tvångsvård enligt 4 § LVM.

Fridell med flera (2009) har följt upp kvinnliga klienter från Lunden, såväl LVM som LVU, fem år efter utskrivning. I studien jämförs utredda klienter med de klienter som inte utreddes i samband med tvångsvården (utredningens innehåll, se Fridell med flera 2009, sidan 32). Inskrivningarna/utredningarna skedde mellan åren 1997 och 2000. Uppföljning skedde via personliga intervjuer och genom uppgifter från lagföringsregistret, dödsorsaksregistret och slutenvårdsregistret. Somatisk sjuklighet kartlades endast vid inskrivning. Uppgifter om senare LVU-/LVM-placeringar infogades. I gruppen är 90 procent narkotikamissbrukare. Urvalet kom att bestå av 132 individer, 80 LVM- och 52 LVU-klienter. Vid uppföljningen fem år senare är drygt hälften av båda grupperna drogfria (55 procent i LVM- och 54 procent i LVU-gruppen) sedan minst en månad tillbaka. Det senaste året har 36 respektive 35 procent varit drogfria och 23 respektive 31 procent har haft en stabil drogfrihet om två år eller längre. 14 respektive 13 procent har varit drogfria kontinuerligt sedan inskrivningen. Drygt var femte i LVM-gruppen och något fler än var tredje (37 procent) i LVU-gruppen försörjer sig på arbete, studier och dylikt. Uppgifter från lagföringsregistret visar att i ett 8-årsperspektiv (fyra år före – fyra år efter inskrivning hos SiS) var såväl uppföljnings- som kontrollgruppen mest kriminella vid inskrivningen och att kriminaliteten sjunker kontinuerligt efter SiS-vård. Dödligheten i LVM-gruppen är 1,5 procent årligen och i LVU-gruppen 0,06 procent årligen beräknat på fyra år. Standardiserat dödstal för grupperna gemensamt är 5,30. Inget av dödsfallen är orelaterat till drogbruk. Fridell med flera finner liknande grupper bland de uppföljda som Larsson & Segraeus fann i sin uppföljningsstudie – en

grupp som höll sig nykter eller hade ett kortare återfall efter utskrivning, en grupp som hade återkommande återfall men i mindre skala och en grupp som missbrukat kontinuerligt sedan utskrivningen. Fördelningen mellan grupperna var emellertid inte densamma i dessa två uppföljningar.

## 1.7 Sammanfattning

Resultaten i de olika uppföljningarna är något motsägelsefulla. I en av Gerdners (1997) studier nådde de frivilligt vårdade bättre resultat än de tvångsvårdade, medan han inte fann några skillnader i utfall i en annan studie (Möller, Gerdner & Oscarsson, 1988). Inte heller fann Larsson Lindahl (2006, 2010) några skillnader i utfall mellan klienter som tvångsvårdades och dem som fick frivillig vård. Larsson & Segraeus (2005) däremot fann sådana skillnader mellan de frivilliga och de tvångsvårdade, vilket kan bero på att de sistnämnda använde ett noggrannare utfallsmått i sin studie.

Deltagande i självhjälpgrupper, fortsatt frivillig/öppenvård och – i Sallmén och Berglunds studie – att ha fått en psykiatrisk diagnos, har positiv effekt på utfallet, förbättring i förhållande till missbruket respektive dödlighet. Med undantag för Bergmarks (2004) studie har de refererade undersökningarna hämtat sina uppgifter från klienten personligen, från socialtjänsten eller både och. Endast Bergmarks studie är ren registeruppföljning men den innehåller uppgifter från klienternas sociala akter, vilket innebär att han har uppgifter om frivillig vård också. Bergmark fann även att de som hade återkommande LVM-domar hade högre dödlighet än de som inte återkom.

Könsfördelningen varierar från studie till studie, och när både män och kvinnor ingår är fördelningen sällan proportionerlig jämfört med vad som är känt om missbrukspopulationer (ungefär 2/3 män, 1/3 kvinnor). I de refererade studierna finns en som bara innehåller män (Larsson & Segraeus) och en som bara omfattar kvinnor (Fridell med flera).

Uppföljningstiderna varierar från sex månader (Larsson & Segraeus) till fem år (Fridell med flera) och är dessutom varierande i de flesta studierna, vilket också gör det svårt att dra några bestämda slutsatser om resultaten. Ytterligare en svårighet är att undersökningspopulationerna är små och att bortfallet är relativt stort. Undantaget är Bergmarks studie.

Med undantag av Bergmarks studie, som omfattar tvångsvårdade Stockholmsklienter under tre år, och Larsson & Segraeus uppföljning, som omfattar manliga klienter från fem LVM-institutioner, består populationerna i de refererade undersökningarna av personer som vårdats på en viss institution eller ibland två. Eftersom institutionerna i viss mån är inriktade på skilda typer av klienter geografiskt, ur missbruks- och hälso-synpunkt eller ifråga om klienternas kön, har resultaten begränsad generaliserbarhet.

Styrkan i de refererade studierna är att de innehåller uppgifter från tiden då en vårdepisod börjar och en tid efter behandlingen, och att de flesta studierna har strävat efter att nå klienterna själva för uppföljning. Flera av undersökningarna innehåller också uppgifter från den socialtjänst som har ansvarat för personens placering för missbruksvård. Ett par av studierna kombinerar enkät- eller intervjuuppgifter med uppgifter från nationella register, vilket är det optimala.

## 2. Översikt av klienter vid SiS institutioner

Vi börjar med att beskriva gruppen vuxna missbrukare som vårdats hos SiS, med hjälp av uppgifter som dels lämnas av socialtjänsten vid placering på SiS, dels samlas in på institutionerna. Tabell 1 innehåller uppgifter från SiS klient- och institutionsadministrativa system (KIA) och omfattar alla inskrivningar på SiS årsvis under perioden 1999–2006. I redovisningen nedan ingår årligen unika personer men samma personer kan återkomma i materialet året därpå eller senare. Mera om detta i resultatkapitlet.

Tabell 2.1 visar för det första att antalet inskrivna vuxna missbrukarklienter minskade successivt fram till och med år 2004. Det har dock varit något högre under åren som de särskilda projekten genomfördes (från och med 2004 Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet). För det andra ser vi att könsfördelningen är ungefär densamma varje år – cirka 70 procent män och cirka 30 procent kvinnor (se också diagram 1). För det tredje visar tabellen och diagrammen 3 och 4 nedan att kvinnorna i genomsnitt är yngre än männen. Vidare ser vi att kvinnornas vårdtider i genomsnitt är något längre än männens och att andelen omedelbart omhändertagna ökar. Vid slutet av den studerade perioden är de omedelbart omhändertagnas andel uppe i fyra av fem.

**TABELL 2.1**

Inskrivna klienter under perioden 1999–2006

		1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Antal	Totalt	1 240	1 151	1 119	1 113	1 028	976	1 176	1 120
	Män	831	852	775	776	761	650	752	754
	Kv	409	299	334	377	267	326	364	366
Medelålder	Totalt	40	41	40	41	42	42	42	42
	Män	41	42	41	43	44	43	44	44
	Kv	38	39	36	37	37	40	39	39
Vistelseid (genomsnitt dagar)	Totalt	132	136	139	135	135	139	135	143
	Män	126	128	133	129	124	134	127	139
	Kv	146	154	152	150	162	148	151	151
Andel § 13 LVM		70	70	78	81	83	79	80	80

Årsredovisningar 1999–2006, SiS. Uppgifterna bygger på KIA.

I diagrammen som följer anges uppgifter som har dokumenterats i SiS dokumentationssystem, DOK, vilket är en intervju som görs i samband med klientens inskrivning. De som är dokumenterade i DOK-systemet är till antalet färre än de KIA-registrerade. Andelen som inte har dokumenterats i DOK, vare sig genom intervju eller journal, har varierat under de år vår undersökning omfattar. År 1999 saknades information om 17 procent av klienterna och året därpå 16 procent. År 2001 var andelen icke dokumenterade som högst, hela 22 procent, men sedan dess har de icke-dokumenterades andel sjunkit successivt. Sedan år 2004 ligger de på ungefär 10 procent (se respektive Årsrapport DOK).

De uppgifter som redovisas här börjar med klienternas köns- och åldersfördelning årsvis. Vi redovisar också intagningsgrund, som i detta fall avser om klienten vårdas frivilligt jämlikt socialtjänstlagen eller utan samtycke, med stöd av lagen om vård av missbrukare i vissa fall, LVM. Vidare redovisar vi om det rör sig om omedelbart omhändertagande enligt § 13 LVM eller om tvångsvården är fastställd i länsrätten (förvaltningsdomstolen), och klienten därmed kommer in med stöd i § 4 LVM.

Vi redovisar även uppgifter om klientens boendeform, levnadsform, utbildning, försörjning samt uppgifter om missbruk baserade på DOK inskrivningsintervjuer. Bortfallet i de redovisade uppgifterna är lågt, bara ett par procent som högst, förutom när det gäller utbildningsnivå, där bortfallet är 5–6 procent.

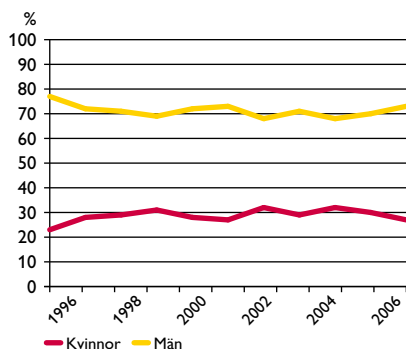


Diagram 1. Könsfördelning

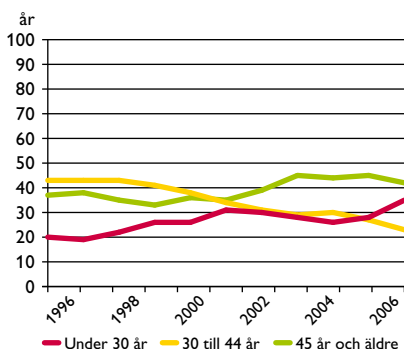


Diagram 2. Åldersfördelning

Åldersspridningen har minskat under 00-talet bland SiS missbruksklienter, även om den äldsta gruppen ser ut att öka jämfört med de två yngsta grupperna (diagram 2).

Bland kvinnorna är varje särredovisad åldersgrupp i stort sett lika stor på 00-talet medan de två yngre åldersgrupperna är lika stora bland männen och den äldsta gruppen tydligt är störst. Den likriktning som syns i diagram 2 beror på den jämna fördelningen bland kvinnorna (diagram 3) i de tre åldersgrupperna. Den yngsta gruppens relativa andel bland klienterna har ökat successivt under hela den studerade perioden.

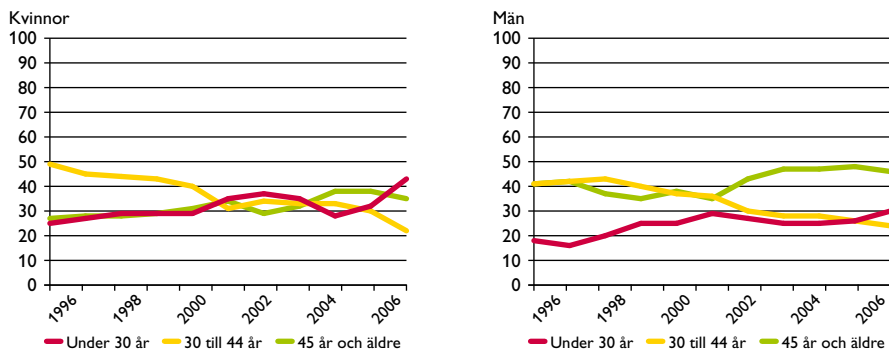


Diagram 3 och 4. Åldersfördelning för kvinnor respektive män

## 2.1 Intagningsgrund

Bland de tvångsintagna dominerar de omedelbart omhändertagna mer och mer. De frivilligt intagnas andel är bara drygt 10 procent, vilket betyder att deras relativa andel bland SiS missbruksklienter har mer än halverats sedan 1997. Nedgången av deras andel har skett kontinuerligt och andelen tycks ha nått sin bottennivå på 00-talet.

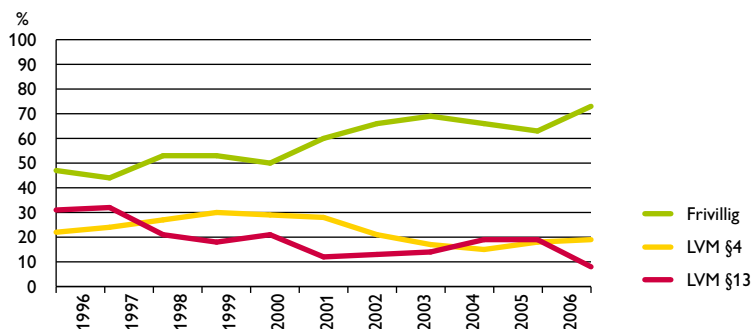


Diagram 5. Intagningsgrund

Trenden är densamma för båda könen: de omedelbart omhändertagnas andel ökar och andelen som kommer in med stöd av § 4 LVM – alltså med planerad vård – minskar liksom andelen som kommer frivilligt. Bland kvinnorna har de frivilligas andel egentligen aldrig varit särskilt hög, strax över 20 procent som mest (diagram 6). Men de omedelbart omhändertagnas andel ökar stadigt från år till år. Bland männen (diagram 7) är utvecklingen mindre tydlig än bland kvinnorna. De frivilligas andel går ner och de omedelbart omhändertagnas andel går upp, även om kurvan är hackigare än den som beskriver utvecklingen bland kvinnorna.

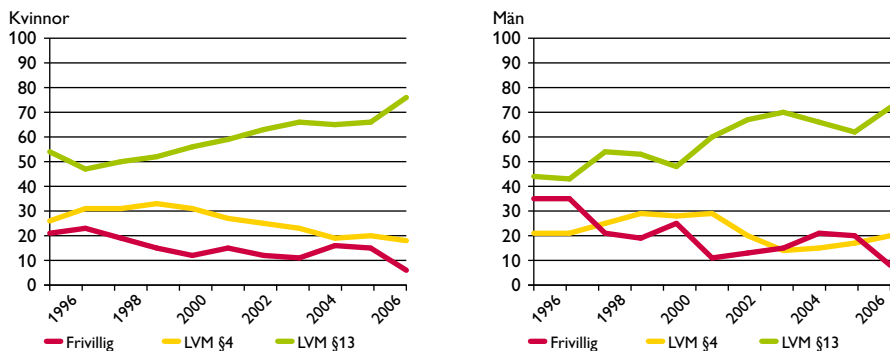


Diagram 6 och 7. Intagningsgrund för kvinnor respektive män

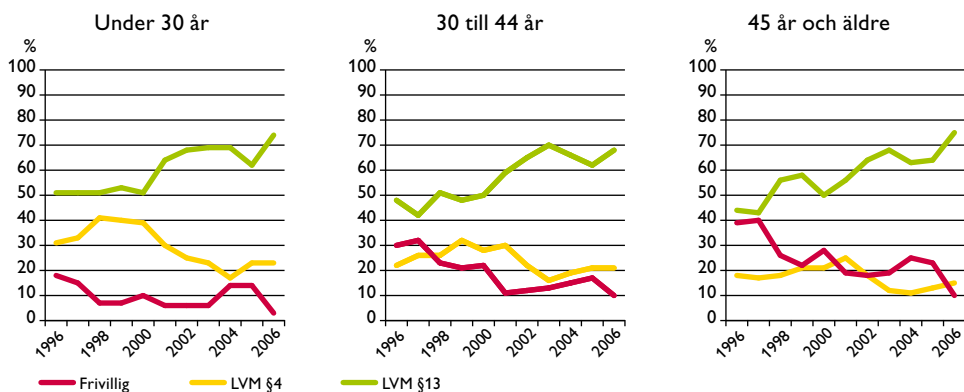


Diagram 8–10. Intagningsgrund för respektive åldersgrupp

Diagrammen 8–10 visar för det första att de omedelbart omhändertagnas andel är högst i varje åldersgrupp och att andelen ökar i förhållande till de andra intagningsgrunderna, från ungefär år 2000 och framåt. Ökningen är dock tydligast i de två yngre åldersgrupperna. § 4 LVM som intagningsgrund är vanligast bland de yngsta klienterna, dem under 30 år. I den äldsta åldersgruppen, bland de som är 45 år fyllda, är andelen frivilligt intagna högst men har sjunkit precis som i de andra åldersgrupperna.

## 2.2 Boendeform de senaste 30 dagarna

Den äldsta gruppen har egen bostad 30 dagar före inskrivning i störst utsträckning och är också helt bostadslösa i minst utsträckning. I mellanåldersgruppen, de mellan 30 och 44 år, har bara drygt hälften en egen bostad, vilket är lågt med tanke på gruppens ålder. Det är också i denna grupp som andelen bostadslösa är högst. I den yngsta gruppen har ungefär var tredje egen bostad och cirka var femte är bostadslös. Över tid kvarstår situationen i stort sett oförändrad på gruppnivå.



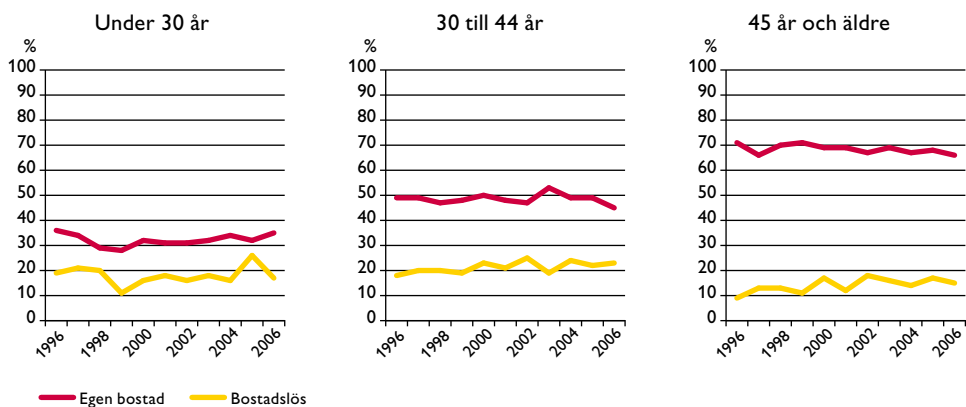


Diagram 11–13. Boendeform senaste 30 dagarna före inskrivning, efter ålder

Utöver kategorierna med egen bostad och bostadslös finns andra boendeformer såsom andrahandsboende, boendekollektiv, försökslägenhet, institutionsvistelse inklusive familjevård, fängelse samt att bo kvar hos föräldrarna eller andra släktingar. Ungefär varannan i den yngsta åldersgruppen har angett annat boende än egen bostad eller bostadslöshet. Ungefär var femte bor hos föräldrar/släktingar, ungefär 15 procent i någon form av institution och 20 procent har angett "annat". Det sistnämnda omfattar bland annat andrahandsboende och att bo hos kompisar. I nästa åldersgrupp är det ungefär var fjärde som inte passar in i kategorierna egen bostad eller bostadslös; 15 procent har angett "annat". I den äldsta gruppen är ungefär 15 procent utanför kategorierna egen bostad och bostadslöshet. Hälften av dem har angett "annat" och hälften antingen institution eller föräldrar/släkt.

## 2.3 Levnadsform

Här avses klientens situation de senaste 30 dagarna före inskrivning. Av kvinnorna är drygt 50 procent ensamlevande och av männen cirka 70 procent. Siffran omfattar även ensamstående med barn vilka utgör 1–2 procent av andelen. Var fjärde man i populationen sammanlever med en annan vuxen person. För männens del har situationen sett i stort sett likadan ut ända sedan mitten av 90-talet, medan andelarna som lever ensamma respektive som sammanlever med någon bland kvinnorna har närmast sig varandra och på 00-talet utgör omkring hälften var.

