

Vad säger ASI om missbrukare i Malmö?

Kartläggning och analys av förändringar under ett år avseende de 784 missbruksklienter i Malmö som intervjuats med ASI-metoden fram till november 2008

**Kartläggning och analys av förändringar under ett
år avseende de 784 missbruksklienter i Malmö som
intervjuats med ASI-metoden fram till november
2008**

Författare: Bengt-Åke och Kerstin Armelius

Institutet för Klinisk Psykologi i Umeå AB

barm44@gmail.com

Förord

Förord

Under åren 2006 och 2008 deltog Malmö stad i forskningsprojektet ”Referensmaterial för bättre användning av ASI” som var ett samarbete mellan Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) vid Socialstyrelsen och Bengt-Åke Armelius, professor på Institutionen för psykologi vid Umeå Universitet. Projektets mål vara att tillhandahålla ett referensmaterial och normdata från missbruks- och beroendeenheter i Sverige som använder ASI-intervjun. Malmö stads förhoppning var att man genom deltagandet i projektet skulle få en sammanställning och analys av Malmö stads resultat och att detta skulle kunna användas som jämförelse när man framöver fortsätter att sammanställa ASI-intervjuer i Malmö stad. En annan fördel med deltagandet skulle vara att Malmö kunde få en extra skjuts i att komma igång med ASI-intervjuerna då man endast arbetat med ASI sedan 2005. Malmö stad avsatte 20 % av en heltidstjänst för forskningshjälp, för att samordna projektet i Malmö och för att informera och hjälpa de medarbetare i Malmö som deltog i projektet. Ett 50-tal handläggare och 20-tal chefer inom vuxenheterna på nio av Malmös tio stadsdelar (undantag Rosengård sdf) deltog genom att tålmodigt försöka få ihop riktlinjer och önskemål från forskarna med sitt dagliga arbete. 784 klienter deltog med de ASI-intervjuer de gjorde i samband med att de ansökte om vård eller behandling för missbruks- eller beroendeproblem gällande alkohol- och/eller narkotika under den aktuella perioden. 174 av klienterna deltog även i en uppföljningsintervju 1 år efter sin första ASI-intervju.

I september 2009 besökte Bengt-Åke Armelius och fil dr Siv Nyström (Socialstyrelsen) Malmö för att ge en återkoppling från projektet som då just avslutats (Armelius et al., 2009). De redovisade även valda delar av den rapport som var under utarbetande till Missbruksutredningen (Armelius & Armelius, 2009) där 14000 missbrukare i databasen ASI-08 ingår. Syftet med besöket var att jämföra missbrukarsbilderna i Malmö med den bild som övriga som ingick i databasen ASI-08 uppvisade. Vid besöket deltog företrädare för olika stadsdelar i Malmö samt politiker. Det blev en livlig diskussion och Malmö stad beslutade därefter att beställa en skriftlig rapport baserad på Armelius presentation. Föreliggande rapport utgör den färdiga rapporten som har bekostats av Malmö stads stimulansmedel för bättre vård och behandling för personer med tungt missbruk.

Så här beskriver Bengt-Åke och Kerstin Armelius resultaten i korthet: Missbrukare i Malmö har mer problem med narkotika och psykisk hälsa jämfört med övriga klienter i ASI-08. Klienterna i Malmö är också yngre och har en sämre social situation. Andelen som har ett tungt narkotikamissbruk är mer än dubbelt så stor i Malmö som i övriga ASI-08 och det gäller både män och kvinnor. Skillnaderna mellan de tio stadsdelarna i Malmö är dock stora. När det gäller tungt alkoholmissbruk och svår psykisk störning är det ingen större skillnad vare sig mellan stadsdelar inom Malmö eller mellan Malmö och övriga i ASI-08, men de med svår

psykisk störning har mer narkotikamissbruk. Förändringar i problembilden efter ett år visar generellt att många klienter har fått en bättre situation med lägre problemnivåer inom många områden. För klienterna i ASI-08 gäller att klienter med stora problem i form av tungt missbruk eller svår psykisk störning förändras mer än andra klienter, men i Malmö är det inte lika tydligt så. I rapporten diskuteras tänkbara förklaringar, som t.ex. det lokala drogpanoramat, tillgång till narkotika och behandlingsinsatser. Förändringen för de få som fått behandling för såväl narkotika som alkohol antyder att behandling kan ha haft en positiv effekt.

Min förhoppning är att rapporten kommer att användas för en meningsfull diskussion om missbrukssituationen i Malmö samt som jämförelsematerial för framtida sammanställningar. Det är först när man har någonting att jämföra med som man tydligt ser ifall en förändring sker eller inte sker. Nästa steg bör vara att hitta ett bra sätt att använda sammanställningar från ASI-intervjuerna i verksamhetsplaneringen. Då kan vi verkligen säga att vi använder ASI fullt ut i Malmö stad.