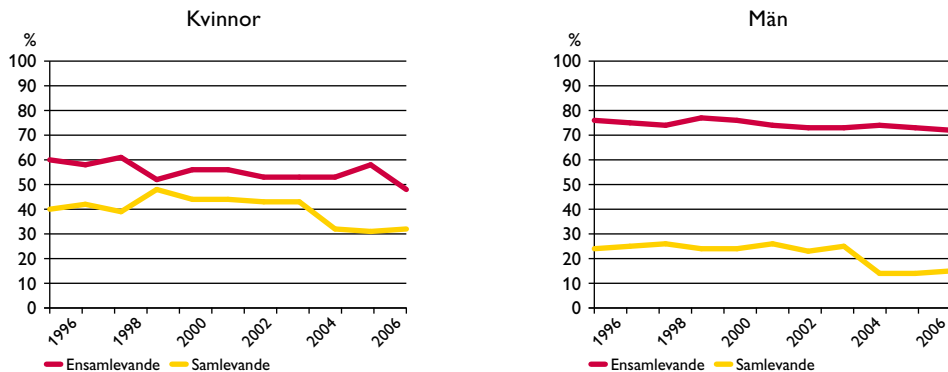


Diagram 14–15. Ensamlivande (inklusive ensamstående med barn) och samlevande kvinnor respektive män

## 2.4 Utbildning

Drygt var tionde klient som vi har dokumentation för (bortfall 5–16 procent), har inte fullföljt grundskoleutbildningen. Andelen är högst i den yngsta åldersgruppen, bland dem under 30 år, men är inte nämnvärt lägre i nästa åldersgrupp, bland 30–44-åringarna. I början av den studerade perioden var andelen som inte hade fullföljt grundskolan 20 procent i de två yngsta grupperna, men andelen sjunker något mot slutet av perioden. I den äldsta åldersgruppen har denna andel varit rätt konstant, kring 10 procent. Fullföljd grundskola som högsta utbildning har drygt hälften av de yngsta, mellan 40 och 50 procent av åldersgruppen 30–44 år och ungefär hälften i den äldsta gruppen. Gymnasieutbildning är högsta utbildning för ungefär var fjärde i den yngsta gruppen, för ungefär var tredje och stigande mot slutet av den studerade perioden för åldersgruppen 30–44 och rätt stabilt kring 30 procent för den äldsta åldersgruppen. Överlag är det rätt få bland SiS klienter som har fullföljt en eftergymnasial utbildning – andelen är högst i den äldsta åldersgruppen och ligger på omkring 10 procent.

I svensk totalbefolkning (20–64 år) år 2001 hade 9 procent förgymnasial utbildning kortare än 9 år (det finns ingen uppgift om icke-fullföljd grundskoleutbildning på befolkningsnivå), 11 procent hade 9-årig utbildning, 33 procent hade kort gymnasieutbildning och 16 procent 3-årig gymnasieutbildning. Eftergymnasial utbildning hade totalt 30 procent av befolkningen (14 procent kortare än 3 år och 16 procent 3 år eller längre). Förutom ifråga om eftergymnasial utbildning är SiS klienters utbildningsnivå inte anmärkningsvärt låg (Utbildningsstatistisk årsbok 2001, SCB).

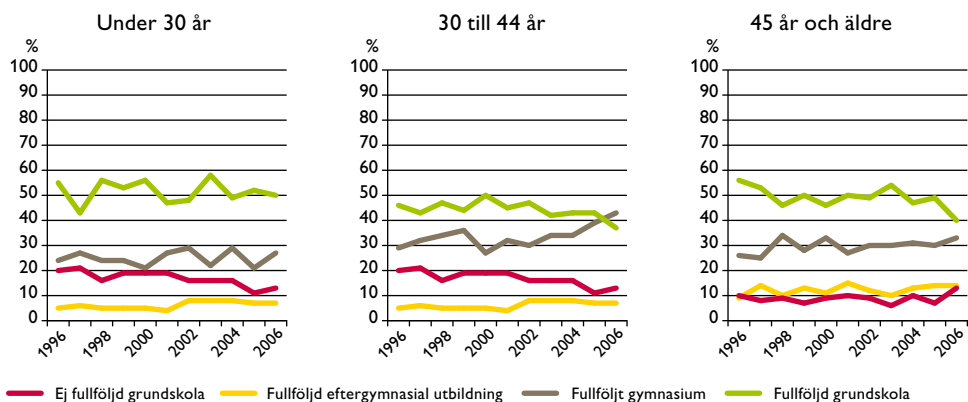


Diagram 16–18. Högsta fullföljda utbildningsnivå i respektive åldersgrupp

## 2.5 Försörjning

Knappt en tiondel försörjer sig genom lön eller a-kassa, i den yngsta gruppen 7–8 procent, i åldersgruppen 30–44 år ungefär 10 procent och drygt var tionde i den äldsta gruppen. Sjukpenning, som är knuten till anställning, anges av omkring 7 procent i den yngsta, av cirka 15 procent i den mellersta och av drygt 10 procent i den äldsta åldersgruppen som bidragande till försörjningen. Men de vanligaste försörjningssätten bland SiS missbruksklienter är någon form av offentlig försörjning, å ena sidan förtidspension eller sjukbidrag (cirka en tredjedel), å andra sidan försörjningsstöd (socialbidrag) vars andel är något lägre. I den yngsta gruppen dominerar socialbidrag eller försörjning genom anhöriga. Fler än hälften försörjer sig på det sättet, i åldersgruppen 30–44 år lever ungefär lika andelar (30–40 procent) på förtidspension/sjukbidrag respektive socialbidrag medan det i den äldsta åldersgruppen är drygt hälften vars försörjning består av förtidspension/sjukbidrag. I den äldsta gruppen är dessutom 7–8 procent ålderspensionärer. I den yngsta åldersgruppen har nästan var femte angett "annat", vilket innebär att de inte har velat specificera hur de försörjer sig. Sannolikt döljer sig sådant som kriminalitet och prostitution bakom dessa siffror, men kanske i första hand att de försörjs av sina föräldrar (ej redovisat i diagrammet). I totalbefolkningen 16–64 år var 78 procent av männen och 73,5 procent av kvinnorna förvärvsarbetsbetande åren 2003–2004. Andelen arbetslösa var 4,7 procent av männen och 4,6 procent av kvinnorna (SCB, 2005).

## 2.6 Klienternas huvuddrog vid inskrivning

Nedanstående diagram visar vilket preparat som månaden närmast före inskrivning har varit klientens huvudsakliga drog enligt vad klienten själv har angett. Det är emellertid vanligt med blandmissbruk, vilket gäller för nästan hälften av SiS vuxna missbruksklienter (se respektive års Årsrapport DOK). Först visas primär drog för samtliga

dokumenterade klienter, sedan för män och kvinnor och sist för respektive åldersgrupp. Uppgiften anses tillförlitlig från och med år 1998 och redovisas därför inte för 1996 och 1997. Generellt är alkohol det primära preparat som socialtjänsten anger när de placerar på SiS, vilket gäller för ungefär 60 procent av klienterna. Därefter vanligast, och i stort sett lika vanligt, är användning av heroin och andra opiater respektive amfetamin som primär drog. Någon enstaka procent har cannabis som sin primärdrog.

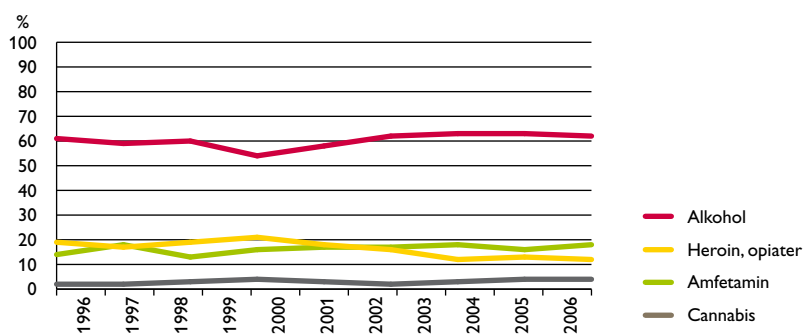


Diagram 19. Primärdrog de senaste 30 dagarna

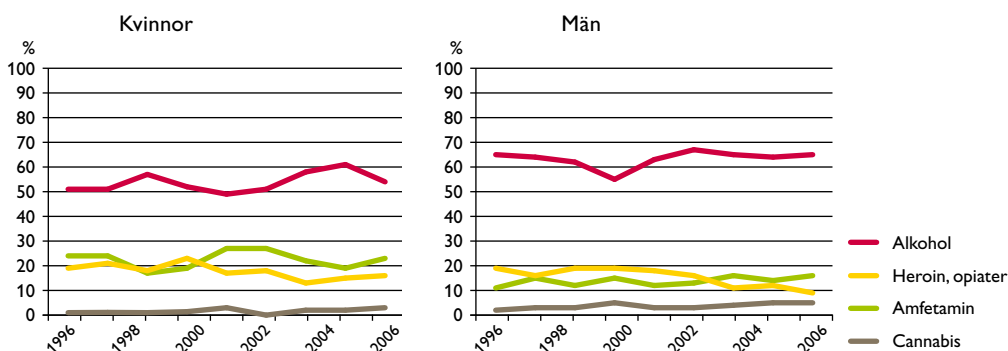


Diagram 20–21. Primärdrog för kvinnor respektive män

Drygt hälften av de dokumenterade kvinnorna har alkohol som huvuddrog, sedan kommer amfetamin (cirka 20 procent) något oftare än opiater (cirka 15 procent). Under den studerade perioden blir amfetamin vanligare som primärdrog jämfört med opiater bland kvinnorna, vilket syns tydligast i åldersgruppen 30 till 44 år. Från och med år 2001 utgör läkemedel en egen kategori i DOK-formuläret – cirka 4 procent av kvinnorna har angett läkemedel som sin primära drog, vilket är ungefär i nivå med cannabisbruket.

Drygt 60 procent av männen har alkohol som primärdrog under den studerade perioden, med undantag av år 2001 då andelen låg något under 60 procent. Den näst vanligaste drogen är heroin för männen medan amfetamin kommer strax efter fram till år 2003. Därefter byter preparaten plats som primärdrog. Cannabis är något vanligare som primärdrog bland män än bland kvinnor – men även bland män den ovanligaste av de uppräknade drogerna.

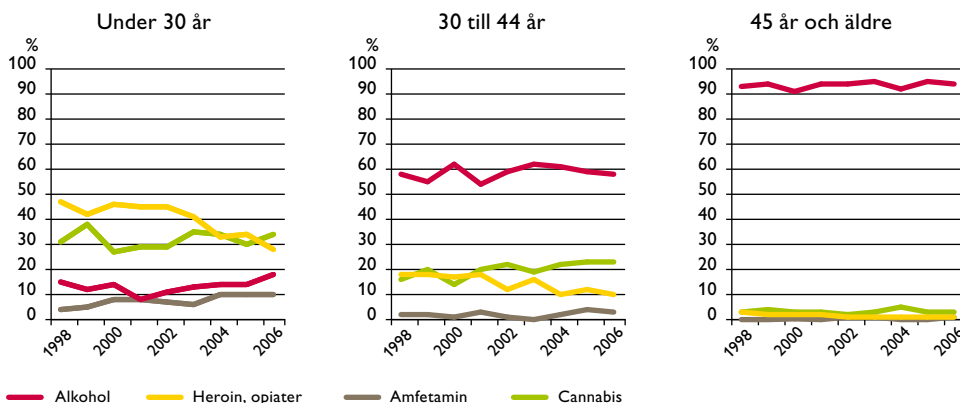


Diagram 22–24. Primärdrog för respektive åldersgrupp

I åldersgruppen 18–29 år var opiater den dominerande primära drogen fram till år 2003, men åren efter det har opiater och centralstimulerande preparat växlat som främsta drog i denna åldersgrupp. I slutet av 1990-talet var andelen opiatmissbrukare ungefär 40 procent, och i mitten av 00-talet ligger både opiat- och amfetamin på omkring 30 procent. De andra preparaten, alkohol och cannabis, har angetts vara primär drog av drygt 10 respektive knappt 10 procent i denna åldersgrupp. Alkoholens andel som primärdrog har stigit i denna åldersgrupp under 00-talet.

I nästa åldersgrupp, 30–44 år, har alkohol stigit till att vara den främsta drogen, vilket gäller för ungefär 60 procent av klienterna. Opiater och centralstimulerande preparat kommer därefter. Fram till början av 2000-talet var amfetamin och heroin lika vanliga som primär drog i denna åldersgrupp men senare har amfetaminets betydelse överstigit heroinets så att cirka 20 procent anger amfetamin och cirka 10 procent heroin som sin primära drog.

I den äldsta gruppen, bland 45 år fyllda, är alkohol primär drog för över 90 procent av klienterna. Någon enstaka procent har angett opiater, centralstimulantia respektive läkemedel. Cannabis som primär drog finns knappt i denna åldersgrupp klienter.

## 2.7 Sammanfattning

Antalet klienter som vårdas på SiS LVM-institutioner har varierat från nästan 1 250 till knappt 1 000 per år under den studerade tidsperioden. Kvinnornas andel varierar mellan en fjärdedel och en tredjedel. Kvinnorna är i genomsnitt något yngre än männen och de vårdas i snitt längre tid på LVM-institution än männen.

Under den studerade perioden sker två utmärkande förändringar i SiS-klienters egenskaper. Det ena är att den yngsta åldersgruppen, de som ännu inte har fyllt 30 år, ökar stadigt medan mellanåldersgruppen, de mellan 30 och 44 år, minskar i andel. Det andra är att fler och fler tas in omedelbart, enligt § 13 LVM. Andelen ökar från 70 till 80 procent av inskrivningarna totalt och från knappt hälften till drygt 70 procent bland dem som dokumenterats i DOK-systemet. Samtidigt minskar inskrivningar på frivillig

basis från cirka 30 till cirka 10 procent. Denna utveckling gäller både män och kvinnor.

Ungefär en tredjedel av den yngsta åldersgruppen, av dem under 30 år, har egen bostad, cirka hälften av 30–44-åringarna, och cirka 70 procent bland dem som fyllt 45 år. Bostadslösas andel är omkring 20 procent i de två yngre åldersgrupperna och 10–15 procent bland de äldsta klienterna. Vad gäller utbildning har många inte fullföljt grundskolan och knappt var tionde har en eftergymnasial utbildning jämfört med var tredje i totalbefolkningen. Endast knappt var tionde har någon arbetsrelaterad inkomst, och det vanligaste försörjningssättet är olika former av försörjningsstöd, socialbidrag och bland de äldsta förtidspension/sjukbidrag.

Den dominerande drogen bakom tvångsomhändertagandet är alkohol, även om det finns variation efter kön och ålder. Relativt sett fler män än kvinnor omhändertas på grund av alkoholmissbruk och ju äldre klienten är, desto oftare är alkohol primärdrogen.

## 3. Uppföljningen

### 3.1 Klienter som ingår i studien

Populationen i denna studie utgörs av klienter som varit inskrivna på någon av SiS LVM-institutioner under perioden 1999–2003. Detta inkluderar såväl frivilligt som tvångsvårdade klienter. I de fall en klient har två eller fler vårdtillfällen under den aktuella tidsperioden, har det första tillfället valts ut. Totalt ingår 4 341 unika klienter i undersökningsgruppen. Knappt en tredjedel av dem är kvinnor (1 298 personer). I tabell 3.1 redovisas studiens klientgrupp efter det år de skrevs in för första gången under perioden 1999–2003. Andelen klienter är av naturliga skäl störst år 1999 (28 procent) och avtar sedan med tiden.

TABELL 3.1

Klienterna i studien efter inskrivningsår hos SiS

Inskrivningsår	Antal	Andel
1999	1 234	28
2000	913	21
2001	795	18
2002	724	17
2003	675	16
Totalt	4 341	100

Det är en stor åldersspridning på klienter som vistas hos SiS, från 18 till 87 år. Medelåldern för hela gruppen uppgår till 40 år, något högre för män än för kvinnor (41 respektive 38 år). Kvinnornas fördelning i de tre åldersgrupperna (–29 år, 30–44 år och 45– år) är 34, 37 respektive 30 procent och männens 25, 33 respektive 42 procent. Bland kvinnorna är alltså de yngre relativt sett fler medan det förhåller sig tvärtom bland männen: de äldstas andel är högst.

### 3.2 Lagrumsgrupper

Klienterna i denna studie har klassificerats i fem olika grupper. Indelningen av grupperna baseras på om klienten varit frivilligt eller tvångsmässigt vårdad. Frivilligt vårdade utgör en egen grupp medan de tvångsvårdade bildar fyra undergrupper. De delas i första steget in efter om vistelsen hos SiS var planerad enligt 4 § LVM eller om den inleddes med ett omedelbart omhändertagande enligt 13 § LVM, och i ett andra steg efter hur vistelsen avslutades (vilken paragraf som gällde vid utskrivning). Dessa fem grupper kallas fortsättningsvis för lagrumsgrupper och är följande:

- frivilligt vårdade klienter enligt socialtjänstlagen, betecknas med SoL
- klienter med en planerad tvångsvårdsperiod, betecknas med § 4/4
- klienter som blivit omedelbart omhändertagna och där länsrätten/förvaltningsdomstolen har beslutat att vården ska fortsätta enligt § 4 LVM, betecknas med § 13/4
- klienter som blivit omedelbart omhändertagna men där socialtjänsten valt att inte ansöka om tvångsvård eller där domstolen har avslagit ansökan om tvångsvård enligt § 4 LVM, betecknas med § 13/13
- gruppen som betecknas med § 13/13+SoL, som överensstämmer med föregående grupp men med den skillnaden att klienten stannar kvar hos SiS och vårdas frivilligt efter att det omedelbara omhändertagandet har upphävts.

Den bakomliggande idén för grupperingen i de fem lagrumsgrupperna är alltså vilka paragrafer i socialtjänstlagstiftningen som används vid placeringen hos SiS. För det första utgår vi ifrån att klientens vårdväg är baserad på socialtjänstlagens paragrafer, och antar att den återspeglar hans eller hennes vårdbehov och allmänna situation. Exempelvis har de som i princip bara hinner avgiftas (§ 13/13) kanske inte så stort vårdbehov eller också går de snabbt in i frivillig vård utanför SiS. Denna grupp kan skilja sig på ett eller flera plan, från till exempel klienter med en planerad tvångsvårdsperiod enligt § 4/4 med en vårdtid upp till sex månader. Genom denna indelning av populationen i lagrumsgrupper, särskiljs grupper med olika vistelsetider hos SiS. Detta är av extra stor vikt vid en studie av utfall efter behandling, eftersom vistelsetiderna hos SiS varierar från någon vecka till ett halvår beroende på lagrum för vården. Det visar sig också, vilket diskuteras nedan, att det rör sig om olika typer av klienter i de olika lagrumsgrupperna.

### **Lagrumsgrupperna**

Den största enskilda lagrumsgruppen är § 13/4 (38 procent), 14 procent av klienterna har vistats hos SiS enligt § 13/13 och 10 procent enligt § 13/13+SoL. Knappt var femte klient (19 procent) vårdades frivilligt enligt socialtjänstlagen. Gruppen omfattar också tre klienter som vårdats enligt brottsbalken och 23 klienter som vårdats enligt 34 § Kval. Dessa sistnämnda personer kan välja mellan LVM-institution och fängelse och betraktas därför som frivilligt vårdade. Lika hög andel (19 procent) kommer in med redan fastställd LVM-vård enligt paragraf 4 (§ 4/4).

Fördelningen skiljer sig emellertid mellan män och kvinnor och olika åldersgrupper (-29 år, 30-44 år och 45- år), se tabell 3.2. Av de frivilligt vårdade (SoL) består 80 procent av män, och nästan 40 procent av gruppen är 45 år fyllda män (appendix tabell A.1). Medianåldern för kvinnor och män i denna grupp är 41 respektive 44 år. I lagrumsgruppen § 13/13+SoL är andelen män nästan lika hög som bland de frivilligt vårdade, 75 procent, och drygt hälften av gruppen består av män som fyllt 45 år. I termer av medianålder är denna grupp äldst, 46 år för kvinnor och 51 år för män. De tvångsvårdade är generellt yngre än de frivilligt vårdade. Medianåldern är 36 respektive 40 år för kvinnor respektive män i gruppen § 13/13, 36 och 39 i gruppen § 13/4 och 35 respektive 38 i gruppen § 4/4. I fortsättningen är det viktigt att hålla gruppernas olika sammansättning i minnet.



I varje redovisad åldersgrupp sker vården för större andel av kvinnor än av män med stöd i § 4 LVM (§ 13/4 och § 4/4). Andelarna för kvinnor respektive män är 77 och 69 procent i åldersgruppen upp till 29 år, 65 respektive 54 procent i åldersgruppen 30–44 år och 56 respektive 44 procent i den äldsta åldersgruppen. Alltså – har väl en kvinnlig missbrukare omhändertagits (jämlikt § 13 LVM), leder omhändertagandet till en fastställd dom enligt § 4 LVM oftare än för en omedelbart omhändertagen manlig missbrukare i motsvarande åldersgrupp.

TABELL 3.2

Klienterna efter kön, ålder och lagrumsgrupper (kolumnprocent)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	8	13	15	24	16	24	19
§ 13/13	12	15	12	15	12	14	14
§13/13+SoL	3	3	8	8	16	18	10
§ 13/4	52	47	41	34	41	31	38
§ 4/4	25	22	24	20	15	13	19
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Antal	439	762	475	1017	384	1 264	4 341

Gruppen § 13/13 har den kortaste vistelsetiden hos SiS (länsrätten/förvaltningsdomstolen ska besluta inom en vecka om vården ska fortsätta enligt 4 § LVM). Mediantiden uppgår till knappt en månad för SoL-placerade, ungefär tre veckor för § 13/13+SoL och knappt sex månader för både § 13/4 och § 4/4. Vistelsetidens längd återspeglar bestämmelserna som kringgärdar de olika tvångsvårdsparagraferna. Andelen klienter vars intagning på SiS har skett med stöd i § 13 LVM uppgår till 62 procent i vår studie.