Malmö den 15 juni 2010

Christina Holmquist
Metod- och utbildningssamordnare
Stadskontoret
Avdelningen för Individ- och familjeomsorg
Malmö stad

Innehåll

1 Metoden ASI	6
2 Databasen ASI-08	7
Klienter i Malmö jämfört med alla klienter i ASI-08.....	9
Män och kvinnor.....	13
Narkotika.....	15
Alkohol.....	16
Psykosiska problem.....	16
Problemprofiler vid grundintervju i hela ASI-08.....	19
Problemprofiler i Malmö.....	21
Problemprofiler i olika stadsdelar Malmö.....	21
Behandling för missbruk och psykosiska problem.....	22
Uppföljningsintervjuer.....	24
Uppföljningsintervjuer ett år efter grundintervju.....	25
1. Förändring i intervjuarskattningar mellan grund- och uppföljningsintervju.....	26
2. Reliabel förändring.....	26
3. Problemfria klienter.....	27
Förändring för olika åldersgrupper.....	29
Förändringar för klienter med tungt missbruk och svår psykosisk störning.....	33
Förändringar för män och kvinnor.....	35
Problemprofiler och förändring.....	36
Vad beror förändringarna på?.....	38
3. Avslutande kommentarer och reflexioner	39
Referenser	41

1. Metoden ASI

Addiction Severity Index (ASI) är en semistrukturerad intervju metod för bedömning av alkohol och narkotikarelaterade problem som utvecklades i slutet av 1970-talet (McLellan, et al., 1980; McLellan, et al., 1992). Intervjun består av bakgrundsfrågor och frågor om problem inom sju olika områden: psykisk och fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol och narkotika, kriminalitet och familj/umgänge. Frågorna om problem inom olika områden ställs både för tidigare problem och för problem de sista 30 dagarna. För varje område finns olika sammanfattande mått. Intervjuarskattning är en sammanvägd bedömning av både problem och hjälpbehov inom varje område, där intervjuaren gör en bedömning efter manualgivna kriterier. Skalan består av 9 skalsteg, där stegen definieras i fem intervall, 0-1=inget problem/hjälpbehov, 2-3= litet problem/hjälpbehov, 4-5=måttligt problem/hjälpbehov, 6-7=påtagligt problem/hjälpbehov och 8-9=mycket stora problem/hjälpbehov. Klienten får också skatta sin oro/besvär och hur viktigt det är att få hjälp för varje område på en skala mellan 0=inget besvär/problem/behov av hjälp till 4=mycket stort problem eller behov av hjälp. ASI finns också som en uppföljningsintervju, vilken är avgränsad till att beröra de senaste sex månaderna i patientens liv och omfattar färre frågor. Instrumentets psykometriska egenskaper är väldokumenterade och studier har visat god interbedömarreliabilitet och test-retest reliabilitet över olika tidsintervall för missbruksgrupper (McLellan, et al., 1985; Drake, et al., 1995) även om tveksamhet kring reliabilitet kan finnas i vissa sammanhang (Mäkele, 2004).

ASI översattes till svenska genom Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS (Andréasson, et al., 1996) försorg. Även den svenska versionens reliabilitet har visat sig tillfredsställande (Nyström, et al., 2009). År 2006 gjordes en ny version av ASI som sedan dess är den som används i Sverige. I Databasen ASI-08 ingår dock alla intervjuer som gjorts fram till oktober 2008, vilket betyder att det huvudsakligen rör sig om intervjuversion 1998 eftersom den omfattar data som inmatats fram till oktober 2008. ASI intervjun användes år 2007 av omkring 50 procent av missbruksenheterna i kommuner och landsting (Abrahamsson & Tryggvesson, 2007). Intervjun har även använts inom flera svenska forskningsprojekt (Armelius, et al., 2002; Andrén, et al., 2001; Fridell, et al., 2009; Schaar & Öjehagen, 2001).

2. Databasen ASI-08

De data som används i denna rapport togs fram i ett forskningsprojekt (Armelius, et al., 2009) som syftade till att ta fram normer för ASI-intervjun. Databasen omfattar intervjuer från de 50 enheter som fanns i den datoriserade versionen ASI-net år 2005 och sista uttaget av uppgifter gjordes i oktober 2008. Forskningsdatabasen kallas ASI-08 och har även utgjort underlag för en rapport till missbruksutredningen (Armelius & Armelius, 2009). I ASI-08 ingår drygt 14000 personer, 4290 kvinnor och 9603 män. Jämförelser med hela Sverige visar att på enhetsnivå har ASI-08 en viss överrepresentation av enheter från två av våra tre storstäder, medan jämförelsen på personnivå visar att ASI-08 är representativ avseende personer boende i större eller mindre kommuner. I Armelius och Armelius (2009) redovisas analyser och resultat för samtliga klienter i ASI-08. I denna rapport ligger fokus på klienter i Malmö.

Indelning av boendeorter baseras på en fråga i ASI-intervjun, där ort med mer än 100 000 invånare kallas storstad. Här ingår förutom Malmö och Stockholm, Linköping, Norrköping, Umeå, Västerås och Örebro. Ort med mellan 10 000 och 100 000 invånare kallas mellanstor ort och ort med mindre än 10 000 invånare kallas landsbygd. Dominerande drog är intervjuarens bedömning, baserad på klientens svar på frågan i ASI om vilket/vilka medel (alkohol/olika droger) som är det största problemet för klienten. Vissa uppgifter i resultaten kommer endast från version 2006 av ASI med drygt 3 000 klienter eller ca 23% av samtliga klienter i ASI-08. När så är fallet anges detta i texten. För enskilda variabler kan uppgift saknas för en del klienter, vilket gör att antalet mätningar kan variera något från analys till analys. Uppgift om huvudman och initiativ till intervjun finns bara i version 2 av ASI. Där har majoriteten av klienterna, 63%, uppgett att de kommit på eget initiativ, och för 20% har initiativet kommit från en myndighet. För majoriteten, 61%, är kommunen huvudman, för 31% är privat företag huvudman, och för övriga klienter är SiS, landsting eller annat ej specificerat huvudman. Eftersom uppgift om huvudman saknas för närmare 70% av klienterna har vi inte kunnat redovisa resultat för klienter i ASI-08 uppdelade på olika huvudmän. De privata företagen kan också ha olika uppdragsgivare, som t.ex. socialtjänstens klienter, landsting och olika företag, vilket ytterligare försvårar jämförelser mellan klienter med olika huvudmän.

I föreliggande rapport har vi använt intervjuarens skattningar av klientens problem och hjälpbehov för att analysera resultaten. En anledning är att en svensk studie visar god interbedömarreliabilitet för intervjuarskattningar gjorda i missbruksvård (Nyström et al 2009). I arbetet med rapporten till missbruksutredningen gjordes jämförelser mellan klientens skattningar, s.k. composite scores och intervjuarskattningar som visade att resultaten blir väldigt

likartade men att intervjuarskattningarna har bäst statistiska egenskaper. I den rapporten ges också en motivering till varför intervjuarskattningar genomgående används för att beskriva resultaten (s 6): ”För att begränsa mängden information har vi i denna rapport valt att huvudsakligen använda oss av intervjuarskattningen för att visa bedömning av problem och hjälpbehov från intervjuerna. En anledning är att intervjuarskattningarna uppvisar störst variation och i den meningen är mest känsliga för att återspegla skillnader, en annan är att intervjuarskattningen korrelerar väldigt högt ($r = \text{ca } 70$) med andra tänkbara utfallsmått, främst klientens skattningar av antalet dagar med problem under de sista 30 dagarna, skattning av oro och besvär samt skattning av hjälpbehov. I en metodbilaga i slutet av rapporten beskrivs hur vi hanterat olika problem med skalan för intervjuarskattningar i ASI och hur resultaten blir om man i stället använder ett matematiskt sammansatt index, s.k. composite score.”

Klienter i Malmö jämfört med alla klienter i ASI-08

Från Malmö stad finns totalt 784 klienter i ASI-08. I tabell 1 visas ett antal bakgrundsvariabler för klienter från Malmö och för övriga klienter i ASI-08. I jämförelsen med ASI-08 kallas övriga klienter Övriga. När inte annat anges gäller uppgifterna de senaste 30 dagarna.

Tabell 1. Bakgrundsuppgifter i % för klienter i Malmö och för Övriga klienter i ASI-08.

Område	Övriga	Malmö
Män	69	71
Utlandsfödd	18	21
Ålder (medelvärde)	40	37
Utbildning*		
Ej avslutad grundskola	6	8
Grundskola	34	43
Gymnasium	44	39
Högskola/universitet	13	10
Boende		
Egen lägenhet	62	46
Bostadslös	8	13
Civilstånd		
Ensamstående**	66	82
Försörjning		
Arbete 30 dagar någon dag	29	12
Försäkringskassa (30 dagar)	31	27
Socialbidrag (30 dagar)	33	50
Kriminalitet 30 dagar		
Villkorligt frigiven	13	14
Olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar	10	26
Fysisk misshandel 30 dagar	3	4
Fysisk misshandel tidigare	35	40
Totalt antal	13893	784

*Baseras enbart på version 2 ** Både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående.

Jämfört med Övriga är klienterna i Malmö något fler män, något fler utlandsfödda och yngre (37 år jämfört med 40 år). Betydligt fler klienter i Malmö är ensamstående/frånskilda och färre bor i egen lägenhet och fler är bostadslösa. Uppgifter för de senaste 30 dagarna visar att hälften av klienterna i Malmö har försörjning med socialbidrag jämfört med en knapp tredjedel för Övriga, medan försörjning från försäkringskassan (inkluderat ålderspension) är ganska lika för klienter i Malmö och för Övriga. Arbete någon dag de senaste 30 dagarna är mycket ovanligt bland klienter i Malmö, endast 12% jämfört med ca en tredjedel bland Övriga. Betydligt fler klienter i Malmö har ägnat sig åt olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar. Fysisk misshandel är ungefär lika vanligt bland klienter i Malmö som bland Övriga.

En sammanställning av dominerande drog och områdena fysisk och psykisk hälsa för klienter i Malmö och för Övriga klienter i ASI-08 visas i tabell 2 nedan. Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan om hur många gånger man deltagit i öppen- eller slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger andel som deltagit i sådan behandling någon gång. Detsamma gäller för behandling av fysiska och psykiska problem, men andra uppgifter gäller de senaste 30 dagarna om inte annat anges.