### 3.3 Paragraf 27-placeringar bland tvångsvårdade klienter

Syftet med tvångsvården är att motivera klienten till fortsatt missbruksvård i frivilliga former. Detta sker bland annat genom en § 27-placering under pågående LVM (se avsnitt 1.1). En sådan placering är alltså aktuell endast i de fall klienten har fastställd tvångsvård enligt § 4 LVM, i detta fall tillhörande antingen lagrumsgruppen § 13/4 eller § 4/4 LVM.

Antalet klienter som vårdats enligt § 13/4 uppgår till 1 666 och 823 enligt § 4/4, vilket tillsammans ger 2 489 klienter. Totalt har tre fjärdedelar av de tvångsvårdade klienterna varit placerade enligt § 27 LVM. Knappt 1 100 (44 procent) klienter har ett § 27-placeringsstillfälle, 518 två, 209 tre § 27-placeringar och 67 klienter minst fyra pla-

ceringar. I registret saknas uppgifter om § 27-placeringen har avbrutits eller skälet till avbrottet, varför vi inte kan avgöra hur stor andel av de knappt 1 100 klienterna som faktiskt avslutade sin tvångsvårdsperiod med en § 27-placering. Ungefär en tredjedel (32 procent) har två eller flera § 27-placeringsstillfällen inom ramen för samma LVM-dom, vilket implicerar att åtminstone en av § 27-placeringarna avbrutits. Nästan var fjärde klient (24 procent) blev aldrig aktuell för en § 27-placering, antingen för att han eller hon inte var intresserad av en sådan placering eller för att det inte gick att finna en lämplig plats. Totalt 77 procent av gruppen § 13/4 och 74 procent av gruppen § 4/4 placerades jämlikt § 27 LVM.

### 3.4 Familjesituation påföljande kalenderår efter utskrivning

De före detta klienternas familjesituation kan närmast beskrivas med en variabel i LISA som heter familjeställning, vilket är en beteckning av vem man är i hushållet. De kategorier som särskiljs är gifta/sambor med gemensamma barn under 18 år, ensamstående med barn under respektive minst 18 år fyllda, 18 år fyllt barn till en eller två i hushållet boende parter, samt övriga ensamstående som även omfattar sambor utan barn. Enligt denna indelning (appendixstabeller A.2–6) faller de flesta av våra klienter i kategorin övriga ensamstående.

Som lägst är andelen 72 procent, bland dem som tillhör lagrumsgruppen § 13/13. Som högst är andelen 83 procent, dels bland de klienter som vårdats frivilligt (SoL), dels i gruppen § 13/13+SoL.

Som jämförelse har vi från SCB fått siffror för hela Sveriges befolkning (2001–2002). I totalpopulationen är knappt var tredje man och 40 procent av kvinnor som fyllt 45 år "övriga ensamstående". I åldersgruppen 30–44 år är siffrorna 37 procent (män) respektive 18 procent (kvinnor). Bland våra klienter är andelen gifta/sambor med barn som högst 27 procent bland 45 år fyllda kvinnor (§ 13/13) medan något över hälften i befolkningen generellt tillhör denna familjekategori. Andelarna är som högst 64 respektive 65 procent, dels bland 30–44-åriga kvinnor, dels bland 45 år fyllda män i den svenska befolkningen. Uppgifterna för den studerade gruppen avser situationen året efter utskrivning och inkluderar alltså inte de klienter som avlidit under den perioden.

### 3.5 Händelser under 12-månadersperioden efter utskrivning

Vi inleder redovisningen av själva uppföljningen med uppgifter om dödlighet. Det gör vi dels för att dödlighet är det "säkraste" utfallsmåttet, dels för att resten av redovisningen utesluter dem som dött redan under den aktuella vårdperioden. Men först en genomgång av några viktiga studier om dödlighet i olika missbrukargrupper, för att ge

läsaren en bild av svårigheterna med att tolka dödlighet och ge en någorlunda uppfattning om vad vi har att förvänta oss för resultat.

### 3.5.1 Tidigare studier om dödlighet vid missbruk

Dödlighet är ett av de säkrare måtten av utfall som brukar diskuteras vid till exempel allvarligt missbruk av alkohol och droger. Därför finns ett stort antal studier som jämför dödlighet mellan olika befolkningsgrupper. Nedan refereras ett antal som kan tjäna som illustration för vad vi har att förvänta oss. Vi håller i möjligaste mån isär studier som handlar om dödlighet vid alkoholmissbruk respektive studier som har narkotikamissbrukare som population, även om vår egen undersökningsgrupp är blandad ifråga om typ av missbruk. Missbrukets svårighetsgrad varierar sannolikt i olika undersökningars populationer och förklarar därmed en del av skillnaderna i resultat.

#### **Vid alkoholmissbruk**

Som illustration för hur dödlighet i alkoholrelaterade orsaker varierar i en befolkning, citeras något utförligt ett tidigt arbete av Romelsjö & Ågren (1986; se också Sjögren, Eriksson & Romelsjö, 2001) om samband mellan yrke, civilstånd och dödlighet. Studien tar sin utgångspunkt i 1970 års Folk- och bostadsräkning och sammanlänkar dess uppgifter med dödsorsaksregistret som började sammanställas år 1970. Dödligheten avser åren 1976–1980, och eftersom syftet är att jämföra olika yrkesgrupper är studien åldersmässigt avgränsad till åldrarna 25–64 år. Romelsjö & Ågren finner att en fjärdedel av dödligheten i den yrkesverksamma befolkningen 25–44 år kan klassificeras som "alkdöd", ett sammanvägt mått på alkoholrelaterad dödlighet där bland annat alkoholpsykos, alkoholism, alkoholförgiftning, skrumplever, alkoholrelaterad cancer och dödsfall på grund av yttre våld och förgiftningar ingår – ett mått som emellertid inte täcker in all alkoholrelaterad dödlighet. I åldersgruppen 45–64 år var motsvarande siffra 8,7 procent. Talet är högre bland de yngre eftersom deras dödlighet generellt är relativt låg. Bland kvinnorna var sådan dödlighet betydligt lägre. Men Romelsjö & Ågren fann också att de icke-förvärvsarbetandes dödlighet av alkoholrelaterade orsaker var nästan 50 procent högre än de förvärvsarbetandes (åldersstandardiserat). De fann vidare att sådan dödlighet också var förhöjd bland frånskilda och gifta ej sammanboende personer av båda könen.

I en befolkningsstudie omfattande hela årskohorter 46–49-åriga män i Malmö undersöktes bland annat alkoholkonsumtionens inverkan på hälsa och dödlighet (Kristenson, 1982; Petersson, 1983). För syftet konstruerades ett frågeformulär, men alkoholkonsumtion mättes också med hjälp av olika kemiska mått. Det visade sig att frågeformuläret och testen tillsammans avslöjade 97 procent av stordrickarna men att frågeformuläret var säkrare än blodtesten. Studien tillämpade ett interventionsprogram för att uppnå minskad alkoholkonsumtion. Tre fjärdedelar (76,1 procent) av kohorterna kom att delta. Stordrickarna delades slumpmässigt i två grupper, varav den ena fick en intervention i form av samtalsstöd, och grupperna jämfördes med varandra. Ifråga om dödlighet jämfördes deltagarna med icke-deltagare med hjälp av dödsorsaksuppgifter. Uppföljningstiden var sju år när det gäller deltagare och åtta år när det

gäller icke-deltagare. Dödligheten var 6,9 gånger högre i gruppen med känd historia av alkoholmissbruk (registrerade på alkoholenheten).

När det sedan gäller tunga alkoholmissbrukare, finns uppgifter om överdödlighet från olika studier sedan 40-talet. I vissa studier finner man ingen överdödlighet, vilket var fallet i Dahlgrens studie 1937–47 av drygt 10 000 nykterhetsvårdsklienter i Malmöhus län (Dahlgren 1951). Inte ens när han delade gruppen efter insatser, där en grupp hade fått institutionsvård, vilket skulle indikera på svårare problem. Men nykterhetsvårdsklienternas dödsfall var i signifikant högre utsträckning av typen "ond bråd död" än normalbefolkningens. Denna undersökning avser tiden då motboken gällde, vilket betyder att den periodens storkonsumenter knappast hade tillgång till alkohol i samma utsträckning som senare tiders storkonsumenter när tillgången på alkohol inte har varit reglerad.

På Socialstyrelsen sammanställdes uppgifter om personer som under 1973 skrevs ut från slutenvård vid psykiatrisk vårdenheter, där de vårdats för sjukdom som hade med alkoholmissbruk (alkoholpsykos respektive alkoholism) eller missbruk av narkotika att göra. Observationsperioden var 1973–1978. Materialet omfattade 16 522 personer: 14 516 män och 2 006 kvinnor. Den årsvisa överdödligheten var ungefär 4 gånger jämfört med dödligheten i totalbefolkningen efter köns- och åldersstandardisering. Bland ungdomar upp till 20 år fann de 9 gånger den förväntade dödligheten år 1974 och 13 gånger den förväntade år 1975. Totalt för perioden var de unga kvinnornas överdödlighet 27 och de unga männens överdödlighet cirka 5 gånger den förväntade (Socialstyrelsen redovisar 1985:4, sidan 40).

En undersökning av 1 548 frivilligt vårdade alkoholmissbrukande hemlösa män på Skarpnäcksgården i Stockholm visar på lika hög överdödlighet som studierna av tvångsvårdade på 70-talet (Ågren & Berglund 1984). Överdödligheten i dessa studier är särskilt markant bland de yngre, vuxna, missbrukarna – i studien på Skarpnäcksgården 30 gånger den förväntade i åldersgruppen 25–29 år (årlig dödlighet 1969–82 5,2 procent, sidan 6).

Haver med flera (2009) har jämfört dödlighet i en grupp om 420 förstagsbehandlade alkoholmissbrukande kvinnor från EWA-kliniken på KS (300 inkluderade 1981–84, 120 1991–94) med 2 037 matchade kontroller från normalbefolkningen. Uppföljningstiden varierade mellan 0 och 25 år. Totalt var missbrukande kvinnors risk att dö 2,4 gånger den i kontrollgruppen, men 4 gånger högre bland de yngsta kvinnorna. Kvinnorna i denna studie var socialt etablerade (52 procent levde med partner, 75 procent hade barn, 83 procent hade arbete).

### **Vid narkotikamissbruk**

Bejerot & Bejerot (1980) redovisar från 70-talet dödlighet på 8,1 per 1 000 individer och observationsår i åldersgruppen 20–24 år injektionsmissbrukare, när dödligheten i medelbefolkningen i samma åldersgrupp var 0,78. I åldersgruppen 30–34 år fann de en dödlighet på 15,0 jämfört med 1,04 i medelbefolkningen. I Bejerots studie är emellertid den undersökta gruppen speciell: häktade från Allmänna häktet i Stockholm, som där undersöktes av en sjuksköterska för stickmärken i armvecket. För att hamna i den po-

pulationen hade man åkt fast för relativt allvarlig kriminalitet och var injektionsmissbrukare.

Engström med flera (1991) följde upp en grupp om 1 630 sjukhuspatienter åren 1971–72, i Stockholms län, med diagnosen narkotikamissbruk till och med år 1984 ifråga om dödlighet. Totalt 446 (296 män, 150 kvinnor) dog, vilket ger en överdödlighet på 5,3 (för män 5,8, kvinnor 4,6) jämfört med Stockholms hela population. Högst dödlighet fann de bland opiatmissbrukare (18,3). Drygt hälften av dödsfallen föll i gruppen skador och förgiftningar, och 155 eller 69 procent av dessa dödsfall var säkra eller sannolika självmord.

Socialstyrelsen gjorde år 1973 en uppföljning av utskrivna från psykiatrisk vård. Den visar på årsvis dödlighet som är ungefär 5–8 gånger den förväntade åren 1974–1978, och något högre för män än för kvinnor (cirka 7 respektive cirka 5,5; Socialstyrelsen redovisar 1985:4, sidan 37). Bland såväl män som kvinnor var dödligheten högst år 1974 och sjönk sedan successivt till 1978. I gruppen upp till 20 år är överdödligheten cirka 19 gånger den förväntade för båda könen; drygt 40 gånger bland de unga kvinnorna och 14 gånger den förväntade bland de unga männen. Samma genomgång visar att de med narkomanidiagnos hade högre överdödlighet än de med alkoholdiagnoser (Socialstyrelsen redovisar 1985:4). Bland männen var dödligheten 6,9 och bland kvinnorna 5,4 gånger den förväntade (vid alkoholrelaterad diagnos 3,8 respektive 5,2).

Tunving och Nilsson (1985) studerade olika kohorter narkotikamissbrukande kvinnor vårdade på S:t Lars i Lund. År 1971–1972 tog enheten in ett antal personer som författarna kallar för "före detta hippies" och fann en dödlighet på 3,5 gånger högre än den förväntade. Bland opiatmissbrukande män var dödligheten 5,4 och bland kvinnorna 8,0 gånger den förväntade.

Adamsson Wahren (1997) studerade dödlighet och psykiatrisk sjuklighet bland drogmissbrukare i Stockholm. Utgångspunkten var Stockholms läns slutenvårdsregister för perioderna 1971–72 (n=1 226) och 1980–81 (n=1 268), och uppgifter har hämtats från dödsorsaks- och obduktionsregistren för dödlighet och dess orsaker. När det gäller cannabisanvändning och psykiatrisk sjuklighet, har uppgifter hämtats från de registrerade medicinska journaler. Överdödlighet i alkoholism och drogberoende var 43 gånger dödligheten i totalpopulationen. I självmord och obestämda dödsorsaker var överdödligheten 18 gånger den i totalpopulationen. Adamsson Wahren fann också en statistiskt signifikant dödlighetsökning i drogberoende mellan den tidigare och den senare studerade patientkohorten. Hon fann dubbelt så stor dödlighetsökning i opiatberoende jämfört med missbruk av centralstimulerande preparat. Av 229 cannabisberoende patienter klassificerades 112 med schizofreni. I två patientgrupper, bland dem med cannabisanvändning och psykos respektive bland psykopatienter, fann forskaren signifikant högre dödlighet än i totalbefolkningen. Onaturliga dödsorsaker övervägde, varav majoriteten var självmord.

Fugelstad (1997) studerade drogrelaterade dödsfall i Stockholmsområdet 1985–1994 i relation till huvuddrog, hivinfektion och metadonbehandling. Materialet bestod av 830 drogrelaterade dödsfall och 21 självmord bland hivinfekterade, undersökta på rättsmedicinska kliniken i Stockholm, 74 hivinfekterade drogmissbrukare som dött på sjukhus under samma period samt 547 hivsmittade personer registrerade i Stockholms län

mellan 1984 och 1994. Två kohorter följdes upp: 101 tvångsvårdade drogmissbrukare (1986–93) och 1 640 sjukhusvårdade drogmissbrukare 1985–1993. Dödsfallen ökade under perioden, såväl bland drogmissbrukare generellt som bland hivsmittade. Dödsorsakerna och sätten dödsfallen inträffade på varierade efter huvuddrog; majoriteten av de heroinrelaterade dödsfallen skedde i samband med injicering och endast få dog av yttre våld. Amfetaminrelaterade dödsfall var ofta olycksfall, mord, självmord eller somatiska sjukdomar till följd av långvarigt drogmissbruk. Många cannabisrelaterade dödsfall var trafikolyckor, mord och impulsiva och våldsamma självmord. Få hivsmittade och ingen med aidsdiagnos dog av suicid. Det fanns heller inget samband mellan suicid och smittans längd. Majoriteten av de hivsmittade heroinisterna dog av överdos snart efter att ha smittats med hiv och de flesta amfetaministerna av somatiska komplikationer efter relativt lång tid efter att ha smittats.

I en delstudie jämförs dödlighet, sjukhusvård och arresteringar i en kohort av tvångsvårdade tunga injicerande heroinister indelade i tre grupper: en grupp i metadonprogram, en grupp som uteslöts ur metadonprogrammet och en som aldrig fick behandling. Undersökningspopulationen består av 101 LVM-patienter som vårdades på Serafen, en LVM-enhet på Serafimerlasarettet, mellan 1986 och 1988. Av dessa personer var 56 hivpositiva. Uppföljningen gjordes från inskrivning på Serafen till sista december 1993 (Fugelstad, Ågren & Romelsjö, 1998). Dödligheten var lägre bland personer i metadonprogrammet och alla sju dödsfallen i den gruppen var relaterade till hivinfektion. Utanför programmet dog 24 av 29 personer till följd av yttre våld och förgiftning.

Fridell med flera (2009) fann i en tidigare refererad 5-årsuppföljning av kvinnor från Lundens LVM-hem och ungdomshem en överdödlighet på 5,4 procent, jämfört med en åldersmatchad grupp kvinnor i totalbefolkningen.

I en färsk avhandling av Ingrid Davstad (2010) studeras droganvändning, dödlighet och utfall bland drogmissbrukare i befolkningen och i ett metadonprogram. Befolkningsdata avser uppgifter från värnpliktsundersökningarna 1969/70, av närmare 50 000 män födda åren 1949–1951. Denna undersökning avviker från övriga här refererade genom att den utgår från den allmänna (manliga) befolkningen. Vid mönstrings-tillfället besvarade männen frågor om erfarenheter av illegala droger, icke-ordinerade narkotikaklassificerade läkemedel, alkohol, rökning, familj, beteende- och sociala omständigheter samt intellektuell förmåga och emotionell kontroll. Dessa uppgifter kombinerades med dödsorsaksregistrets uppgifter om dödlighet och dödsorsaker, brottslighet, slutenvård och vissa uppgifter (utbildning, försörjning) i LISA-registret. Två kohorter deltagare i metadonprogrammet i Stockholm studerades också i förhållande till sidomissbruk och kvarstannande i programmet. Övergripande syften var dels att studera det långsiktiga sambandet mellan droganvändning upp till 18–20-årsåldern och dödlighet och socioekonomisk situation, dels att studera betydelsen av metadonbehandling för opiatberoendes framtida livssituation.

I värnpliktsmaterialet hade droganvändare med slutenvård med drogdiagnos under uppföljningen cirka 4 gånger högre risk att dö än män som inte använde droger vid mönstringen. Efter att hänsyn tagits till skydds- och riskfaktorer hade de som främst använt cannabis eller hallucinogener vid mönstringen signifikant högre sannolikhet

att ha uppnått utbildning på tolv år eller längre – men inte för att vara i arbete eller ha en inkomst över medianen år 1990 och 2006. Droganvändare som varit inlagda på sjukhus med drogdiagnos under uppföljningstiden fick en försämrad socioekonomisk situation från 1990 till 2006.

En internationell genomgång av i huvudsak missbrukspopulationer, i behandling av Darke, Degenhardt och Mattick (2007), estimerar att ungefär 200 000 liv förloras årligen i droger. Majoriteten av fallen är män och genomsnittsåldern är kring 30 år. Högst är risken för dödsfall vid opiatmissbruk. Drogmissbrukares överdödlighet är mer än 10 gånger högre än i samma åldersgrupp icke-missbrukare. De vanligaste dödsorsakerna är överdoser, sjukdomar, suicid samt olyckor. Överdoser är huvudsakliga dödsorsaker vid opiat- och kokainmissbruk. Till en viss grad är överdoser dödsorsak även vid amfetaminmissbruk och vid missbruk av MDMA. Men mekanismerna vid överdoser skiljer sig efter drogtyp. Medan opiatöverdoserna primärt leder till andningsproblem, leder kokain- och amfetaminöverdoserna oftast till hjärtinfarkt och stroke, och MDMA-överdoserna till dödsfall som har att göra med förhöjd kroppstemperatur. En allmän uppfattning är att det är de unga oerfarna missbrukarna som dör i överdoser, men enligt Darke med flera är det i stället de långvariga missbrukarna som löper störst risk. Enligt författarna är dock det viktigaste fyndet från senare tids drogforskning multidrogers roll vid överdoser. Överdoser orsakade av endast en drog är sällsynta och de flesta orsakas av en kombination av droger, varvid drog nummer två oftast är alkohol.