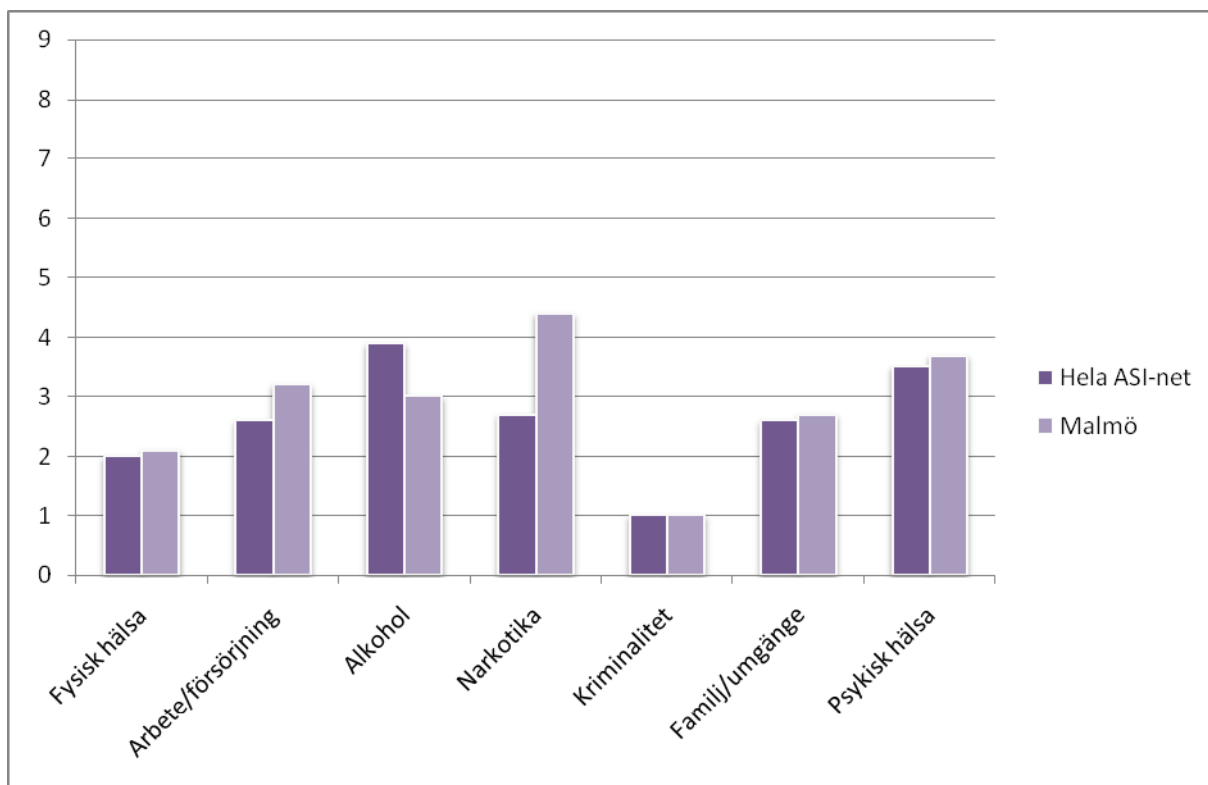
Tabell 2. Droger och hälsa/ohälsa i % för klienter i Malmö och för Övriga klienter i ASI-08.

Område	Övriga	Malmö
Dominerande drog		
Alkohol	51	30
Narkotika	37	63
Båda	6	6
Inget	7	2
Injicerat 6 mån	17	36
Behandling någon gång		
Alkohol	34	30
Narkotika	27	48
Fysisk hälsa		
Kroppslig sjukdom/skada	50	55
Läkarvård 6 mån	39	34
Sjukersättning	10	8
Medicin	29	22
Sjukhusvård* någon gång	77	77
Psykisk hälsa		
Sjukersättning	11	12
Psykiatrisk vård någon gång	52	49
Medicin	8	8
Depression	30	42
Ångest	42	51
Koncentrationsproblem	43	47
Väldsam beteende	10	15
Hallucinationer	5	6
Suicidtankar	13	20
Suicidförsök tidigare	27	32
Totalt antal	14079	786

*Inkluderar överdos och delirium men ej abstinensbehandling.

Klienter i Malmö har avsevärt större problem med narkotika som av en klar majoritet uppges som dominerande problemdrog. Kopplat till detta är också att en betydligt större andel av klienterna i Malmö har injicerat droger de senaste 6 månaderna. Trots att klienterna i Malmö är yngre har man lika mycket problem med fysisk hälsa och behandling för somatiska problem som Övriga. Generellt har klienter i Malmö mer problem med sin psykiska hälsa och samtliga psykiska symtom är vanligare i Malmö. Både suicidtankar och tidigare suicidförsök är vanligare hos klienter i Malmö. Behandling för psykiska besvär är något mindre vanligt i Malmö jämfört med Övriga trots den högre problemnivån.

Intervjuarskattningar för olika problemområden för Övriga klienter i ASI-08 och för klienter i Malmö visas i figuren nedan.



Figur 1. Intervjuarskattningar för olika problemområden för samtliga klienter i ASI-08 och för klienter i Malmö.

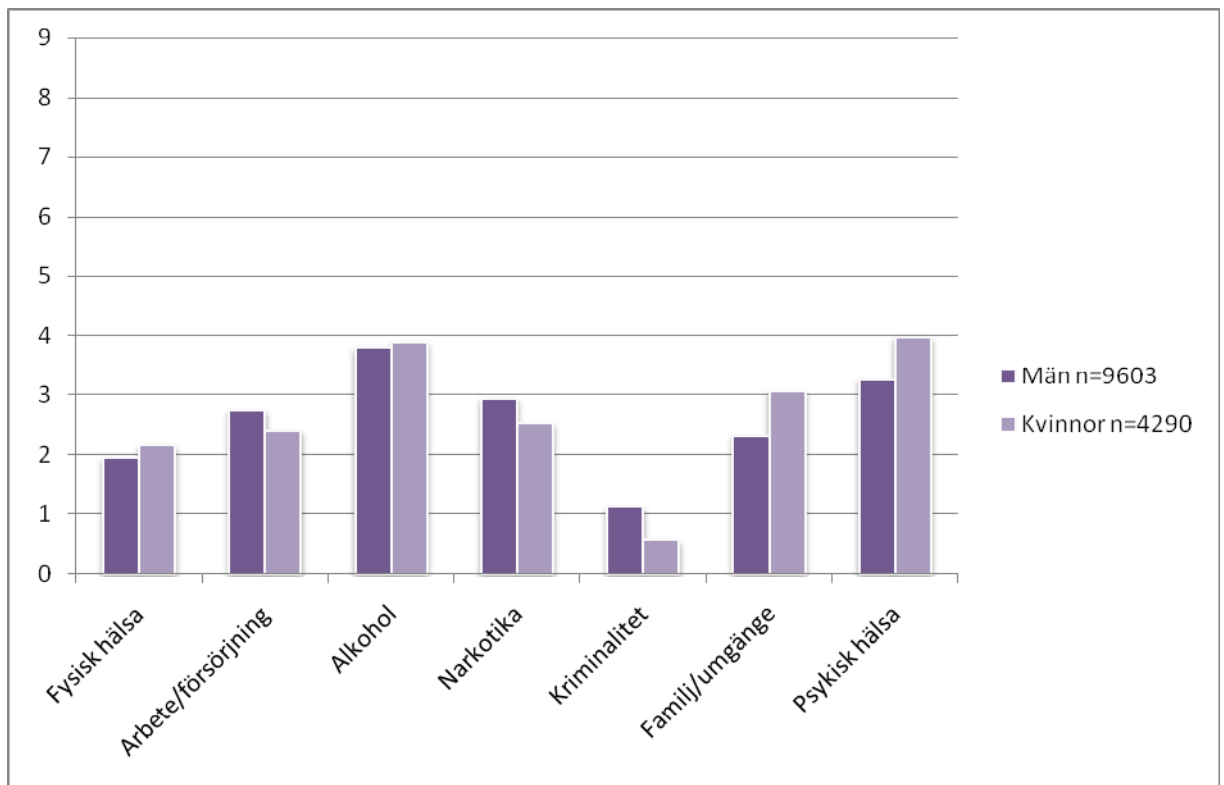
Skillnader i intervjuarskattningar mellan klienter i hela ASI-08 och i Malmö testades med MANOVA (statistisk metod som undersöker hur flera utfallsvariabler som hänger ihop med varandra kan relateras till ett antal kategoriska variabler) och visar att det är signifikanta skillnader för problem/hjälptbehov med arbete/försörjning, med alkohol och med narkotika. Klienter i Malmö har större problem/hjälptbehov med arbete, med narkotika och mindre problem med alkohol.

Sammanfattningsvis ger uppgifterna om bakgrund, missbruk och psykisk hälsa bilden av att klienter i Malmö jämfört med Övriga klienter har en sämre social situation när det gäller boende och försörjning, mer kriminalitet och mer problem med narkotika och mer psykiska besvär. Intervjuarskattningarna bekräftar bilden av mer problem med narkotika och med arbete/försörjning medan problem med psykisk hälsa och med kriminalitet inte kommer fram i intervjuarskattningarna.

Män och kvinnor

I hela ASI-08 skiljer sig män och kvinnor inte åt i ålder, boendeort, och arbete de senaste 30 dagarna. Det är emellertid en något större andel av männen som är utlandsfödda, bostadslösa, ensamstående, har socialbidrag och är inblandade i kriminalitet. En större andel av kvinnorna har eftergymnasial utbildning, bor i egen bostad och är gifta/sambo och försörjer sig med pengar från försäkringskassan. Fysisk misshandel de senaste 30 dagarna är ovanligt för både män och kvinnor, men närmare hälften av kvinnorna och en dryg fjärdedel av männen har tidigare varit utsatt för fysisk misshandel.

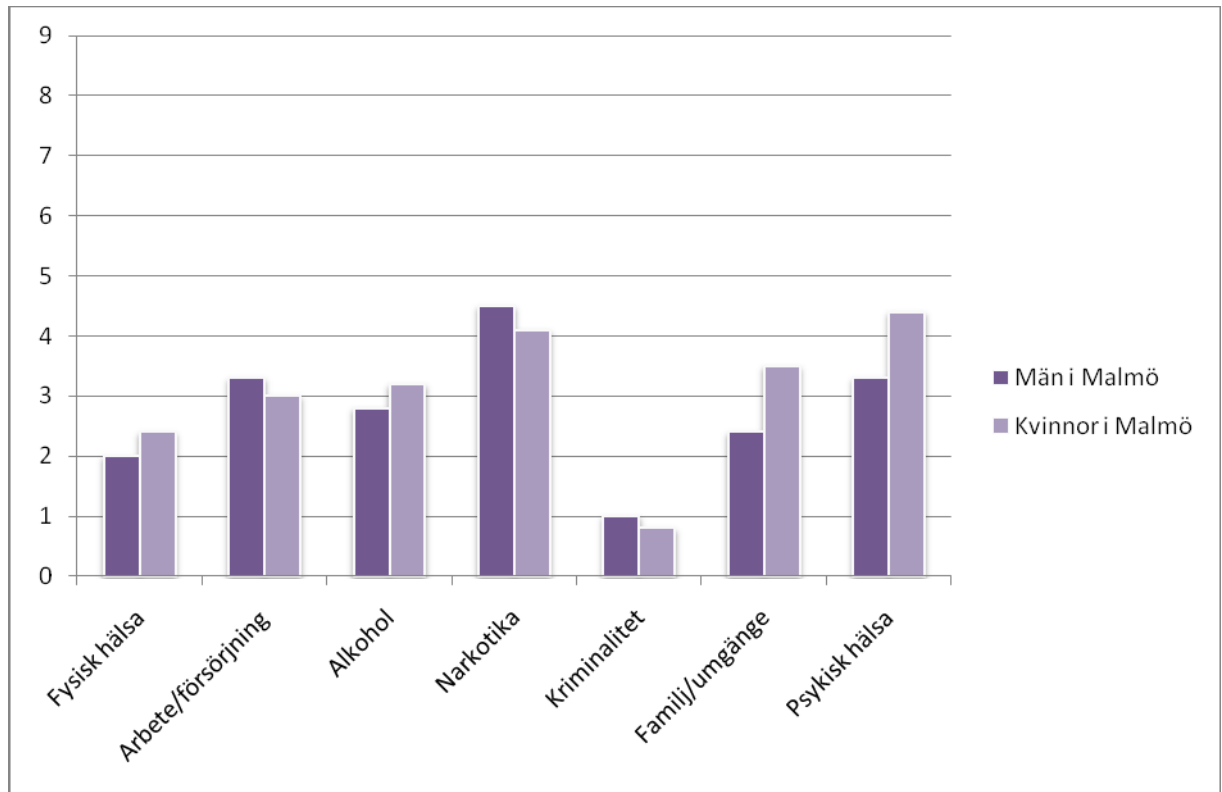
Intervjuarskattningar för olika problemområden för män och kvinnor i hela ASI-08 visas i figur 2 nedan.