Sjukdomar är den näst vanligaste dödsorsaken vid drogmissbruk. De vanligaste är infektionssjukdomar såsom hiv, hepatit C och hepatit B, vilka överförs via delade verktyg vid injektionsmissbruk och/eller vid oskyddat sex men det förekommer andra. Den tredje vanligaste dödsorsaken vid drogmissbruk är suicid. Och den fjärde är, såsom nämnts, olyckor, mord, etc, som allmänt brukar benämnas "ond bråd död".

### **Blandad grupp**

Åke Bergmark (1994, Pettersson 1989) följde upp en undersökningsgrupp om 125 personer, från fyra kommuner, som någon gång under perioden 1982 till 1984 dömts till vård enligt LVM, med uppgifter om återkommande LVM-domar och dödlighet till och med år 1990. Han finner en överdödlighet i LVM-populationen om 7,2 gånger den i normalbefolkningen och närmare 30 gånger högre dödlighet i åldersgrupperna –29 år respektive 30–39 år. Bergmark finner en betydligt högre överdödlighet bland kvinnor (29,0) än bland män (6,2). Drygt hälften av de 125 personerna hade endast en LVM-dom och nästan 40 procent av dem hade dött. I den fortsatta regressionsanalysen visar det sig till exempel att antalet tidigare LVM-domar endast förklarade 0,16 procent av variansen i dödlighet. Att vara vid god hälsa och att inte vara socialt isolerad vid den första LVM-domen, ökade sannolikheten att hamna i den "lyckade" gruppen.



### 3.5.2 Dödlighet i den uppföljda gruppen

SiS LVM-klienter omfattar frivilligt och tvångsvårdade alkohol-, narkotika- och blandmissbrukare samt både män och kvinnor i alla åldrar från 18 till 87 år. Det är oftast inte fallet i den här typen av studier, där dödligheten vanligtvis studeras för enbart någon undergrupp, till exempel opiatmissbrukare 15–35 år. Styrkan i denna uppföljning är att vi har en stor grupp före detta klienter (drygt 4 000) och att vi har uppgifter om samtliga registervägen.

I vårt material, bland klienter som vårdats under perioden 1999–2003 på LVM-institutioner, avled under (första) vårdperioden 27 klienter och under de första tolv månaderna efter avslutad SiS-vistelse 230 klienter.

### 3.5.3 Dödsfall under den aktuella vårdperioden

I vår uppföljning avled 27 klienter under pågående vårdperiod (på institutionen eller när klienten vårdades enligt 27 § LVM). I denna grupp ingår de klienter som avlidit på själva institutionen, de som överflyttats till sjukhus under tvångs- eller frivillig vård, samt de klienter som var avvikna från institutionen under pågående LVM-tid. Bland dessa 27 fanns 24 män (89 procent) och tre kvinnor. Medianåldern var 42 år, tio klienter var under 30 år, den yngsta 18 år, den äldsta 59. En majoritet (56 procent, tabell 3.3) av klienterna som avlidit under institutionsvistelsen var omedelbart omhändertagna enligt § 13 LVM och i dessa fall hade länsrätten beslutat om fortsatt tvångsvård enligt 4 § LVM. Denna grupp är alltså överrepresenterad bland dem som dör under institutionsvistelsen – deras andel av samtliga klienter är 38 procent (tabell 3.3).

TABELL 3.3

Avlidna under pågående vårdperiod efter lagrumsgrupp (kolumnprocent)

Lagrumsgrupper	Antal dödsfall	Andel av dödsfall	Antal klienter	Andel av klienterna
SoL	1	3,7	813	19
§ 13/13	4	14,8	594	14
§ 13/13+SoL	0	0	445	10
§ 13/4	15	55,6	1 666	38
§ 4/4	7	25,9	823	19
Totalt	27	100	4 341	100

Dödsfallen under pågående vårdperiod kan delas i olika undergrupper beroende på var någonstans de inträffade: 1) under avvikning, 2) på institutionen vilket i detta fall omfattar även dödsfall på en § 27-institution eller 3) under permission. Av dödsfallen skedde tolv i samband med en avvikning från institutionen, varav åtta under avvikning från § 27-placering. Med ett undantag (elva av tolv) var dödsfallen som inträffade under avvikning alkohol- eller narkotikarelaterade enligt Socialstyrelsens klassificering (se avsnitt 3.6 Dödsorsaker längre fram). Tre klienter avled på institutionen, en av



dem på § 27-institution (två med missbruksrelaterad diagnos), nio klienter avled på väg till sjukhus från institutionen eller på sjukhus efter överflyttning från institutionen (tre med missbruksrelaterad diagnos) och tre klienter avled under permission – två med missbruksrelaterad diagnos. Av de 27 dödsfall som inträffat under den aktuella vårdperioden var alltså 18 alkohol- eller narkotikarelaterade. Alla utom ett dödsfall, som inträffade medan klienten hade avvikit, var missbruksrelaterade jämfört med hälften av dödsfallen som skedde på institution (inklusive § 27/sjukhus). För detaljerad redovisning, se appendix tabell A.7.

### 3.5.4 Dödlighet under 12-månadersperioden

De 27 klienter som avlidit under sin första vårdperiod har uteslutits i redovisningen nedan. Detta medför att 4 314 klienter ingår i fortsättningen. Av dessa avled 230 (5,3 procent) under 12-månadersperioden efter utskrivning från SiS. Av kvinnorna avled 3,9 procent och av männen 6,0 procent (ej i tabell).

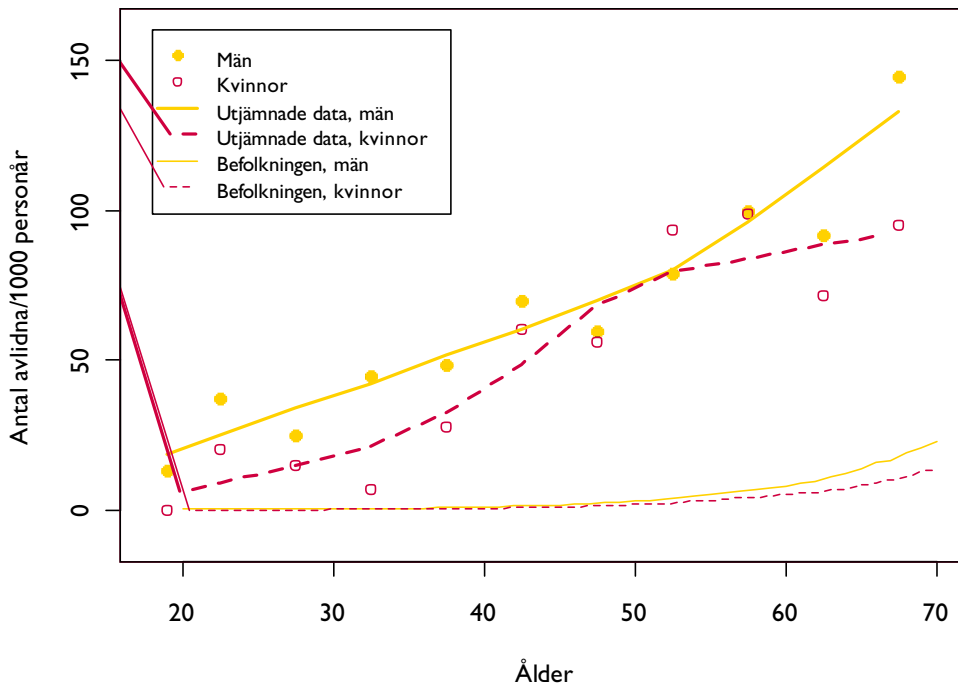
**TABELL 3.4**

Avlidna klienter under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (absoluta tal och andelar av totalerna)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt	Andel
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man		
SoL	0	1	2	13	3	27	46	5,7
§ 13/13	1	1	1	6	1	9	19	3,2
§ 13/13+SoL	0	0	2	2	6	15	25	5,6
§ 13/4	6	13	6	22	13	41	101	6,1
§ 4/4	0	8	4	12	5	10	39	4,8
Totalt	7	23	15	55	28	102	230	5,3
Andel	1,6	3,0	3,2	5,4	7,3	8,1	5,3	

Vad sedan gäller lagrumsgrupperna ser dödligheten ut att vara ganska jämnt fördelad, förutom för den grupp som skrevs in omedelbart med stöd i 13 § LVM och skrevs ut utan att tvångsvård fastställdes enligt § 4 LVM (§ 13/13). Denna grupp har något lägre dödlighet året efter utskrivningen än de andra lagrumsgrupperna. Man ska dock hålla i minnet att gruppernas ålderssammansättning skiljer sig åt, det vill säga att lagrumsgrupperna SoL och § 13/13+SoL är betydligt äldre.

För att i möjligaste mån kunna jämföra dödstaten bland före detta SiS-klienter med dödstaten i befolkningen (SCB 2007), har vi satt antalet avlidna i respektive grupp i förhållande antal levnadsår i gruppen. Resultaten framgår av figur 3.1 och tabell 3.5.



Figur 3.1 Antal avlidna per 1 000 levnadsår, efter kön och ålder. SiS klienter 12-månadersperioden efter utskrivning från SiS och för totalbefolkningen 2001–2005.

I figur 3.1 har antalet avlidna per 1 000 levnadsår (punkterna) beräknats, separat för kvinnor och män, för 5-årsintervall förutom i 18–19-årsgruppen. Intervallen är alltså 18–19, 20–24, 25–29, 30–34, ... 65–69. Att beräkna dödstal för åldersintervall i stället för enstaka år ger jämnare data, eftersom uppgifterna baseras på flera individer. SCB redovisar också livslängdstabellerna för 5-årsintervall (SCB 2007, tabell 6.2; Cleveland 1979; Hoem & Linnemann 1988).

Såsom framgår av figur 3.1 är dödstalen mycket högre bland de tidigare SiS-klienterna än i totalbefolkningen och högre bland män än bland kvinnor. Redan i de lägsta åldrarna finns en skillnad som sedan växer allteftersom åldern stiger.

I tabell 3.5 finns dödstalen angivna för de redovisningsgrupper vi använder oss av i denna rapport. Vi har för jämförelsens skull lagt till en rad som redovisar dödstalen för män och kvinnor i den svenska totalbefolkningen enligt den åldersuppdelning som vi tillämpar, förutom att åldersgruppen 45 år och äldre för totalbefolkningen omfattar åldrarna 45–69. Det beror på att SiS-gruppen endast omfattar 47 män och tolv kvinnor som är äldre än 69 år.

TABELL 3.5

Antal avlidna per 1 000 levnadsår under 12-månadersperioden efter utskrivning från SiS, efter ålder, kön och lagrumsgrupper samt för totalbefolkningen 2001–2005

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år	
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man
SoL	0,0	10,1	28,6	55,7	49,6	93,3
§ 13/13	18,3	8,8	17,7	41,4	22,0	53,1
§ 13/13+SoL	0,0	0,0	52,6	25,3	105,3	66,8
§ 13/4	26,9	37,2	31,1	66,5	85,8	111,6
§ 4/4	0,0	47,9	36,4	59,7	90,1	61,7
Totalt	16,1	30,6	32,1	55,6	75,7	84,1
Totalbefolkningen 2001–2005	0,26	0,69	0,57	1,02	4,54*	7,08*

\*45–69 år

Dödstalen är i regel högre för män än för kvinnor och stiger med stigande ålder. Jämfört med totalbefolkningen i samma ålder är de före detta SiS-klienternas dödstal flerfaldigt högre. Störst relativ skillnad mellan vår undersökningsgrupp och totalbefolkningen återfinns i de två yngre åldersgrupperna.

Vi har också summerat dödstalen för samtliga män och kvinnor i respektive lagrumsgrupp (ingen tabell visas). Det visar sig att bland männen är dödstalen högst dels i gruppen § 13/4 (72,5/1 000 levnadsår), dels i den frivilligt vårdade gruppen, SoL (65,9/1 000 levnadsår). Lägst är talet i gruppen § 13/13 (37,4) och ungefär lika höga i grupperna § 13/13+SoL (52,4) respektive § 4/4 (56,6). Bland kvinnorna finns i stort sett samma mönster – dock på en lägre nivå – men här är dödstalet högst i gruppen § 13/13+SoL (74,1 dödsfall/1 000 levnadsår) och därefter i gruppen § 13/4 (44,1). Något lägre är talet i gruppen § 4/4 (32,9 dödsfall/1 000 levnadsår) och i den frivilliga gruppen, SoL (29,9). Allra lägst är dödstalet i gruppen § 13/13 (19,2 dödsfall/1 000 levnadsår).

Vi finner mycket höga dödstal året efter utskrivning från en LVM-institution. Det finns emellertid anledning att påpeka ett par förhållanden. För det första studeras dödlighet sällan över en så kort tidsperiod som ett år, vilket är fallet här. Även på totalbefolkningsnivå är det brukligt att redovisa dödligheten under en längre tid. För det andra är det känt från andra studier att dödligheten är högst i direkt anslutning till utskrivning, vare sig det rör sig om kriminalvård, psykiatrisk vård eller missbruksvård (till exempel Seymour et al, 2000; Fugelstad et al, 2003; Socialstyrelsen redovisar 1985:4). För det tredje inleds till exempel tvångsvård i regel när problemen kulminerar, vilket bland annat Fridell med flera (2009) fann i sin 5-årsuppföljning på Lunden. Vidare består vår klientgrupp till stor del av personer som (på grupp-nivå) har högre dödstal än totalbefolkningen: arbetslösa, lågutbildade och ensamstående (Romelsjö & Ågren 1986). Men även om vi skulle standardisera efter dessa egenskaper skulle dödstalen fortfarande vara mycket högre än i den svenska totalbefolkningen.

## 3.6 Dödsorsaker

Det finns uppgifter om dödsorsak för totalt 229 av de 230 personer som avlidit under 12-månadersperioden efter utskrivning. Dödsorsakerna har delats i tre huvudkategorier och tolv underkategorier efter underliggande dödsorsak. De tre huvud- och tolv underkategorierna för dödsorsaker har bildats enligt följande (tabell 3.6):

- Medicinska dödsorsaker: leversjukdomar, cirkulationsorganens sjukdomar, tumörer, andningsorganens sjukdomar, okänt, övriga medicinska orsaker.
- Droger: alkohol, narkotika, oavsiktlig förgiftning.
- Våld: självmord, oklar händelse, olyckor/övrigt våld.

Totalt sett har 88 (38 procent) av dödsfallen skett av medicinska orsaker, 73 (32 procent) är orsakade av alkohol/droger och 68 (30 procent) av våld.

Bland medicinska orsaker är dödsfall till följd av cirkulationsorganens sjukdomar vanligast och därefter leversjukdomar. Bland dödsfall av droger är alkohol något vanligare än narkotika. Bland dödsorsaker där våld spelat avgörande roll, är de i kategorin 'olyckor/övrigt våld' vanligast och därefter 'oklar händelse'. Elva dödsfall är självmord men bakom 'oklar händelse' finns antagligen några som egentligen är självmord.

TABELL 3.6

Avlidna under 12-månadersperioden efter utskrivning från SiS, efter dödsorsak

Huvudkategori	Kategori	Antal	Andel
Medicinsk	Leversjukdomar	24	10
	Cirkulationsorganens sjukdomar	33	14
	Tumörer	4	2
	Andningsorganens sjukdomar	9	4
	Okänt	3	1
	Övriga medicinska orsaker	15	7
Droger	Alkohol <sup>1</sup>	36	16
	Narkotika <sup>2</sup>	30	13
	Oavsiktlig förgiftning	7	3
Våld	Självmord	11	5
	Oklar händelse	20	9
	Olyckor/övrigt våld	37	16
Totalt		229 <sup>3</sup>	100

1) ICD-koder F10 och T51.

2) ICD-koder F11–F16, F18–F19, T40 och T43.6.

3) Dödsorsak saknas för en av personerna.

I tabell 3.7 kombineras uppgifterna med de tre huvudsakliga dödsorsakerna (medicinsk, droger och våld) med uppgifter om missbruksrelaterade dödsorsaker, enligt Socialstyrelsens klassificering. I tillägg till dödsorsaksregistrets huvudklassificering enligt underliggande dödsorsak, kategoriserar Socialstyrelsen varje dödsfall som alkohol- eller narkotikarelaterat eller inte. Det sker genom att observera såväl underliggande som bidragande dödsorsak.

Detta ger totalt fyra möjliga kombinationer av missbruksrelaterad mortalitet: 1) alkohol, 2) narkotika, 3) alkohol och narkotika och 4) varken alkohol eller narkotika. Ungefär sju av tio dödsfall (71 procent) är missbruksrelaterade enligt Socialstyrelsens klassificering jämfört med 32 procent, om vi bara observerar underliggande dödsorsak enligt dödsorsaksregistret. Man missar alltså mer än hälften av missbruksrelaterad dödlighet om man bara går efter underliggande dödsorsak. I knappt hälften (45 procent) av alla medicinska dödsorsaker nämns också en alkoholrelaterad underliggande eller bidragande ICD-10-kod som dödsorsak, medan narkotikarelaterade dödsorsaker är betydligt ovanligare (5 procent). Ungefär två tredjedelar av alla våldsrelaterade dödsfall har samtidigt någon alkohol- eller narkotikarelaterad ICD-10-kod som bidragande dödsorsak.

**TABELL 3.7**

Andel alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser och tre huvudgrupper av dödsorsaker under 12-månadersperioden efter utskrivning (n=229)\*

Huvudkategorier av dödsorsaker	Missbruksrelaterad diagnos enligt Socialstyrelsens klassificering				Totalt	
	Alkohol	Narkotika	Alk & nark	Ej alk el nark	%	Antal
Medicinsk	45	5	2	48	100	88
Droger	55	29	15	1**	100	73
Våld	43	19	4	34	100	68
Totalt	48	17	7	29	100	229

\* Uppgift om dödsorsak saknas för en av klienterna.

\*\* Psykosstimulantia med missbruksrisk, amfetamin (T43.6), ingår inte i Socialstyrelsens definition av missbruksrelaterad dödlighet.

I ett antal studier har man jämfört dödsorsaksregistrets uppgifter (underliggande och bidragande dödsorsaker) med uppgifterna i obduktionsprotokoll. Det har då framkommit att dödsorsaksregistrets uppgifter kan betraktas som en minimiskattning av till exempel alkohol som bidragande orsak till dödsfall.

Ett exempel är Romelsjö med flera (1987), som gick igenom samtliga obduktionsprotokoll avseende avlidna personer 15–54 år i Stockholm 1987. Enligt dödsattesterna var alkoholism, alkoholförgiftning, pankreatit eller levercirros underliggande dödsorsak för 9,2 procent bland avlidna kvinnor och 11,2 procent bland män. När forskarna hade

använt all tillgänglig information fann de att alkohol fanns inblandad i 57,5 procent av dödsfallen bland män och i 32,2 procent av dödsfallen bland kvinnorna – en omfattande underrapportering av alkoholrelaterade dödsorsaker med andra ord.

Ett annat exempel är Sjögren med flera (2000) som studerade eventuell förekomst av alkoholrelaterade dödsorsaker i samtliga befintliga obduktionsprotokoll vid onaturliga dödsfall, avseende åren 1992–1996 i Sverige. Alkohol definierades som bidragande till dödsfallet om 1) det fanns uppgifter om att den döda var en "känd alkoholist", 2) underliggande eller bidragande dödsorsak var alkoholrelaterad, 3) den döda hade fått en alkoholrelaterad diagnos vid slutenvård under de föregående tre åren eller 4) om blodtestet visade alkoholhalt. Av fallen där det fanns blodtest (13 099 döda) var 39 procent alkoholrelaterade. I nästan 40 procent av de onaturliga dödsfallen förekom alkoholrelaterade orsaker. Sjögren med flera drar slutsatsen att två av fem onaturliga dödsfall i Sverige har alkohol som bidragande orsak.

Fugelstad (1997) har studerat drogrelaterad dödlighet i Stockholm under tioårsperioden 1985–1994. I hennes studie skapades ett rättsmedicinskt register av alla dödsfall som kunde bero på missbruk av illegala droger. Registret byggdes på med uppgifter om alla hivsmittade drogmissbrukare som dött på sjukhus under samma period. En av forskningsfrågorna var att studera eventuella variationer av dödsorsaker, beroende på vilken som hade varit den avlidnes huvuddrog. Totalt 904 dödsfall registrerades. Av dem var 575 relaterade till opiater, 213 till amfetamin, tolv till kokain, 58 till cannabis och ett till LSD. I 24 fall var huvuddrogen okänd. Opiatrelaterade dödsfall skedde i huvudsak genom förgiftning på grund av drogen, ofta i kombination med alkohol. Amfetaminrelaterade dödsfall berodde i många fall på våldsamma olyckor, suicid, mord och drogrelaterade sjukdomar. Även många dödsfall där cannabis var inblandat berodde på våldsamma olyckor, suicid eller mord.

Fugelstad jämförde uppgifterna i det inrättade rättsmedicinska registret med uppgifter från dödsorsaksregistret. Hon fann då att 67 procent av de drogrelaterade dödsfallen i det rättsmedicinska registret var klassificerade som drogrelaterade även i det officiella dödsorsaksregistret, men att endast 8 procent av dödsfallen på sjukhusen var det. De flesta förgiftningar, nästan hälften av självmorden men bara mycket få av morden och av dödsfallen på grund av hiv var registrerade i dödsorsaksregistret som drogrelaterade. Detta innebär enligt Fugelstad att dödsorsaksregistret underestimerar drogernas skadeverkningar.

Även Fridell med flera (2009) lät granska dödsorsakerna i den refererade 5-årsuppföljningen från Lundens LVM-hem och ungdomshem. Där kunde det konstateras att samtliga dödsfall i det materialet var missbruksrelaterade, även om det inte framgick direkt av dödsorsaksregistrets uppgifter.

## 3.7 Återkommande SiS-vistelser

Åren 1999 och 2000 fanns en fråga i DOK-formuläret om klienten tidigare hade vårdats för sitt missbruk (Årsrapporter DOK, SiS). Drygt 90 procent av de dokumenterade klienterna har svarat ja på denna fråga. Från och med år 2001, efter att formuläret uppdaterades,

terats, ingår en fråga om klienten har fått vård för alkoholmissbruk, narkotikamissbruk respektive läkemedelsmissbruk före det aktuella vårdtillfället. Andelen klienter som har angett tidigare vård för alkoholmissbruk har varierat mellan 51 och 62 procent, för narkotikamissbruk mellan 39 och 42 procent och för läkemedelsmissbruk från 22 till 25 procent. I stort sett samtliga SiS klienter har vårdats för sitt missbruk tidigare och ungefär var tredje klient har tvångsvårdats för sitt missbruk före det aktuella vårdtillfället.

Av de 4 314 klienter som skrevs ut från institutionerna har 20 procent (844 klienter) återkommit till SiS för ett nytt vårdtillfälle inom 12-månadersperioden efter utskrivning. I tabell 3.8 ser det ut som om unga personer, vars omedelbara omhändertagande har övergått i en frivillig placering, återkommer i störst utsträckning (54 respektive 57 procent) till LVM-vård inom ett år från utskrivning. Men det rör sig endast om få personer (13 respektive 21).

Ungefär var femte manlig och kvinnlig klient i varje åldersgrupp har återkommit till SiS för en ny vistelseperiod inom tolv månader efter utskrivning. Det finns en skillnad i andelen som återkommer till SiS inom ett år, beroende på vilken lagrumsgrupp klienten tillhörde vid första inskrivningen. De vars omhändertagande ägde rum jämlikt 4 § LVM återkom i lägre utsträckning än de som vårdades frivilligt eller vars omedelbara omhändertagande inte fastställdes i länsrätten. De sistnämnda fick kortare tids vård och återkom oftare inom ett år till någon SiS-institution.

**TABELL 3.8**

Andel klienter som återkom för en ny SiS-vistelse under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter kön, ålder och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	35	38	32	31	11	27	29
§ 13/13	27	27	33	23	24	20	24
§13/13+SoL	54	57	23	25	27	21	25
§ 13/4	18	17	15	13	14	16	16
§ 4/4	18	8	10	9	9	15	11
Totalt	22	21	19	19	16	20	20

KIA-uppgifter om tidigare vårdepisoder på SiS ansågs för osäkra för att tas med i denna undersökning. DOK-intervjuerna har emellertid under åren innehållit frågor som belyser tidigare vårdepisoder för missbruk. För samtliga år finns uppgifter i DOK Årsrapport om klienten har vårdats på samma enhet, alltså samma LVM-institution, redan tidigare. Mellan 24 (år 2006) och 35 procent (år 2003) av klienterna har återkommit till samma enhet för en ny vårdperiod. Det finns också frågor om de tidigare har tvångsvårdats enligt LVU eller LVM från och med 2000 års DOK-formulär. Mellan 12 och 16 procent har fått insatser med stöd av LVU och drygt var tredje säger sig ha en tidigare LVM-dom bakom sig.

## 3.8 Sjukvårdskonsumtion

På befolkningsnivå har vi hittat endast något summariska uppgifter om sjukvårdskonsumtion på grund av alkohol och narkotika. Publikationen Sjukdomar i slutenvård (Socialstyrelsen 2011) redovisar årsvis statistik över patienter per sjukdomskapitel (ICD-10). Missbruk ingår i Diagnosgruppen Psykisk störning orsakad av psykoaktiva substanser. Denna diagnosgrupp har det största antalet vårdtillfällen inom slutenvårdspsykiatri men med korta medelvårdstider (Socialstyrelsen, 2005). Den vanligaste orsaken till slutenvård är missbruk bland män och depression bland kvinnor (Socialstyrelsen, 2009).

Alkohol- och narkotikarelaterad vårdkonsumtion har studerats i Stockholms län under perioden 1997–2007 (Stockholms läns landsting 2008). Studien visar att 413 per 100 000 personer i befolkningen lades in i slutenvård för någon alkoholrelaterad sjukdom, år 2007. Kvinnors andel var en tredjedel av dessa patienter. Bland männen var det vanligast för personer i åldersgruppen 50–64 år att läggas in för alkoholrelaterade sjukdomar, och bland kvinnorna för åldersgruppen 15–26 år. Relativt sett lades 5 procent färre män men 25 procent fler kvinnor in för alkoholrelaterade sjukdomar åren 2005–2007 jämfört med åren 1997–1999. Dock fanns för båda könen en omfattande ökning i den yngsta åldersgruppen, 15–24 år, där den relativa ökningen var 56 procent bland män och 186 procent bland kvinnor. För narkotikarelaterade sjukdomar vårdades 160 per 100 000 invånare år 2007. Kvinnors andel i gruppen var 37 procent. Räknet per 100 000 invånare, lades 11 procent färre in för narkotikarelaterade sjukdomar åren 2005–2007 jämfört med åren 1997–1999. Samtidigt behandlades betydligt fler, eller 1 452 per 100 000 invånare, inom den öppna eller den slutna beroendevården i Stockholms län år 2007. Kvinnors andel var en tredjedel av patienterna.

Finne (2006, opublicerad rapport) studerade bland annat sjukvårdskonsumtion bland LVM-anmälda 1994–2001 i Stockholm. Av 2 291 LVM-anmälda personer hade endast 67 inte vårdats på sjukhus under åren 1980–2003. Siffrornas betydelse är oklar med tanke på uppföljningstidens längd. Studien visar att de vanligaste diagnoserna vid vård är alkoholism (43 procent) och narkomani (21 procent). Finnes analyser visar också att medelvårdstiden på sjukhus tre år före anmälan som regel är längre än medelvårdstiden tre år efter LVM-anmälan.

### **Sjukvårdskonsumtion under 12-månadersperioden efter utskrivning**

Vårdkonsumtionen baseras på uppgifter från patientregistret och har kategoriserats i fyra huvudgrupper efter huvuddiagnosen: 1) medicinska diagnoser, 2) psykiska diagnoser, 3) skador/olyckor och 4) alkohol-/narkotikarelaterade diagnoser. Totalt har 60 procent av de före detta SiS-klienterna fått sjukhusvård under 12-månadersperioden efter sin SiS-vistelse. Endast i den yngsta åldersgruppen är andelen sjukhusvårdade högre bland kvinnor än bland män. Som tidigare diskuterats har lagrumsgruppen § 13/13+SoL en medianålder som är tio år högre och den frivilligt vårdade gruppen fem år högre än grupperna § 13/13, § 14/4 respektive § 4/4. Trots olika åldersstruktur syns inga märkbara skillnader i sjukvårdskonsumtion mellan de olika lagrumsgrupperna, men det använda måttet är grovt: andelen som fått dygnsvård på sjukhus.



TABELL 3.9

Andel klienter som vårdats på sjukhus (dygnsvård) under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	57	56	69	66	53	64	63
§ 13/13	47	56	61	63	56	64	59
§ 13/13+SoL	38	52	54	63	57	63	60
§ 13/4	60	45	62	64	59	70	61
§ 4/4	54	38	60	68	62	69	59
Totalt	56	48	62	65	58	66	60

### Medicinska diagnoser

En femtedel av klienterna har fått dygnsvård på sjukhus för medicinska orsaker (till skillnad från orsaker som psykiatri, missbruk eller skador/olyckor). Precis som ovan är skillnaderna försumbara mellan de olika lagrumsgrupperna och könen, trots betydande åldersskillnader. Eventuellt är de yngsta kvinnornas vårdkonsumtion något högre än männens men generellt gäller att vårdkonsumtionen ökar med stigande ålder.

TABELL 3.10

Andel klienter som vårdats på sjukhus (dygnsvård) med medicinsk huvuddiagnos under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	22	19	24	23	21	31	25
§ 13/13	15	11	37	17	29	27	21
§ 13/13+SoL	8	5	23	22	22	26	23
§ 13/4	20	11	20	24	26	34	22
§ 4/4	21	7	20	19	29	31	20
Totalt	19	11	23	22	25	30	22

### Skador/olyckor och självmordsförsök

Ungefär en av sju klienter som vårdats på SiS LVM-institutioner åren 1999–2003 har fått sjukhusvård till följd av skador eller olyckor. Den yngsta gruppen har vårdats i något mindre omfattning än de äldre åldersgrupperna, men det finns inga noterbara skillnader mellan vare sig män och kvinnor eller mellan de olika lagrumsgrupperna, trots stora ålderskillnader.

**TABELL 3.11**

Andel klienter som vårdats på sjukhus (dygnsvård) för någon skada/olycka under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	11	9	17	18	16	16	16
§ 13/13	11	17	11	20	18	14	16
§ 13/13+SoL	8	5	8	14	15	17	15
§ 13/4	11	9	19	14	12	16	13
§ 4/4	5	11	17	16	14	17	14
Totalt	9	11	16	16	14	16	14

Under första året efter utskrivning har 4 procent (186 klienter) vårdats inom slutna sjukhusvård (dygnsvård) enligt någon diagnos för avsiktligt självdestruktiv handling (ingår också i föregående tabell om skador/olyckor).

**TABELL 3.12**

Andel klienter som vårdats inom slutna dygnsvård med någon diagnos för avsiktligt självdestruktiv handling under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	3	4	8	6	0	2	4
§ 13/13	5	6	7	7	4	3	5
§ 13/13+SoL	8	0	8	4	5	3	4
§ 13/4	7	3	12	5	3	3	5
§ 4/4	2	1	5	5	2	1	3
Totalt	5	3	9	6	3	3	4

Eventuellt är andelarna något högre bland kvinnor än män i åldersgrupperna upp till och med 44 år. Generellt är dessa diagnoser vanligast i åldersgruppen 30–44 år. Som jämförelse kan nämnas att en tredjedel av 2001 års LVM-klienter någon gång har gjort ett självmordsförsök (före det aktuella vårdtillfället). Andelen är högre (40 procent) bland kvinnor och högre bland de yngsta klienterna jämfört med de äldsta (Årsrapport DOK 01). Tabellen ovan avser en begränsad tidsperiod (ett år) och den diagnos som angetts i patientregistret som grund för vården. DOK-uppgifterna avser "någon gång", är självrapporterade och förutsätter inte att klienten har fått slutna vård för händelsen.

### Psykiatriska diagnoser

Av de före detta SiS-klienterna har 6 procent fått dygnsvård på sjukhus med någon psykiatrisk diagnos (utom alkohol och narkotika som redovisas separat nedan). Här är andelen vårdade något högre bland de yngre (yngre än 45) klienterna. Som högst är andelen 10 procent och det är i åldersgruppen 30–44 år.

TABELL 3.13

Andel klienter som vårdats på sjukhus (dygnsvård) med psykiatrisk huvuddiagnos under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	11	12	11	10	5	2	7
§ 13/13	7	7	9	10	4	5	7
§ 13/13+SoL	8	0	8	3	2	3	3
§ 13/4	10	8	11	9	3	4	7
§ 4/4	2	2	10	9	2	2	5
Totalt	8	7	10	9	3	3	6

### Alkohol- och narkotikarelaterade diagnoser vid slutenvård

Av de 4 314 klienter som skrevs ut från SiS åren 1999–2003 har 1 493 (35 procent) vårdats inom slutenvården med alkoholrelaterade diagnoser under första året efter utskrivning. Motsvarande andel som vårdats för narkotikarelaterade diagnoser uppgår till 25 procent.

TABELL 3.14

Andel klienter med alkoholrelaterad diagnos inom sluten dygnsvård under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter kön, ålder och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	11	6	38	38	44	49	37
§ 13/13	15	11	25	44	40	48	34
§ 13/13+SoL	8	14	33	40	40	52	43
§ 13/4	10	7	35	39	48	60	33
§ 4/4	6	5	22	39	41	63	30
Totalt	9	7	31	40	44	54	35

TABELL 3.15

Andel klienter med narkotikarelaterad diagnos inom sluten dygnsvård under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter kön, ålder och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	32	40	27	31	16	9	22
§ 13/13	35	40	28	22	9	12	23
§ 13/13+SoL	31	38	23	23	12	7	14
§ 13/4	46	37	34	32	8	11	28
§ 4/4	45	28	30	38	10	11	28
Totalt	43	36	30	31	10	10	25

Tabellerna 3.14 och 3.15 är i stort sett varandras spegelbilder: ju äldre personer, desto större andel har vårdats för alkoholrelaterade sjukdomar (tabell 3.14) medan det ifråga om narkotikarelaterad sjukvård är tvärtom – ju yngre personer, desto större andel vårdade (tabell 3.15). Ett annat noterbart, dock inte överraskande, resultat är att lagrumsgruppen 13/13+SoL har högst andel, och de frivilliga (SoL) näst högst andel vårdade för alkoholrelaterade sjukdomar (43 procent) och klart lägst andel vårdade för narkotikarelaterade sjukdomar (14 procent).

Sammanfattningsvis är alkohol och narkotika de vanligaste orsakerna till sjukhusvård tolv månader efter utskrivning från SiS i vår undersökningsgrupp. Därefter kommer olika medicinska diagnoser men här döljer sig säkert också sådant som egentligen är missbruksrelaterat.

### 3.9 Brottslighet

Vi redovisar uppgifter från såväl misstanke- som lagföringsregistret. Misstankeregistret, som innehåller personer som skäligen eller på sannolika skäl är misstänkta för brott (efter utredning av polis, tull eller åklagare), anses vara närmare sann brottslighet i en viss grupp personer (Brå 2010) varför misstankeregistrets uppgifter används i första hand. Brå uppskattar att gärningspersoner endast kan bindas för cirka 15–20 procent av de anmälda brotten (Brå 2010, sidan 116). Misstankeregistret består av dessa 15–20 procent av anmälda brott. Vi nämner lagföringarna också men tabellerna har placerats i appendix. Vi använder inga mängd- eller allvarlighetsmått, alltså antal lagföringar eller uppgifter om eventuella påföljder, men bagatellbrott hamnar varken i misstanke- eller lagföringsregistret. Vi redovisar endast andelen misstänkta/lagförda totalt och om det rör sig om narkotikabrott eller rattfylleri (inklusive grovt rattfylleri), eftersom syftet med uppföljningen i första hand är att söka indikationer som tyder på nykterhet eller fortsatt missbruk.

### Misstänkta och lagförda: totalt, narkotika och rattfylleri

Nästan hälften av vår undersökningspopulation har misstänkts för att ha begått brott under 12-månadersperioden efter sin utskrivning från SiS, drygt 60 procent av kvinnorna och 74 procent av männen i den yngsta åldersgruppen. I totalbefolkningen utgör 15–20-åringarna en fjärdedel av samtliga för brott misstänkta personer (Brå 2010). Även i nästa åldersgrupp, 30–44 år, är andelarna höga: 44 procent bland kvinnor och 57 bland män. Bland 45 år fyllda är andelen misstänkta män nästan dubbelt så hög som andelen misstänkta kvinnor (28 respektive 15 procent). Vad gäller lagrumsgrupper ser de tvångsvårdade (§ 13/13, § 13/4 respektive § 4/4) ut att ha misstänkts i större utsträckning än de vars placering hos SiS har inslag av frivillighet, vilket sannolikt har med gruppernas olika åldersstruktur att göra.

Drygt en tredjedel av klientgruppen har lagförts för något brott under samma tidsperiod (appendixstabeller A.8–10). Bilden är ungefär densamma som vid misstanke – de yngsta har högst tal (51 procent av kvinnorna, 58 procent av männen) och i åldersgrupperna 30–44 respektive 45– år har männen högre andelar lagförda jämfört med kvinnorna (29 respektive 10 procent av kvinnorna, 42 respektive 18 procent av männen).

TABELL 3.16

Andel klienter misstänkta för något brott under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	54	73	32	54	18	27	42
§ 13/13	69	80	54	61	7	30	52
§ 13/13+SoL	38	67	38	52	13	21	30
§ 13/4	61	71	48	56	17	28	49
§ 4/4	63	77	39	61	17	35	53
Totalt	61	74	44	57	15	28	47

Under den första 12-månadersperioden efter utskrivning registrerades 23 procent (976 klienter) som misstänkta för narkotikabrott. De yngsta är misstänkta i störst utsträckning, vilket å ena sidan återspeglar bilden av att det framför allt är de unga som är narkotikamissbrukare. Å andra sidan betecknar det vilka frågor polisen prioriterar i sitt arbete (Brå 2010). Knappt hälften av kvinnorna och drygt hälften av männen i åldersgruppen under 30 år har registrerats för misstanke om narkotikabrott, men sedan sjunker siffrorna tydligt till nästa åldersgrupp och tydligast bland kvinnorna. Lagrumsgruppen § 13/13+SoL har klart lägre andel och de frivilligt vårdade något lägre andel misstänkta för narkotikabrott, än personer tillhörande de övriga lagrumsgrupperna.

TABELL 3.17

Andel klienter misstänkta för narkotikabrott under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	27	50	10	22	2	5	16
§ 13/13	40	61	18	22	0	6	25
§ 13/13+SoL	23	57	13	18	2	3	9
§ 13/4	47	51	22	22	1	4	25
§ 4/4	46	58	18	29	2	8	29
Totalt	44	54	18	23	1	5	23

Var tionde i den totala klientgruppen lagfördes för narkotikabrott året efter utskrivning från SiS. Jämfört med talen i tabell 3.17 upprepas bilden men på en lägre nivå – de under 30 år har högst tal, kvinnorna totalt 23 procent och männen 25 procent lagförda. Bland männen är fördelningen jämnare mellan de olika lagrumsgrupperna (22–28 procent) än bland kvinnorna (14–27 procent).

Andelen klienter som var misstänkta för rattfylleri under första året efter utskrivning uppgår till 4 procent (191 klienter). Som högst är andelen kring 10 procent, dels bland frivilligt vårdade män under 30 år, dels bland omedelbart omhändertagna män i åldersgruppen 30–44 år.

TABELL 3.18

Andel klienter misstänkta för rattfylleri under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	3	11	3	5	2	4	5
§ 13/13	5	7	7	10	0	5	7
§ 13/13+SoL	0	5	0	6	2	2	3
§ 13/4	2	6	5	6	2	3	4
§ 4/4	4	8	2	5	0	2	4
Totalt	3	7	4	6	1	3	4

Andelarna som lagförts för rattfylleri under den studerade perioden redovisas i appendix tabell A.10. Totalt har 2 procent av klientgruppen lagförts för rattfylleri.

Redovisningen i detta avsnitt visar att de före detta SiS-klienterna ägnar sig åt brottslighet i stor omfattning i nära anslutning till missbruksvård. Nästan hälften är misstänkta för något brott, var fjärde för narkotikabrott och en tredjedel har lagförts för brott året efter utskrivning, en av tio för narkotikabrott.

## 3.10 Fängelse

Uppgifter om fängelse har hämtats från Kriminalvårdens register. Första 12-månadersperioden efter SiS-vistelsen uppgick andelen klienter som avtjänade fängelsestraff till 8 procent. Tabell 3.19 visar för det första att män avtjänar fängelsestraff i klart större utsträckning än kvinnor, vilket är förväntat med tanke på att drygt varannan av till exempel 2008 års manliga LVM-klienter jämfört med var femte kvinnlig LVM-klient någon gång hade dömts till fängelse (Årsrapport DOK 08). För det andra visar tabellen att det är gruppen § 13/13 som har avtjänat fängelsestraff i något större utsträckning 12-månadersperioden efter utskrivning.