Figur 2. Intervjuarskattningar för olika problemområden uppdelat på manliga och kvinnliga klienter i hela ASI-08.

Skillnaderna mellan män och kvinnor i hela ASI-08 har testats med t-test för oberoende grupper och skillnader i alla problemområden förutom alkohol är signifikanta. Männen har skattats ha mer problem/hjälpbehov med narkotika, kriminalitet och arbete/försörjning, medan kvinnorna har skattats ha mer problem/hjälpbehov med fysisk och psykisk hälsa samt med familj/umgänge.

Också i Malmö är män och kvinnor lika i ålder och arbete de senaste 30 dagarna. Liksom i ASI-08 är också en större andel av männen i Malmö utlandsfödda, bostadslösa, ensamstående och försörjer sig på socialbidrag och är mer inblandade i kriminalitet. Som i hela ASI-08 bor fler kvinnor i Malmö i egen lägenhet och försörjer sig med pengar från försäkringskassan. Intervjuarskattningar för män och kvinnor i Malmö visas i figuren nedan.



Figur 3. Intervjuarskattningar för olika problemområden uppdelat på manliga och kvinnliga klienter i Malmö.

Det är signifikanta skillnader mellan män och kvinnor i Malmö inom områdena fysisk hälsa, familj/umgänge och psykisk hälsa, där kvinnliga klienter bedöms ha mer problem/behov av hjälp jämfört med män. För övriga områden var det inga skillnader mellan män och kvinnor i Malmö. Det är alltså mindre skillnad mellan manliga och kvinnliga klienter i Malmö jämfört med män och kvinnor i hela ASI-08 och män och kvinnor i Malmö bedöms ha lika stora problem med arbete/försörjning, alkohol, narkotika och kriminalitet. En jämförelse mellan män i Malmö med män i hela ASI-08 visar att manliga klienter i Malmö har signifikant mer problem med arbete och narkotika och mindre problem med alkohol än män i hela ASI-08. Manliga klienter i Malmö är också yngre än män i hela ASI-08. Kvinnliga klienter i Malmö har också signifikant mer problem med arbete och narkotika och

mindre problem med alkohol och är yngre än kvinnliga klienter i hela ASI-08, men i tillägg har kvinnor i Malmö också mer problem med psykisk hälsa än kvinnor i hela ASI-08.

Narkotika

Olika författare verkar relativt överens om att definiera tungt narkotikamissbruk som: ”allt missbruk av narkotika, där injektion förekommit samt allt övrigt dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika” (CAN, rapport 115, Tendenser första halvåret 2008). I ASI frågas efter antal gånger man injicerat både för tidsperioden de senaste 6 månaderna och för antal dagar de senaste 30 dagarna. För 11 olika preparat frågas efter antal dagar man brukat drogen de senaste 30 dagarna. I tabell 3 visas antal och andel i % som använt olika preparat minst en dag under de sista 30 dagarna för klienter i Malmö och för Övriga klienter i ASI-08.

Tabell 3. Andel klienter i procent som brukat olika preparat någon dag de senaste 30 dagarna för Övriga och för klienter i Malmö.

Preparat	Övriga	Malmö
Heroin	5	32
Metadon	2	8
Subutex*	2	3
Andra opiater	9	12
Dämpande	18	32
Kokain	2	11
Amfetamin	13	21
Cannabis	17	34
Hallucinogener	1	1
Ecstasy*	0	0
Lösningssmedel	0	0
Andra droger	3	5

*Finns bara i ASI- version 2006.

I övriga ASI-08 är de vanligaste drogerna dämpande, cannabis, amfetamin och andra opiater. I Malmö är alla droger vanligare och för heroin är det en mycket stor skillnad men också cannabis, dämpande preparat och amfetamin är mycket vanligare i Malmö jämfört med övriga ASI-08 och dessa preparat brukas tillsammans med heroin av ca en tredjedel av klienterna i Malmö.

Eftersom inte alla droger injiceras har vi i vår definition av tungt narkotikamissbruk utgått från bruk de senaste 30 dagarna och definierat tungt narkotikamissbruk, enligt definitionen i CAN-rapporten som nämns ovan, som bruk av något av de preparat som frågas efter i ASI alla eller nästan alla av de senaste 30 dagarna med cut-off satt till > 24 dagar. Med den definitionen av tungt

narkotikamissbruk har 17% (n=2291) av klienterna i ASI-08 ett tungt narkotikamissbruk. I Malmö är tungt narkotikamissbruk mycket vanligare (37%) än i övriga ASI-08 (15%) och detta gäller för både män och kvinnor.