**TABELL 3.19**

Andel som avtjänat fängelsestraff under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	3	13	0	10	0	4	6
§ 13/13	4	24	4	16	0	5	11
§ 13/13+SoL	0	19	0	9	0	2	4
§ 13/4	8	17	3	9	1	2	8
§ 4/4	5	22	1	12	0	5	9
Totalt	6	19	2	11	0	3	8

## 3.11 Klienter med någon registrerad indikation på fortsatt missbruk 12 månader efter utskrivning

Tabell 3.20 är en summering av de genom registren kända händelserna under året efter utskrivningen från SiS som vi tolkar som tecken på fortsatt missbruk. Där ingår samtliga dödsfall, en ny LVM-dom, att ha fått sluten vård med alkohol- eller narkotikarelaterad diagnos som registrerats i patientregistret, att ha registrerats i misstankeregistret för narkotikabrott eller för rattfylleri. Totalt har nästan 70 procent av de tidigare SiS-klienterna fortsatt allvarligt missbruk.

TABELL 3.20

Sammanlagd andel som avlidit, andel av överlevande som återintagits på en SiS-institution, fått alkohol- eller narkotikarelated slutenvård, registrerats som misstänkt för narkotikabrott eller för rattfylleri 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	59	73	69	74	60	67	69
§ 13/13	71	85	65	74	56	60	69
§13/13+SoL	62	90	54	66	63	65	65
§ 13/4	70	72	70	72	54	68	69
§ 4/4	68	72	63	75	53	70	69
Totalt	69	75	67	73	57	66	69

Generellt har kvinnor i varje åldersgrupp en något lägre andel som registrerats för någon av dessa händelser året efter utskrivning. Av lagrumsgrupperna har de omedelbart omhändertagna, vars vistelse hos SiS fortsätter på frivillig basis (§ 13/13+SoL), aningen lägre andel. I den sistnämnda lagrumsgruppen, bland män under 30 år, finns dock den högsta andelen – 90 procent – som uppenbarligen har fortsatt med destruktivt missbruk efter SiS-vistelsen, men gruppen är antalsmässigt liten (21 personer) vilket manar till försiktighet i tolkningen.

## 3.12 Ekonomisk situation

Inkomstuppgifterna är hämtade från SCB:s LISA-register, där uppdateringar görs vid årsskiftet varje kalenderår. Uppgifterna i detta avsnitt avser nästföljande kalenderår efter utskrivning från SiS-institution. Har klienten skrivits ut under till exempel år 2002 avser inkomstuppgifterna år 2003. Avlidna under institutionsvistelsen eller året därpå har uteslutits, liksom de som har utvandrat under samma period. Kvar blir 3 991 personer och av dessa finns det LISA-uppgifter för 3 975 personer. Vad som ingår i de olika löneuppgifterna har varierat från period till period, ibland från år till år. Det gäller till exempel lön under sjukdom som haft olika långt arbetsgivarinträde (28, 21 respektive 14 dagar), men här rör det sig om så låga belopp att vi inte anser det befogat att ta hänsyn till sådant mot bakgrund av arbetsmängden. Vi börjar med att redovisa disponibel inkomst och går sedan över till de olika löneslagen.

### Disponibel inkomst och basbelopp

Disponibel inkomst avser de totala inkomsterna i det hushåll individen tillhör (arbetsinkomster, inkomster av kapital, transfereringar, minus direkta skatter) relaterat till normerade levnadskostnader per person i den aktuella typen av hushåll. Detta ger jämförbarhet mellan olika hushåll (hushållssammansättning och boendeform). Inkomstuppgifterna kommer från taxeringen. Vi redovisar först medianen av disponibel in-



komst och sedan hur inkomsterna förhåller sig till basbeloppet (SCB 2009:1, sidan 277). Basbeloppet fastställs av regeringen för varje år och reglerar storleken på ersättningar inom socialförsäkringen i förhållande till penningutvecklingen. Basbeloppets storlek har emellertid inte följt konsumentprisökningen fullt ut, vilket betyder att man har gått ifrån den fulla värdesäkring som gällde till och med år 1990. Att relatera den disponibla inkomsten till prisbasbelopp ger läsaren en uppfattning om huruvida klienterna över huvud taget har en försörjning att tala om. Basbeloppets storlek var 36 400 kronor år 1999 och har stigit till 39 700 kronor år 2006.

**TABELL 3.21**

Median av disponibel inkomst (tusen kronor) under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

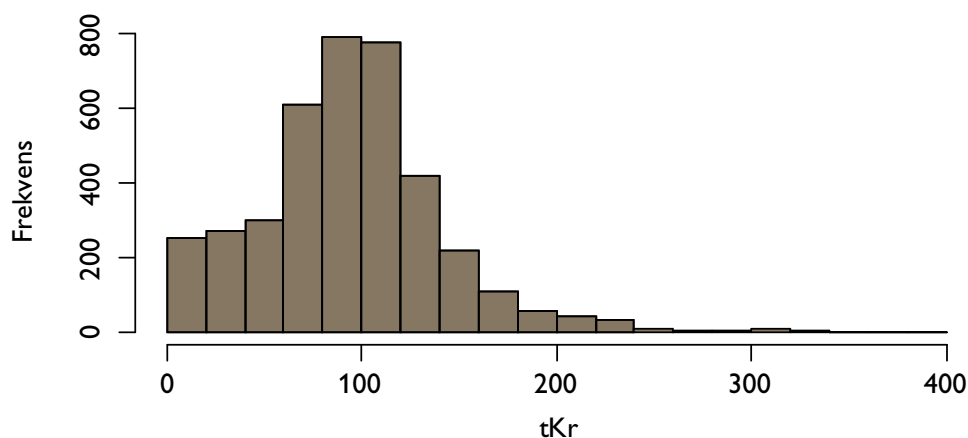
Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	78	65	102	94	108	106	98
§ 13/13	69	57	106	97	107	110	97
§13/13+SoL	80	68	117	89	118	109	107
§ 13/4	74	55	96	89	106	108	89
§ 4/4	57	47	96	83	103	94	82
Totalt	69	55	100	91	108	107	94

De klienter som det finns uppgift om disponibel inkomst för i LISA har en medianinkomst som motsvarar 2.5 prisbasbelopp, det vill säga ungefär 100 000 kronor (appendix tabell A.11). Medianen av disponibel inkomst i förhållande till prisbasbelopp är generellt lägre för de yngre klienterna än för de äldre. Klienter i åldersspannet 30-44 år har något lägre nivåer än de över 45 år men skillnaden är förhållandevis liten. Vad gäller lagrumsgrupper har de som vårdats med stöd i 4 § LVM lägre inkomster än de övriga. Oavsett redovisningsform (median, andel med disponibel inkomst lägre än ett respektive två prisbasbelopp) är mönstret entydigt. De före detta SiS-klienternas inkomster är rätt begränsade.

Enligt SCB:s statistik ([http://www.scb.se/Pages/TableAndChart\\_\\_\\_28877.aspx](http://www.scb.se/Pages/TableAndChart___28877.aspx)) var disponibel inkomst bland 20 år fyllda år 2001 (i 2008 års priser) 161 800 kronor i median. Beloppet varierar dock avsevärt efter ålder och hushållstyp. Till exempel hade ensamboende kvinnor mellan 20 och 24 år bara 111 900 kronor i disponibel inkomst och män i samma åldersgrupp 119 800 kronor i median, alltså något högre än den äldsta gruppen i vårt material. När det gäller 35-49-åringarna däremot hade dessa 158 800 (ensamboende kvinnor) respektive 164 600 kronor (ensamboende män). Sammanboende, 35-49 år utan barn, hade 240 000 kronor och sammanboende med två barn 155 700 kronor i median disponibel inkomst år 2001. I vår population finns samma mönster - de äldre har högre disponibel inkomst än de yngre - vilket återspeglar det faktum att de äldre är berättigade till olika typer av sociala inkomster, försörjningsstöd/aktivitetsersätt-

ning/pension i större utsträckning än de unga. Men vilket exempel vi än tar, är den disponibla inkomsten betydligt lägre i vår studiepopulation jämfört med totalbefolkningen.

I figur 3.2 redovisas fördelningen av inkomstens storlek för klienterna med registrerad disponibel inkomst. I figurrubriken inom parentes anges antalet personer vars inkomstuppgifter figuren baseras på. Den uppföljda gruppens disponibla inkomster är koncentrerade kring 100 000 kronor kalenderåret efter utskrivning från SiS. Knappt någon kommer upp i en normal inkomst.



Figur 3.2 Disponibel inkomst i tusental kronor året efter utskrivning från SiS (n=3 933, 99 procent).

Ungefär var sjätte klients disponibla inkomst understiger ett basbelopp året efter utskrivning. Andelarna är högst bland de yngsta: var fjärde kvinna och drygt var tredje man under 30-årsåldern har en disponibel inkomst understigande ett basbelopp, alltså cirka 35 000 kronor.

En tredjedel av de före detta SiS-klienterna har inkomster under två basbelopp året efter sin utskrivning från SiS (appendix tabell A.11). Särskilt höga är andelarna bland dem som vårdats med stöd i 4 § LVM (37 respektive 44 procent). Fler än varannan kvinna och ungefär två av tre män under 30 år har disponibel inkomst som understiger 80 000 kronor året efter sin utskrivning från SiS.

### Inkomst av förvärvskälla

Inkomst av förvärvskälla betyder att inkomsten är arbetsrelaterad (SCB 2009:1, sidan 123). Enligt DOK-intervjun har ungefär var tionde LVM-klient löneinkomst eller inkomst som tyder på arbetsmarknadsdeltagande, omedelbart innan eller i nära anslutning till inskrivning hos SiS.

**TABELL 3.22**

Andel klienter med inkomst från förvärvskälla under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	27	33	21	22	12	19	22
§ 13/13	26	22	22	28	30	29	27
§13/13+SoL	33	29	19	26	27	21	23
§ 13/4	21	20	16	14	15	12	16
§ 4/4	17	23	10	12	15	8	14
Totalt	21	23	16	19	18	17	19

Enligt LISA-registret har cirka 20 procent av de studerade före detta SiS-klienterna inkomst från förvärvskälla året efter sin utskrivning från SiS. Andelarna är något högre dels bland de yngsta (-29 år) än de två äldre åldersgrupperna, dels bland de klienter vars institutionsvistelse inte skedde med stöd i 4 § LVM.

Tabell 3.23 visar emellertid att det inte rör sig om särskilt höga inkomster bland de 756 personerna i materialet med sådan inkomst. Medianen är 37 000 kronor på ett år. Nivåerna är högre bland män än kvinnor och högst bland män i åldersgruppen 45 år och äldre, något högre också bland de frivilligt vårdade och dem vars omedelbara omhändertagande inte ledde till att tvångsvården fastställdes i länsrätten. Som jämförelse kan anges att medianinkomst för totalbefolkningen (20-64 år) år 2001 var strax under 200 000 kronor (SCB:s webbplats).

**TABELL 3.23**

Medianinkomst (tusen kronor) för klienter med inkomst från förvärvskälla under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=756)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	18	19	22	57	24	113	52
§ 13/13	9	33	21	63	72	81	49
§13/13+SoL	10	15	23	29	45	61	36
§ 13/4	24	36	16	47	27	56	32
§ 4/4	32	35	29	21	27	38	34
Totalt	20	31	20	47	45	70	37

### Löneinkomst

Med löneinkomst avses kontant bruttolön enligt kontrolluppgift till Skatteverket från arbetsgivare, utan avdrag för skatt och eventuella andra avdrag (till exempel förmåner). Där ingår i princip alla ersättningar som är föremål för beskattning. Knappt var femte person i vår population har löneinkomst redovisad till skattemyndigheterna och dess median för hela gruppen om 733 personer med löneinkomst var 36 000 kronor (tabellerna A.13 och A.14 i appendix).

### Inkomst av studier

Studierelaterade inkomster avser summan av olika studierelaterade inkomslag. Av de tidigare LVM-klienterna har 5 procent haft studierelaterad inkomst året efter sin utskrivning från SiS. Andelarna är högst bland de yngsta klienterna men totalt rör det sig om färre än 200 personer, och årsbeloppet stannar oftast under 50 000 kronor (tabellerna A.15 och A.16 i appendix).

### Inkomst av sjukdom/arbetskada/rehabilitering

Uppgiften om sjukdomsrelaterade inkomster är summerad inkomst föranledd av sjukdom, arbetskada och rehabilitering det året ersättningen betalas ut – oberoende av när själva skadan/rehabiliteringen har ägt rum (SCB 2009:1, sidan 159). Variabelns konstruktion har varierat från år till år men det har knappast någon större betydelse för vår studiegrupp.

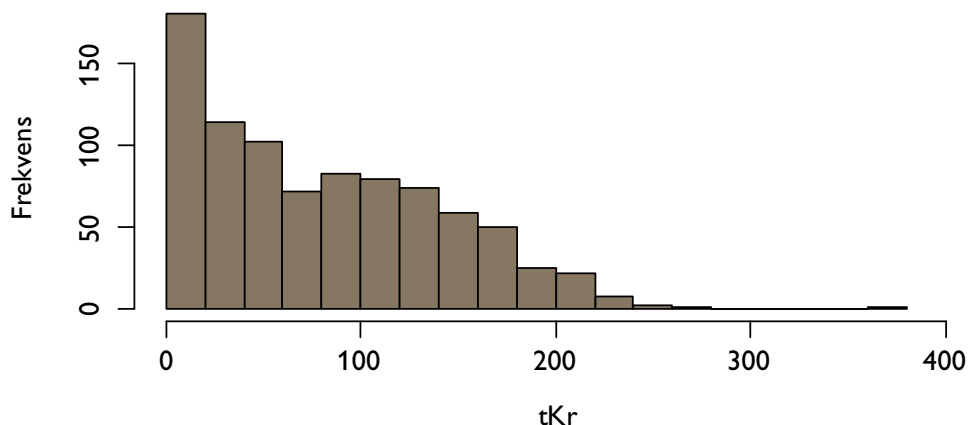
TABELL 3.24

Andel klienter med inkomst av sjukdom/arbetskada/rehabilitering under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	16	14	34	31	27	24	25
§ 13/13	24	19	33	39	36	33	31
§13/13+SoL	8	33	54	38	35	30	34
§ 13/4	14	14	25	21	25	17	18
§ 4/4	5	10	15	17	25	10	13
Totalt	13	14	27	27	28	22	22

Drygt en femtedel av de före detta SiS-klienterna har haft inkomster som är sjukdomsrelaterade. Andelarna ser ut att vara högst i åldersgruppen 30–44 år, drygt en fjärdedel, och lägst i den yngsta gruppen. De omedelbart omhändertagna, vars tvångsvård inte fastställts i länsrätten, har högst andelar av lagrumsgrupperna – omkring en tredjedel.

Figur 3.3 är en illustration av fördelningen av inkomster vars grund är sjukdom, arbetskada eller rehabilitering kalenderåret efter utskrivning från SiS. Totalt 873 personer i vår population har fått sådan inkomst året efter SiS-vistelsen. Även här ligger tyngdpunkten i fördelningen på de låga beloppen.



Figur 3.3 Sjukdoms- eller arbetsskaderelaterad etc inkomst i tusental kronor året efter utskrivning från SiS (n=873, 22 procent).

### Inkomst av förtidspension/sjukbidrag/sjukersättning/aktivitetsersättning

Det här är en uppgift som har förändrats över tid. Det beror å ena sidan på att förtidspension och sjukbidrag tidigare utgjorde en del av det allmänna pensionssystemet. Å andra sidan beror förändringen på att sjuk- och aktivitetsersättningen är en del av sjukförsäkringssystemet (SCB 2009:1, sidan 225–226).

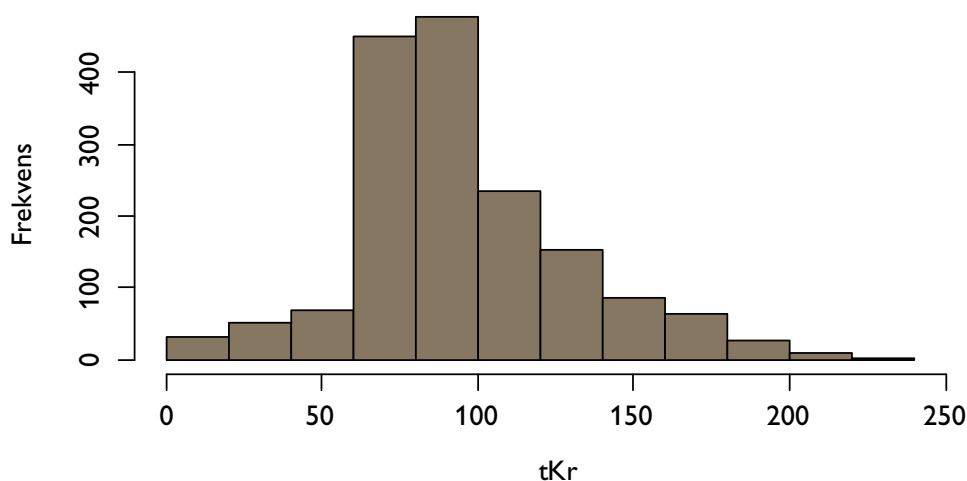
TABELL 3.25

Andel klienter med inkomst av förtidspension/sjukbidrag/sjukersättning/ aktivitetsersättning under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	14	16	49	42	68	55	44
§ 13/13	7	10	37	33	45	49	32
§13/13+SoL	8	10	30	37	48	53	44
§ 13/4	14	17	45	51	63	68	42
§ 4/4	12	9	57	53	58	74	43
Totalt	13	14	46	46	59	60	42

Drygt 40 procent av den tidigare klientgruppen har haft inomster som förtidspension, sjukbidrag och dylikt kalenderåret efter sin SiS-vistelse. Andelarna ökar med stigande ålder, är högst bland de äldsta och omfattar cirka 60 procent av klienterna. Av lagrumsgrupperna har § 13/13 lägst andel men så är de också relativt unga.

Figur 3.4 illustrerar fördelningen av förtidspensionens/sjukbidragets storlek för de 1 655 personer i vår population som har uppburit sådan inkomst året efter utskrivning från SiS. Tyngdpunkten i fördelningen ligger på belopp från 70 till något över 100 000 kronor. I vår population är detta en viktig inkomstkälla.



Figur 3.4 Inkomster av förtidspension, sjukbidrag etc i tusental kronor året efter utskrivning från SiS (n=1 655, 42 procent).

Medianinkomsten (appendix tabell A.18) från förtidspension, sjukbidrag och dylikt i den grupp om 1 655 personer som har sådan inkomst registrerad, är drygt 90 000 kronor. Om vi jämför dessa siffror med medianen för disponibel inkomst (tabell 3.21), kan vi dra slutsatsen att i stort sett hela den disponibla inkomsten för en stor grupp före detta SiS-klienter består just av sådan sjukdoms- eller arbetslöshetsrelaterad inkomst. I DOK-materialet brukar det röra sig om ungefär en tredjedel som har sin försörjning på detta sätt (Årsrapport DOK 08, sidan 33). Skillnaden kan eventuellt bero på att uppgifterna i DOK avser tiden i anslutning till SiS-vistelsen medan registeruppgifterna i detta fall avser året efter sådan händelse.

### Socialbidrag

Denna variabel är beräknad utifrån familjens bidragsnivåer (se SCB 2009:1, sidan 257). Något andra vikter gäller för år 2004 och framåt men likställs i detta sammanhang.

TABELL 3.26

Andel klienter med socialbidrag/försörjningsstöd under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	84	88	75	71	45	44	62
§ 13/13	85	85	74	66	41	47	65
§13/13+SoL	75	76	76	64	48	38	51
§ 13/4	84	81	81	64	40	40	65
§ 4/4	92	84	79	78	44	47	73
Totalt	86	83	78	69	43	42	65

Enligt registeruppgifter har två av tre tidigare SiS-klienter fått socialbidrag/försörjningsstöd året efter SiS-vistelsen. I DOK-data anger var tredje att deras försörjning består av socialbidrag men återigen avser uppgifterna olika tidpunkter i förhållande till LVM-vård. Andelarna är högst bland de yngsta, av vilka fler än fyra av fem uppbär försörjningsstöd året efter SiS-vistelsen. I DOK-materialet är andelen 53 procent i den yngsta åldersgruppen, knappt en tredjedel i åldersgruppen 30-44 år och 15 procent i den äldsta gruppen. Tyngdpunkten på bidragets fördelning ligger på de mycket låga beloppen, upp till ungefär 10-15 000 kronor (figur i appendix). Endast i undantagsfall kan denna transferering stå för individens hela försörjning.

### Bostadsbidrag

Även detta bidrag bygger på familjen som enhet och är sedan fördelat per familjemedlem.

TABELL 3.27

Andel klienter med bostadsbidrag under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	22	16	28	10	4	3	10
§ 13/13	26	21	37	13	14	3	15
§13/13+SoL	8	5	32	12	8	5	9
§ 13/4	24	13	26	12	5	2	13
§ 4/4	27	16	18	11	8	2	13
Totalt	25	15	26	11	7	3	12

Enligt LISA-uppgifter har 12 procent av den studerade gruppen fått bostadsbidrag året efter utskrivning från LVM-vård. Med tanke på den studerade gruppens försörj-

ningsituation generellt, ter sig siffran 12 procent mycket låg och vittnar antagligen om oordnad boendesituation för många. Beloppen är inte heller så höga – medianen för alla knappt 500 personer som fått något bostadsbidrag är 7 000 kronor (appendix tabell A.20).

Sammanfattningsvis är de studerade SiS-klienternas ekonomiska situation kalenderåret efter utskrivning svag men de flesta tycks ha någon slags försörjning, oftast genom socialförsäkringssystemet. Median disponibel inkomst understiger 100 000 kronor. För 14 procent understiger den disponibla inkomsten ett prisbasbelopp (cirka 35 000 kronor) och var tredje har en disponibel inkomst understigande två prisbasbelopp. Knappt var femte har arbetsrelaterad inkomst och medianen bland dem som har sådan inkomst uppgår till ungefär ett prisbasbelopp. Inkomsternas fördelning visar att koncentration finns på låga belopp. Först när vi kommer till inkomster i form av förtidspension, sjukbidrag och dylikt, förskjuts koncentrationen till något högre belopp, till närmare 100 000 kronor (figur 3.5). Sådana inkomster har drygt 40 procent av vår uppföljningsgrupp haft året efter utskrivning – företrädesvis de äldre. Ungefär två tredjedelar av gruppen har fått socialbidrag/försörjningsstöd året efter utskrivning men beloppen är låga; medianen ligger på 15 000 kronor bland samtliga som fått sådant stöd.



## 4. Sammanfattning och slutsatser

Den här presenterade studien är en 12-månaders registeruppföljning av SiS vuxna missbruksklienter åren 1999–2003. De register som bildar underlaget är dels SiS eget klientregister, KIA, dels olika rikstäckande register, lagförings- och misstankeregistren, kriminalvårdsregistret, patientregistret, dödsorsaksregistret och LISA. Redovisningen sker generellt efter klienternas kön och ålder samt en gruppering efter de lagar och paragrafer som placeringen stödjer sig på. Uppföljningen är den första i sitt slag, den innehåller samtliga klienter under ett antal år inom hela LVM-vården, vilket betyder en population på drygt 4 300 personer. Uppföljningen omfattar SiS-klienter från tiden innan de särskilda regeringsuppdragen, Vårdkedjeprojektet och Ett kontrakt för livet, genomfördes. Dessa innebar en intervention i tvångsvården av missbrukare, och deras långsiktiga effekter finns det anledning att följa upp som jämförelse.

SiS främsta roll inom missbruksvården är att avbryta ett destruktivt missbruk och att motivera till fortsatt frivillig vård. Därför är syftet att studera i vilken mån den verkställda tvångsvården har lett till att klienten bryter sitt missbruk. Detta görs dels med hjälp av uppgifter om klienten återkommer till SiS, dels om registeruppgifterna kan ge indikationer på att missbruk inte fortgår. Eftersom det inte finns något register med uppgifter om en enskild person missbrukar eller inte, är vi hänvisade till att räkna hur stor andel av de före detta klienterna som inte förekommer i register med indikation på fortsatt missbruk.

Ett första led för att motivera klienten till fortsatt frivillig missbruksvård är att klienten prövar sådan vård enligt § 27 LVM, en placering som alltså sker under pågående LVM. De klienter som är aktuella för en § 27-placering är de som har en fastställd LVM-dom jämlikt § 4 LVM. Av uppföljningens 4 341 klienter har totalt 2 489 haft fastställd LVM-dom, alltså drygt hälften. Av dessa 2 489 kom två tredjedelar till SiS omedelbart, med stöd i § 13 LVM och fick sedan fortsatt tvångsvård jämlikt § 4. Övriga (en tredjedel) hade redan vid sin ankomst till SiS fastställd tvångsvård. Tre fjärdedelar av de tvångsvårdade klienterna har varit placerade enligt § 27 LVM medan en fjärdedel aldrig blev aktuell för en sådan placering. Knappt 1 100 klienter (44 procent) har ett placerings-tillfälle, 518 har två, 209 har tre och 67 klienter har minst fyra placeringar. Av de 1 100 klienter som endast har en placering registrerad, känner vi inte till antalet som faktiskt fullföljde hela den planerade § 27-placeringen. Talen om upprepade placeringar tyder dock på att placeringarna inte sällan är misslyckade, antingen på så sätt att klienten inte är tillräckligt förberedd för frivillig nykterhet eller att alternativen till placeringar inte är tillräckligt differentierade för att motsvara klientens behov och önskemål.

Nästan var femte klient som skrevs ut från SiS-institution under åren 1999–2003 återkom till SiS inom tolv månader efter sin utskrivning. Det visar sig att det är vanligare med en ny SiS-vistelse om den föregående vistelsen inte ledde till fastställd tvångsvård jämlikt § 4 eller om vistelsen var frivillig. Dessa är korta vårdtillfällen och kan alltså indikera att de var för korta och kanske ogenomtänkta. På grund av osäkerhet i uppgifterna har vi inte med markeringar om tidigare LVM-domar i vår undersökningspopulation. Men att döma av de intervjuvar som klienterna ger inledningsvis under tvångsvården, har i stort sett samtliga vårdats tidigare för sitt missbruk och ungefär en tredjedel har också haft en LVM-dom tidigare.

Dödlighet är ett ofta använt utfallsmått vid missbruk. I vår uppföljning avled 27 personer under pågående vårdperiod. Fyra av fem av dessa dödsfall var bland klienter vars tvångsvård var fastställd enligt § 4 LVM och vilkas vårdperiod alltså varade ungefär ett halvår. Tre av dödsfallen skedde på institutionen och de övriga under avvikning från institution eller § 27-placering, på sjukhus eller på väg till sjukhus från institutionen eller under permission. 18 av dödsfallen hade alkohol- eller narkotikarelaterad orsak. Alla dödsfallen var missbruksrelaterade, utom ett dödsfall som inträffade medan klienten var avviken, jämfört med hälften av dödsfallen på institution (inklusive § 27).

Ytterligare 230 personer i vår uppföljningsgrupp dog under 12-månadersperioden efter utskrivning från SiS. Av kvinnorna avled 3,9 och av männen 6,0 procent (totalt 5,3 procent). Vi redovisar dödstaten per 1 000 levnadsår i respektive grupp. I förhållande till totalbefolkningen i samma åldersgrupper är de före detta SiS-klienternas dödlighet mångfaldigt högre, och högre bland de yngre än de äldre klienterna. Mot bakgrund av tidigare undersökningar om dödlighet bland kända missbrukare är våra resultat knappast oväntade, men vi vill påpeka att uppföljningsperioden är kort.

Drygt 70 procent av dödsfallen under första året efter utskrivning från SiS är missbruksrelaterade. Tidigare undersökningar (refererade i texten) där man har jämfört dödsorsaksregistrets uppgifter med obduktionsprotokollen, har gett vid handen att dödsorsaksregistrets uppgifter ändå bör betraktas som minimiskattningar av dödlighet orsakad av alkohol och droger.

Personer med missbruksproblematik har omfattande sjukvårds konsumtion. Fler än hälften, 60 procent, av vår uppföljningsgrupp har vårdats på sjukhus (slutenvård) under 12-månadersperioden efter utskrivning från SiS. Var femte före detta klient har haft en medicinsk huvuddiagnos vid sjukhusvård, 14 procent har vårdats på grund av någon skada eller olycka, 4 procent för självmordsförsök (avsiktligt självdestruktiv handling) och 6 procent med en psykiatrisk huvuddiagnos. Drygt var tredje, 35 procent, har vårdats inom slutenvården med alkoholrelaterad diagnos och var fjärde (25 procent) med narkotikarelaterad diagnos under 12-månadersperioden efter utskrivning från SiS. Det är de äldre klienterna som fått alkoholdiagnos, medan de som vårdats med narkotikadiagnos huvudsakligen är yngre personer.

Nästan hälften (47 procent) av vår uppföljningsgrupp har registrerats som misstänkta för brott året efter utskrivning från en LVM-institution. Talen är högst bland de yngsta (61 procent kvinnor, 74 procent män) och sjunker med åldern. Närmare en fjärdedel är misstänkta för narkotikabrott men även här skiljer sig talen ordentligt ef-

ter ålder. I den yngsta gruppen är 44 procent av kvinnorna och 54 procent av männen misstänkta för narkotikabrott. Av de före detta LVM-klienterna är 4 procent misstänkta för rattfylleri året efter utskrivning. Vad sedan gäller lagföringar är totalt 35 procent av gruppen lagförda för något brott året efter sin utskrivning, vilket med tanke på eftersläpningar i domstolars hantering av anmälda brott inte behöver betyda att själva brottet är begånget efter den aktuella SiS-vistelsen. För rattfylleri lagfördes 2 procent och för narkotikabrott 10 procent. Ungefär var fjärde i åldersgruppen under 30 år lagfördes för narkotikabrott under 12-månadersperioden efter tvångsvård. Under samma tidsperiod avtjänade 8 procent fängelsestraff (nästan var femte i den yngsta gruppen).

Vi har inte använt typ av missbruk som indelningsgrund, dels på grund av uppgiftsbortfall (20 procent), dels för att gruppens storlek inte tål en ytterligare uppdelning, dels för att det i stor utsträckning handlar om blandmissbruk. Men den tillämpade indelningen i redovisningen, efter kön, ålder och lagrumsgrupp, innebär indirekt också en grov indelning efter typ av missbruk. De unga (–29 år) missbrukar i huvudsak narkotika, ibland i kombination med alkohol. Från och med åldersgruppen 40–49 år börjar alkohol vara huvuddrogen. I den äldsta gruppen är alkohol den dominerande primära drogen (SiS i korthet 2010).

Sammanlagt är 69 procent av vår uppföljningsgrupp under 12-månadersperioden efter utskrivning registrerad för någon händelse som tyder på fortsatt missbruk (har avlidit, har återinskrivits på SiS, fått sjukhusvård för missbruk eller registrerats för alkohol- eller narkotikarelaterad brottslighet). Med andra ord finns inte 31 procent registrerade i sådana sammanhang året efter utskrivning, vilket brukar vara ungefär den andel tidigare uppföljningar har funnit som förbättrade (Möller, Gerdner & Oscarsson, 1998; Gerdner 2000; Larsson Lindahl 2006; Larsson & Segraeus 2005). Vi har emellertid inga direkta uppgifter om att dessa personer skulle ha avbrutit eller ens minskat sitt missbruk. En del har säkerligen också tillbringat någon tid i fortsatt behandling för sitt missbruk utanför SiS institutioner.

För 3 900 personer finns uppgifter om disponibel inkomst i LISA-registret. Uppgifterna baseras på skattemyndigheternas redovisningar. Det är alltså inkomster efter skatt. Medianbeloppet i vår uppföljningsgrupp (kalenderåret efter utskrivning från SiS) är 100 000 kronor. Knappt var femte person i gruppen har haft löneinkomster kalenderåret efter sin utskrivning från SiS, med en median på 36 000 kronor. Drygt var femte klient har haft inkomster av sjukdom, arbetsskada eller rehabilitering och medianen av sådan inkomst uppgår till 71 000 kronor. Två av fem (42 procent) har haft inkomster av förtidspension, sjukbidrag, sjukersättning eller aktivitetsersättning och medianen av sådan inkomst var 93 000 kronor kalenderåret efter SiS-vistelsen. Tre av fem (62 procent) har fått socialbidrag men medianersättningen var endast 15 000 kronor, och de flesta har bara fått mindre summor. Drygt var tionde (12 procent) har fått bostadsbidrag med en median på 7 000 kronor kalenderåret efter SiS-vistelsen. Andelen som har arbetsinkomst är rätt liten men de flesta tycks ändå ha någon form av försörjning, även om den inte är ens i närheten av vad en lågavlönad arbetare tjänar. Särskilt de ungas ekonomiska situation är bekymmersam – utsikterna för att de ska kunna ta sig ur den torde vara små.

LISA-registret var tänkt att användas för att belysa "socialt acceptabel livsföring" i fler avseenden än ifråga om inkomster och sysselsättning. Det visade sig tyvärr att registret (inget annat register heller) inte innehåller uppgifter om till exempel boende. Detta beror på att det inte har genomförts folk- och bostadsräkningar på länge. Så frågan om de före detta SiS-klienterna har en ordnad bostad året efter sin utskrivning kan inte belysas med registeruppgifter. Det finns uppgifter om civilstånd men det är också en uppgift som inte talar om hur folk faktiskt lever, med tanke på att ogift samboende är allmänt utspritt i befolkningen.

En uppgift finns om familjeställning, som talar om vilken ställning respektive person har i hushållet. Det visar sig att vår uppföljningspopulation till 80 procent faller inom kategorin 'övriga ensamstående' som omfattar såväl ensamstående personer som ogifta sambor utan barn jämfört med 37 procent av totalbefolkningen. Drygt 5 procent av vår population jämfört med drygt hälften av totalbefolkningen tillhör kategorin gifta/sambor med barn under 18 år.

Det är uppenbart att enbart en registeruppföljning inte är ett optimalt sätt att följa upp personer som har vårdats för missbruk. Till exempel vore det av stort intresse att veta vilka som fortsätter under en längre tid i frivillig vård efter LVM-ingripandet, men än så länge finns inga sådana uppgifter på individnivå. Ifråga om nykterhet/fortsatt missbruk har vi inga "positiva" uppgifter utan endast uppgifter om vård till följd av missbruk och brottslighet av samma typ. Om en person inte är registrerad för vare sig sjukhusvård eller brottslighet som tyder på fortsatt missbruk, leder det inte direkt till slutsatsen att missbruket eller kriminaliteten med missbrukstecken har upphört. Det kan lika väl bero på att personen inte har sökt vård respektive inte åkt fast för sina brott. För att reda ut missbrukssituationen krävs någon typ av personlig kontakt med klienten själv eller hans eller hennes närmaste omgivning, och eventuellt med socialtjänsten. Detta skulle dock kräva mycket stora resurser vid en större uppföljning. Generellt har jämförelsen med tidigare uppföljningar försvårats av att andra uppföljningar till stor del bygger sina resultat på uppgifter från klienten personligen och/eller socialtjänsten, uppgifter som vi inte har. Våra resultat å sin sida bygger på registeruppgifter, vilka ofta saknas i tidigare uppföljningar.

I början av 2000-talet skedde en förändring när det gäller vilka missbrukare som främst placeras hos SiS – det är dels de unga (-29 år) narkotikamissbrukarna, såväl män som kvinnor, dels de äldre alkoholmissbrukande männen (45– år) medan åldersgruppen 30–44 år minskar relativt sett. Det finns anledning att ägna särskild uppmärksamhet åt denna utveckling. Lyckas man inte avbryta utvecklingen kommer missbruket, förutom att det förstör mångas liv och hälsa, att kosta samhället stora pengar – dels i form av sjukvårdskonsumtion, brottslighet och förtida dödsfall, dels i uteblivna skatteintäkter.

# Referenser

Adamsson Wahren, C (1997), *Mortality and Psychiatric Morbidity among Drug Addicts in Stockholm*. Karolinska institutet, Dept of Clinical Neuroscience & Dept of Social Medicine, Göteborg university. Akademisk avhandling.

Bejerot, C & Bejerot, N (1980), Missbruk, dödlighet och dödsorsaker. *Socialmedicinsk Tidskrift* nr 57: 51–59.

Bergmark, Å (1994), Överdödlighet och upprepade LVM-domar bland tvångsvårdade missbrukare. *Socialmedicinsk Tidskrift* nr 10: 474–479.

Bergmark, A (2004), *Tvångsvårdens utfall – en uppföljning av missbrukare vårdade med stöd av LVM*. SOU 2004:3, Tvång och förändring. Forskningsrapporter.

Brå 2008:23, *Brottsutvecklingen i Sverige fram till år 2007*. Brottsförebyggande rådet, Stockholm. Redaktör Louise Ekström.

Brå 2010, *Personer misstänkta för brott. Slutlig statistik för år 2010*. Brottsförebyggande rådet, Stockholm.

Brå 2010, *Personer lagförda för brott. Slutlig statistik för år 2010*. Brottsförebyggande rådet, Stockholm.

Cleveland, W.S. (1979), Robust Locally Weighted Regression and Smoothing Scatterplots. *Journal of American Statistical Association* 74: 829–836.

Dahlgren, K. G. (1951), On death-rates and causes of death in alcohol addicts. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, Vol. XXVI.

Darke, S., Degenhardt, L. & Mattick, R. (2007), *Mortality Amongst Illicit Drug Users. Epidemiology, Causes and Intervention*. Cambridge University Press, Cambridge, UK.

Davstad, I (2010), *Drug use, mortality and outcomes among drug users in the general population and in methadone maintenance treatment*. Karolinska institutet, Stockholm. Akademisk avhandling.

Engström, A, Adamsson, C, Allebeck, P & Rydberg, U. (1991), Mortality in patients with substance abuse. *International Journal of the Addictions* 26: 91–106.

Fridell, M, Billsten, J, Jansson, I & Amylon, R (2009), *Femårsuppföljning. Kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM-hem*. Forskningsrapport nr 1. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

Fugelstad, A (1997), *Drug-related Deaths in Stockholm during the period 1985–1994. Causes and manners of death in relation to type of drug abuse, HIV-infection and methadone treatment*. Inst of Oncology-Pathology, Dept of Forensic Medicine, Karolinska institute & Inst of Clinical Neuroscience, Dept of Psychiatry, S:t Görans Hospital, Stockholm. Akademisk avhandling.

Fugelstad, A, Ågren, G, & Romelsjö, A (1998), Changes in Mortality, Arrests, and Hospitalizations in Nonvoluntarily Treated Heroin Addicts in Relation to Methadone Treatment. *Substance Use & Misuse*, 33 (14): 2 803–2 817. Ingår i Fugelstads avhandling.

Fäldt, J, Storbjörk, J, Palm, J, Oscarsson, L och Stenius, K (2007), *Vårdkedjeprojektet. Tre utvärderingsperspektiv*. Forskningsrapport nr 2. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

Gerdner, A & Berglund, M (1997), Mortality of treated alcoholics after eight years in relation to short-term outcome. *Alcohol & Alcoholism*, Vol. 32, No. 5: 543–579.

Gerdner, A (2000), *Utfall och kvalitet inom LVM-vården. Uppföljning av Lunden och Älvgården*. SiS följer upp och utvecklar 3. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

Gerdner, A (2004), *Utfall av LVM-vård – översikt och syntes av hittillsvarande studier*. SOU 2004:3 Forskningsrapporter. Bilagedel till LVM-utredningens betänkande Tvång och förändring, 303–414.

Hajighasemi, A (2008), *Ett kontrakt för livet. Utvärdering av en särskild satsning på missbrukarvården*. SiS följer upp och utvecklar, 2008:3. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

Haver, B, Gjestad, R, Lindberg, S & Franck, J (2009), Mortality risk up to 25 years after initiation of treatment among 420 Swedish women with alcohol addiction. *Addiction*, 104, 413–419.

Hoem, J M (1976), The Statistical Theory of Demographic Rates. A Review of Current Developments. *Scandinavian Journal of Statistics*, 3:169–185.

Hoem, J M & Linnemann, P (1988), The Tails in Moving Average Graduation. *Scandinavian Actuarial Journal*, 1988: 193–229.

Jenner, H. & Segraeus, V. (1996), Att utveckla missbrukarvård genom dokumentation. *Nordisk Alkoholtidskrift*, 3: 150–159.

Jenner, H & Segraeus, V (1997), *Documentation as a useful tool in the care and treatment of drug abusers – a presentation of the DOK project*. Stockholm, National Board of Institutional Care.

Jenner, H & Segraeus, V (2005), The Swedish DOC System – An Attempt to Combine Documentation and Self-Evaluation. *European Addiction Research* 11 (4): 186–192.

Kristenson, H (1982), *Studies on alcohol related disabilities in a medical intervention programme in middle-aged males*. Depts of Alcohol Diseases and Internal Medicine and Section of Preventive Medicine, University of Lund, Malmö General Hospital, Malmö. Akademisk avhandling.

Larsson Lindahl, M (2006), *Legal Coercion of Substance Abusers: Investigation, treatment and outcome*. Medicinska fakulteten, Lunds universitet. Lic-upsats.

Larsson Lindahl, M, Öjehagen, A & Berglund, M (2010), Commitment to coercive care in relation to substance abuse reports to the social services. A 2-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, Informa Healthcare, Taylor & Francis As.