Alkohol

Tungt alkoholmissbruk har ingen enhetlig definition på samma sätt som tungt drogmissbruk (SOU; CAN; mfl). Detta avspeglas bla i att ett stort antal begrepp används för att beskriva olika slags problematiskt bruk av alkohol, som tex alkoholberoende, alkoholmissbruk, storkonsumtion av alkohol, riskkonsumtion, problemdrickande och intensivkonsumtion. Vissa definitioner väger in alkoholkonsumtionens effekt på socialt fungerande som t.ex. i DSM-diagnoser för beroende och missbruk. Det finns kriterier för vad som är en mycket hög konsumtion av alkohol, vilket anges till alkohol motsvarande minst 3 till 4 flaskor vin per vecka (Fridell, 2009). I ASI frågas efter antal dagar som alkohol har använts till berusning de senaste 30 dagarna, definierat som drygt en flaska vin per dag åtminstone tre dagar per vecka, dvs. drygt 3 flaskor vin per vecka, vilket skulle motsvara kriteriet för en mycket hög alkoholkonsumtion de senaste 30 dagarna.

För att definiera tungt alkoholmissbruk har vi utgått från frågan om antal dagar de senaste 30 dagarna med mycket hög alkoholkonsumtion till berusning och definierat tungt alkoholmissbruk som hög alkoholkonsumtion till berusning >14 dagar de senaste 30 dagarna, dvs. nästan varannan dag per vecka. (Det går inte att skilja mellan olika konsumtionsmönster i termer av hög konsumtion varje dag en hel vecka eller varannan dag en hel månad eller något annat mönster). Med den definitionen av tungt alkoholmissbruk har 13% (N=1741) av klienterna i ASI-08 ett tungt alkoholmissbruk. Det finns också en liten grupp (2%) som har både tungt narkotika- och tungt alkoholmissbruk enligt våra definitioner. Den vanligaste kombinationen av både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk är tungt alkoholmissbruk tillsammans med tungt missbruk av dämpande preparat och med cannabis.

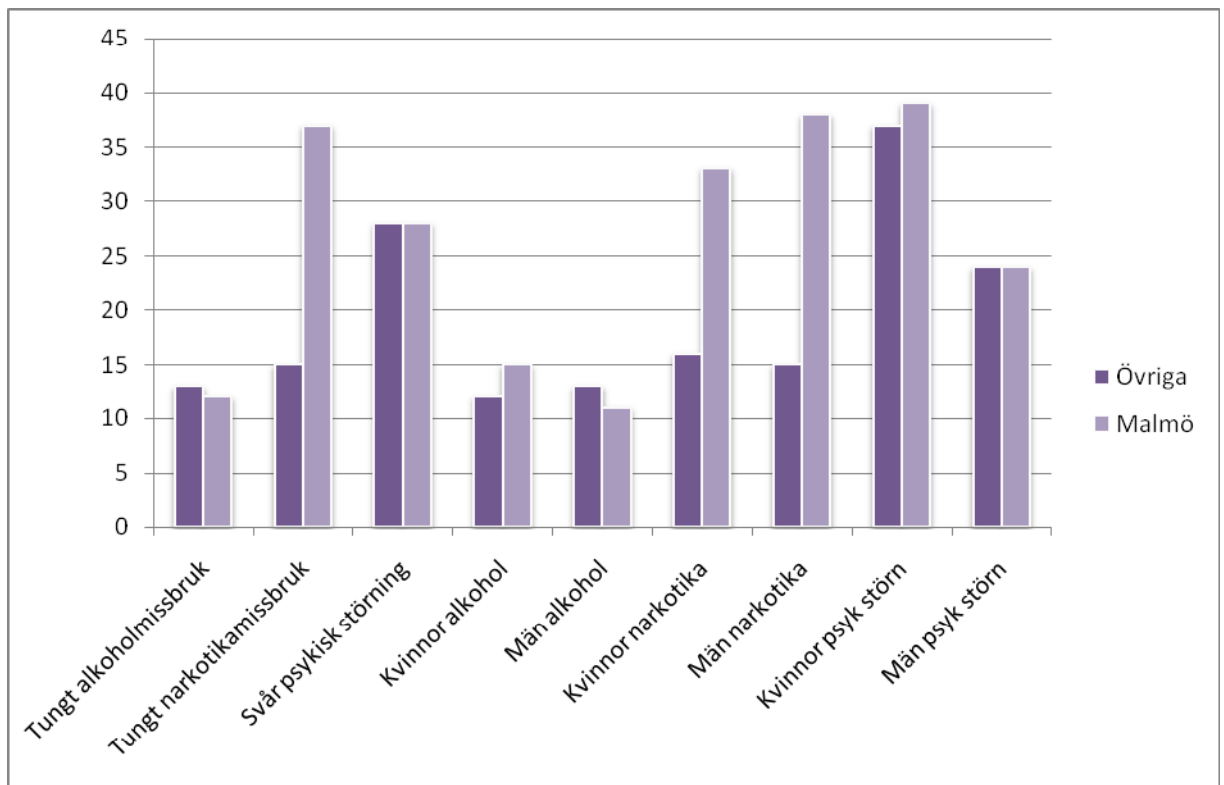
I Malmö har 12 % av klienterna ett tungt alkoholmissbruk enligt definitionen ovan vilket är ungefär detsamma som för Övriga. Det är något vanligare med tungt alkoholmissbruk bland kvinnorna i Malmö än Övriga i ASI-net, medan det snarare är tvärt om för männen.