Larsson, J & Segraeus, V (2005), *Från tvång till frihet. Uppföljning av SiS missbrukarvård*. SiS följer upp och utvecklar, 1/05. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

Larsson, J & Segraeus, V (2008), Utfall 6 månader efter utskrivning från LVM-institution. *NAT, Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift*, vol 25, nr 3: 187–204.

Möller, K, Gerdner, A & Oscarsson, L (1998), *Rällsögården, 40 års verksamhet vid ett behandlingshem för vuxna missbrukare*. SiS följer upp och utvecklar 1/98. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

Nordström, G (1987), *Successful Outcome in Alcoholism. A prospective long-term follow-up study*. Dept of Psychiatry, University of Lund. Akademisk avhandling.

Petersson, B (1983), *Health, Risk Factors and Death in Middle-Aged Males with particular reference to effects and consequences of alcohol*. Section of Preventive Medicine, Dept of Internal Medicine, University of Lund, Malmö General Hospital, Malmö. Akademisk avhandling.

Pettersson, U (1989), *Fyra år med LVM. En uppföljning i fyra kommuner*. Socialtjänstprojektet rapport nr 12. Socialhögskolan, Stockholms universitet.

Romelsjö, A, Karlsson, G, Hennigsohn, L & Jakobsson S W (1993), The Prevalence of Alcohol-Related Mortality in Both Sexes: Variation between Indicators, Stockholm 1987. *American Journal of Public Health*, June 1993, Vol. 83, No. 6: 838–844.



Romelsjö, A & Ågren G, (1986), Betydande skillnader i alkoholrelaterad dödlighet för olika yrkesgrupper i Sverige. *Alkohol och narkotika*, nr 6–7.

Sallmén, B & Berglund, M (1999), *An eighteen-month follow-up of coercively and voluntarily admitted alcoholics treated in the same residential programme*, i Sallmén, B, *Compulsory treatment of alcoholics. Psychiatric comorbidity, psychological characteristics, coercive experiences and outcome*. Department of Clinical Alcohol Research and Psychology, University of Lund. Akademisk avhandling.

Seymour, A, Oliver, JS & Black, M (2000), Drugrelated deaths among recently released prisoners in the Strathclyde Region of Scotland. *Journal of Forensic Sciences* 45, 649–654.

Sjögren, H, Eriksson, A & Ahlm, K (2000), Alcohol and Unnatural Deaths in Sweden: A Medico-Legal Autopsy Study. *Journal of Studies on Alcohol*, July 2000: 507–514.

Sjögren, H, Eriksson, A. & Romelsjö, A (2001), *Alcohol-related mortality in Sweden*. RMV report 2001:3. The National Board of Forensic Medicine, Stockholm.

Stockholms läns landsting, 2008. *Alkohol- och narkotikarelaterad vårdkonsumtion och dödlighet i Stockholms län*. Rapport 2008.

SCB (2001), *Utbildningsstatistisk årsbok*. Stockholm, Statistiska centralbyrån.

SCB (2003), *Statistisk årsbok för Sverige 2003*. Stockholm, Statistiska centralbyrån.

SCB (2004), *Perspektiv på välfärden 2004. Levnadsförhållanden*. Rapport 106. Stockholm, Statistiska centralbyrån.

SCB (2005), *Sysselsättning, arbetstider och arbetsmiljö 2002–2003. Levnadsförhållanden*. Rapport 109. Stockholm, Statistiska centralbyrån.

SCB (2007), *Livslängden i Sverige 2001–2005. Livslängdstabeller för riket och länen*. Demografiska rapporter 2007:1 (tabell 6.1 och 6.2).

SCB (2009:1), *Longitudinell Integrationsdatabas för sjukförsäkrings- och arbetsmarknadsstudier*. Stockholm, Statistiska centralbyrån.

SiS, *Årsredovisningar 1999–2006*. Stockholm, Statens institutionsstyrelse.

Socialstyrelsen redovisar 1985:4, *Alkoholism och narkomani inom psykiatrin. En studie av vårdkonsumtion och dödlighet*. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005), *Hälso- och sjukvårdsrapport 2005*. Stockholm, Socialstyrelsen.



Socialstyrelsen (2006), *Patientregistret. Utskrivningar från slutenvård 1964–2005. Kvalitet och innehåll*. Epidemiologiskt Centrum. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009), *Kvalitet och innehåll i patientregistret – Utskrivningar från slutenvården 1964–2007 och besök i specialiserad öppenvård (exklusive primärvårdsbesök) 1997–2007*. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2009), *Hälsa- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2011), *Sjukdomar i slutenvård 1987–2010*. Sveriges officiella statistik. Stockholm, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen, länk:

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18270/2011-3-22.pdf>.

SOU 1987:22, *Missbrukarna Socialtjänsten Tvånget*. Betänkande av socialberedningen. Stockholm, Allmänna Förlaget.

Tunving, K & Nilsson, K (1985), Young female drug addicts in treatment: a twelve year perspective. *The Journal of Drug Issues* (15) 3: 367–382.

Ågren, G & Berglund, E (1984), *Dödlighet bland hemlösa män med alkoholproblem 1969–1982*. Preliminär delrapport. FoU-byrån, Stockholms socialförvaltning.

Ågren, G (1989), *Alcohol-related mortality in relation to social factors in the county of Stockholm and in the whole of Sweden*. Karolinska institutet, Socialmedicin Kronan. Akademisk avhandling.

Årsrapport DOK 99. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 1999 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar 4/00.

Årsrapport DOK 00. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2000 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar 3/01.

Årsrapport DOK 01. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2001 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar 2/04.

Årsrapport DOK 02. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2002. Tabeller*. Allmän SiS-rapport 2004:7.

Årsrapport DOK 03. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2003. Tabeller*. Allmän SiS-rapport 2005:2.

Årsrapport DOK 04. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2004. Tabeller.*  
Allmän SiS-rapport 2006:3.

Årsrapport DOK 05. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2005. Tabeller.*  
Allmän SiS-rapport 2006:5.

Årsrapport DOK 06. *Personer inskrivna vid LVM-institutioner under år 2006. Tabeller.*  
Allmän SiS-rapport 2007:4.

# Appendix

Tabell A.1 Antal klienter efter ålders-, köns- och lagrumsgrupper

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	37	100	71	240	62	303	813
§ 13/13	55	114	57	148	46	174	594
§ 13/13+SoL	13	21	39	80	60	232	445
§ 13/4	226	356	196	342	158	388	1 666
§ 4/4	108	171	112	207	58	167	823
Antal	439	762	475	1 017	384	1 264	4 341

Tabell A.2 Familjeställning, SoL, kolumnprocent (160 kvinnor, 575 män)

Familjeställning	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Gifta m barn	0	2,1	11,9	8,8	12,5	6,5	7,2
Ensam med barn < 18	2,7	0	13,4	0	1,8	0,4	1,6
Ensam med barn > 18	0	0	1,5	0	3,6	0,4	0,5
18 år barn till en/två parter	10,8	26,0	3,0	6,4	0	1,9	6,8
Övriga ensamstående	86,5	71,9	70,2	84,8	82,4	90,8	83,3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Tabell A.3 Familjeställning, § 13/13, kolumnprocent (152 kvinnor, 414 män)

Familjeställning	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Gifta m barn	3,7	4,6	14,8	9,9	27,3	11,4	10,4
Ensam med barn < 18 år	111	0,9	18,5	1,4	9,1	0	4,1
Ensam med barn > 18 år	0	0	1,8	0	4,6	2,4	1,2
18 år barn till en/två parter	25,9	36,4	1,8	10,6	0	1,2	12,7
Övriga ensamstående	59,3	58,2	63,0	78,0	59,1	85,3	71,6
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Tabell A.4 Familjeställning, § 13/13+SoL, kolumnprocent (101 kvinnor, 310 män)

Familjeställning	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Gifta m barn	0	0	13,5	6,6	15,4	8,0	8,5
Ensam med barn < 18 år	8,3	4,8	16,2	0	3,8	0	2,4
Ensam med barn > 18 år	0	0	0	0	5,8	0	0,7
18 år barn till en/två parter	25,0	33,3	5,4	10,5	0	0,9	5,4
Övriga ensamst	66,7	61,9	64,9	82,9	75,0	91,1	83,0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Tabell A.5 Familjeställning, § 13/4, kolumnprocent (536 kvinnor, 970 män)

Familjeställning	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Gifta m barn	8,4	3,0	12,9	5,4	17,6	7,9	7,9
Ensamst med barn < 18 år	10,3	0	13,4	0,3	2,9	0	3,4
Ensamst med barn > 18 år	0	0	0,5	0,3	0,7	0	0,2
18 år barn till en/två parter	16,4	33,1	4,3	8,3	0	1,5	12,2
Övriga ensamst	65,0	63,8	68,8	85,6	78,7	90,6	76,3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Tabell A.6 Familjeställning, § 4/4, kolumnprocent (266 kvinnor, 491 män)

Familjeställning	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
Gifta med barn < 18 år	8,5	2,5	8,3	7,5	13,5	3,4	6,3
Ensamst m barn < 18 år	8,5	0	8,3	0,5	1,9	0	2,6
Ensamst m barn > 18 år	0	0	1,8	0,5	3,8	0,7	0,8
18 år barn till en/två parter	13,2	42,8	9,3	13,4	3,8	2,7	16,2
Övriga ensamst	69,8	54,7	72,2	78,0	76,9	93,2	74,0
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Tabell A.7 Avlidna under institutionsvinstelsen, efter kön, ålder, lagrum för omhändertagandet, var under vårdperioden dödsfallet inträffade, om dödsfallet var alkohol- eller narkotikarelaterat samt i dödsorsaksregistret angiven dödsorsak

Kön	Ålder	Lagrum	Dödsfallet har inträffat på/under	Dödsorsaker relaterade till missbruk enl. Socialstyrelsens klassifikation	Dödsorsak (för kategorier jmf avsnitt 3.6)
Man	52	§ 13/4	Avvikning	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Leversjukdomar
Man	59	§ 13/4	Avvikning	Narkotikarelaterat	Våld, övrigt
Man	44	§ 4/4	Avvikning	Narkotikarelaterat	Narkotika
Man	29	§ 4/4	Avvikning	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Kvinna	27	§ 13/4	Avvikning/§ 27	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Man	42	§ 13/4	Avvikning/§ 27	Narkotikarelaterat	Narkotika
Man	51	§ 13/4	Avvikning/§ 27	Alkoholrelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Man	55	§ 13/4	Avvikning/§ 27	Alkohol- och narkotikarelaterat	Våld, oklar händelse
Man	20	§ 13/4	Avvikning/§ 27	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Man	29	§ 13/4	Avvikning/§ 27	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Man	25	§ 4/4	Avvikning/§ 27	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Man	27	§ 4/4	Avvikning/§ 27	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Man	55	§ 13/4	Institution	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Cirkulationsorganens sjukdomar
Man	26	§ 4/4	Institution	Narkotikarelaterat	Andningsorganens sjukdomar
Man	30	SoL	Institution/Sjukhus	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Övriga medicinska orsaker
Man	49	§ 13/13	Institution/Sjukhus	Alkoholrelaterat	Övriga medicinska orsaker
Man	59	§ 13/13	Institution/Sjukhus	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Cirkulationsorganens sjukdomar
Kvinna	49	§ 13/13	Institution/Sjukhus	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Cirkulationsorganens sjukdomar
Man	38	§ 13/13	Institution/Sjukhus	Alkoholrelaterat	Övriga medicinska orsaker
Man	48	§ 13/4	Institution/Sjukhus	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Cirkulationsorganens sjukdomar
Man	58	§ 13/4	Institution/Sjukhus	Alkoholrelaterat	Leversjukdomar
Man	56	§ 13/4	Institution/Sjukhus	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Övriga medicinska orsaker
Man	42	§ 13/4	Institution/Sjukhus	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Övriga medicinska orsaker
Kvinna	23	§ 4/4	Institution/§ 27	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Man	18	§ 13/4	Permission/Hemma	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning
Man	35	§ 4/4	Permission/Hemma	Ej relaterat till alkohol el narkotika	Övriga medicinska orsaker
Man	29	§ 13/4	Permission/§ 27	Narkotikarelaterat	Oavsiktlig förgiftning

Tabell A.8 Andel klienter lagförda för brott under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	46	54	27	42	10	15	30
§ 13/13	53	60	28	44	4	20	36
§13/13+SoL	31	43	23	34	5	11	17
§ 13/4	52	58	29	40	15	19	37
§ 4/4	51	63	32	45	7	26	41
Totalt	51	58	29	42	10	18	35

Tabell A.9 Andel lagförda klienter för narkotikabrott under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	14	22	8	8	2	1	7
§ 13/13	22	24	5	8	0	1	10
§ 13/13+SoL	15	24	3	4	0	0	3
§ 13/4	27	24	10	8	1	3	12
§ 4/4	19	28	8	8	2	2	12
Totalt	23	25	8	8	1	2	10

Tabell A.10 Andel lagförda klienter för rattfylleri under 12-månadersperioden efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=4 314)

Lagrumsgrupper	–29 år		30–44 år		45– år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	0	2	3	3	2	3	3
§ 13/13	2	1	2	4	0	4	3
§ 13/13+SoL	0	5	0	1	2	1	1
§ 13/4	2	2	3	3	2	2	2
§ 4/4	2	3	3	1	0	1	2
Totalt	2	2	2	3	1	2	2

Tabell A.11 Median av disponibel inkomst omberäknat till prisbasbelopp (tusen kronor) under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	2,1	1,8	2,7	2,6	2,9	2,9	2,6
§ 13/13	1,8	1,5	2,8	2,6	2,8	2,9	2,6
§13/13+SoL	2,0	1,7	3,2	2,5	3,1	2,9	2,8
§ 13/4	1,9	1,5	2,6	2,4	2,8	2,8	2,4
§ 4/4	1,5	1,2	2,5	2,2	2,8	2,5	2,2
Totalt	1,8	1,5	2,7	2,4	2,8	2,8	2,5

Tabell A.12 Andel klienter vars disponibla inkomst understiger två prisbasbelopp under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	43	56	18	32	20	12	26
§ 13/13	57	64	22	25	7	12	30
§13/13+SoL	50	62	19	30	10	10	18
§ 13/4	51	69	27	35	16	13	37
§ 4/4	63	70	28	40	17	27	44
Totalt	54	66	25	33	15	14	33

Tabell A.13 Andel klienter med löneinkomst under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	27	33	19	22	12	19	22
§ 13/13	26	22	22	27	27	28	26
§13/13+SoL	33	29	19	26	25	20	22
§ 13/4	21	20	16	13	14	10	15
§ 4/4	17	23	9	12	15	6	14
Totalt	21	23	16	18	17	16	18

Tabell A.14 Medianinkomst (tusen kronor) av kontant bruttolön under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=733)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	18	20	19	57	24	114	49
§ 13/13	9	33	21	65	78	79	45
§13/13+SoL	10	15	23	28	49	61	28
§ 13/4	24	36	15	46	34	59	32
§ 4/4	32	35	28	21	27	34	29
Totalt	20	31	19	44	49	70	36

Tabell A.15 Andel klienter med studierelaterad inkomst under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=3 975)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	11	10	7	5	0	2	5
§ 13/13	9	11	6	6	0	1	5
§13/13+SoL	17	10	11	5	0	1	4
§ 13/4	14	11	3	1	0	1	5
§ 4/4	12	7	3	4	0	0	5
Totalt	13	10	5	4	0	1	5

Tabell A.16 Medianinkomst (tusen kronor) för klienter med studierelaterad inkomst under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=188)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	31	21	28	47	0	46	30
§ 13/13	22	26	44	34	0	12	27
§13/13+SoL	16	24	39	25	0	37	28
§ 13/4	29	26	40	34	0	81	28
§ 4/4	28	29	17	36	0	0	29
Totalt	28	26	30	35	0	48	29



Tabell A.17 Medianinkomst (tusen kronor) för klienter med inkomst av sjukdom/arbetskada/rehabilitering under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=873)

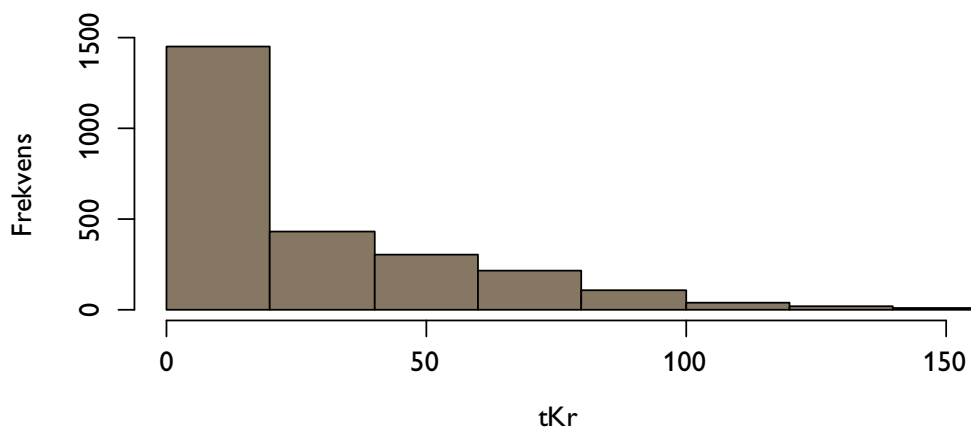
Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	33	72	68	87	50	53	64
§ 13/13	93	69	77	82	59	55	66
§ 13/13+SoL	114	98	76	62	83	90	80
§ 13/4	68	58	65	84	70	63	71
§ 4/4	57	59	93	67	102	49	67
Totalt	62	66	77	74	75	62	71

Tabell A.18 Medianinkomst (tusen kronor) för klienter med inkomst av förtidspension/sjukbidrag/sjukersättning/aktivitetsersättning under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=1 655)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	75	88	90	79	93	109	94
§ 13/13	88	74	77	90	86	108	94
§13/13+SoL	75	81	86	94	85	96	94
§ 13/4	86	77	89	90	96	100	93
§ 4/4	92	92	91	77	95	94	91
Totalt	77	79	90	86	94	100	93

Tabell A.19 Median av socialbidragsbelopp (tusen kronor) under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=2 567)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	48	22	19	12	11	10	14
§ 13/13	24	19	15	14	8	13	16
§13/13+SoL	14	14	20	31	10	10	14
§ 13/4	22	19	17	14	7	7	16
§ 4/4	30	17	15	12	8	4	15
Totalt	26	19	17	14	8	8	15



Figur A.1 Inkomster från socialbidrag/försörjningsstöd i tusental kronor året efter utskrivning från SiS (n=2 567, 65 procent)

Tabell A.20 Median av bostadsbidrag (tusen kronor) under nästföljande kalenderår efter utskrivning, efter ålder, kön och lagrumsgrupper (n=492)

Lagrumsgrupper	-29 år		30-44 år		45- år		Totalt
	Kvinna	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Man	
SoL	10	5	11	7	9	10	8
§ 13/13	7	4	8	7	9	12	7
§13/13+SoL	10	7	9	10	4	9	8
§ 13/4	4	5	10	9	14	4	7
§ 4/4	6	5	10	7	3	12	7
Totalt	6	5	10	7	8	9	7

Variabelbeteckningar i LISA för använda inkomstslag

Inkomst av förvärvskälla ForvInk

Inkomst av studier Stud

Inkomst av sjukdom/arbetskada/rehabilitering SjukRe

Inkomst av förtidspension och dylikt Fortid

Socialbidrag/försörjningsstöd socbidrersf samt socbidrersf04

(LISA-variabelnamn bostbidrersf och bostbidrersf04)

**Tack!**

Studien är seminariebehandlad med professor emeritus Anders Romelsjö som kommentator. Vi har konsulterat professor emeritus Jan Hoem angående redovisningen i avsnittet om dödlighet. Förra FoU-direktören, Vera Segraeus, har under arbetets gång bidragit med insiktsfulla kommentarer. Vi tackar dem alla.



Rapporten presenterar en registerstudie av totalt 4 341 klienter, 1 298 kvinnor och 3 048 män, utskrivna från SiS LVM-institutioner under åren 1999–2003, tolv månader efter utskrivning, i olika offentliga register. Syftet med studien är i första hand att fastställa i vilken mån klienterna avstår från fortsatt missbruk efter SiS-vistelsen.

Indikationer på fortsatt missbruk har mätts med uppgifter om återinskrivning på SiS, dödlighet, sluten sjukhusvård med alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser, rattfylleri eller narkotikabrott. Resultaten visar att sammanlagt drygt två av tre klienter antingen har avlidit, de flesta till följd av missbruk, eller registrerats för någon händelse som indikerar fortsatt missbruk året efter utskrivning från SiS. Gruppens ekonomiska situation är ytterst svag.

ISBN-nummer: 978-91-87053-07-8