Psyksiska problem

I ASI finns ingen definition av svår psykisk störning, men genom att jämföra med studier där man också använt DSM-systemet för psykiatrisk diagnostik kan man göra en uppskattning av hur många som sannolikt skulle uppfylla strikta diagnostiska kriterier för svår psykisk störning. För en utförlig redovisning av bakgrunden till hur vi tagit fram kriterier för att en klient sannolikt skulle diagnosticeras som en svår psykisk störning hänvisas till rapporten av Armelius och Armelius (2009). Svår psykisk störning definieras i ASI med hjälp av två kriterier: a) en intervjuarskattning av psykisk hälsa lika med eller större än 5 och b) att man någon gång fått behandling

inom psykiatrin. Dessa kriterier fungerar bra som tumregler för att få en grov uppskattning av om en klient kan tänkas uppfylla kriterier för svår psykisk störning baserad på en vägning mellan olika typer av fel (sensitivitet och specificitet). Det är viktigt att komma ihåg att det rör sig om en uppskattning av vad som sannolikt skulle bli resultatet om man skulle genomföra en psykiatrisk diagnostik och inte en faktisk diagnos när vi fortsättningsvis talar om svår psykisk störning. I Malmö uppskattas andelen med svår psykisk störning till 28%, vilket är samma andel som övriga i ASI-08. I Malmö har 24% av männen en svår psykisk störning och bland kvinnorna är det 39%, vilket är något mer än övriga (37%).

Nedan visas en sammanfattande figur över tungt missbruk och svår psykisk störning för klienter från Malmö och övriga i ASI-08, dels för alla klienter och dels uppdelat på män och kvinnor.



Figur 4. Andel klienter med tungt missbruk och svår psykisk störning i Malmö och Övriga i ASI-08 samt uppdelat på kön.

Som man ser i figuren är tungt narkotikamissbruk mycket vanligare bland både män och kvinnor i Malmö jämfört med Övriga och sannolik svår psykisk störning är marginellt vanligare hos kvinnliga klienter i Malmö jämfört med övriga kvinnor.

I tabellen nedan framgår hur de tre tyngsta problemkategorierna fördelar sig på de stadsdelar eller enheter som har en egen inmatningsidentitet i ASI-net.

Tabell 4. Fördelning av tungt narkotikamissbruk, tungt alkoholmissbruk och svår psykisk störning på olika stadsdelar i Malmö.

	Antal	Tungt narkotikamissbruk	Tungt alkoholmissbruk	Svår psykisk störning
Centrum	82	35%	16%	39%
Fosie	135	42%	8%	33%
Husie	34	41%	15%	21%
Hyllie	72	29%	17%	26%
Kirseberg	54	39%	6%	28%
Limhamn-Bunkeflo	64	14%	17%	30%
Navet	14	79%	7%	29%
Oxie	26	42%	12%	38%
Rosengård	64	50%	16%	20%
Södra innerstaden	194	38%	8%	24%
Västra innerstaden	45	20%	24%	29%

Av tabellen kan man se att det är relativt stora skillnader mellan olika stadsdelar i Malmö. Det är störst variation i andelen klienter som har tungt narkotikamissbruk och relativt liten skillnad i andelen som har svår psykisk störning. Man ser också att andelen med tungt alkoholmissbruk är relativt låg jämfört med de andra problemkategorierna. Bortsett från Navet, som är en behandlingsenhet för narkotikamissbrukare, så har Rosengård en stor andel klienter med tungt narkotikamissbruk – varannan klient - men relativt låg andel med svår psykisk störning. Västra innerstaden har störst andel med tungt alkoholmissbruk och relativt låg andel med tungt narkotikamissbruk

Hur vanligt är det att klienter har både tungt missbruk av alkohol och narkotika och i kombination med allvarlig psykisk störning? Av de 12% av klienterna i Malmö som har ett tungt alkoholmissbruk är det ca 20% som också har tungt narkotikamissbruk, medan andelen är något färre bland Övriga (13%). Om man i stället utgår från de 37% som har ett tungt narkotikamissbruk så har bara 7% också tungt alkoholmissbruk i Malmö medan motsvarande siffra för Övriga är 13%. I Malmö är det alltså vanligare att klienter med tungt alkoholmissbruk också har tungt narkotikamissbruk än att klienter med tungt narkotikamissbruk också har tungt alkoholmissbruk! Av de 12% av klienterna som har tungt alkoholmissbruk i Malmö har 39% också svår psykisk störning medan motsvarande siffra för Övriga är 32%. Bland de 37% som har ett tungt narkotikamissbruk i Malmö har 30% svår psykisk störning, medan motsvarande siffra är 38% för Övriga i ASI-net. Det är alltså något mindre vanligt med psykisk störning bland tunga narkotikamissbrukare i Malmö än bland Övriga. Om man i stället utgår från de 28% som har en svår psykisk störning

så har 17% också tungt alkoholmissbruk i Malmö, vilket är något mer än för Övriga (14%). Bland klienter med svår psykisk störning har 39% också tungt narkotikamissbruk i Malmö, vilket är betydligt vanligare än bland Övriga i ASI-net (21%). I Malmö har 7% av klienterna alla tre typerna av allvarliga problem medan motsvarande siffra bland Övriga i ASI-08 är 5%. En slutsats av analyserna av kombinationer är att det förmodligen är gruppen med allvarlig psykisk störning som också har narkotikaproblem som kräver speciell uppmärksamhet i Malmö, men de med psykisk störning har också något oftare tungt alkoholmissbruk än i övriga landet. En annan slutsats är att det verkar vara något vanligare med renodlade narkotikaproblem bland de med tungt narkotikamissbruk i Malmö.

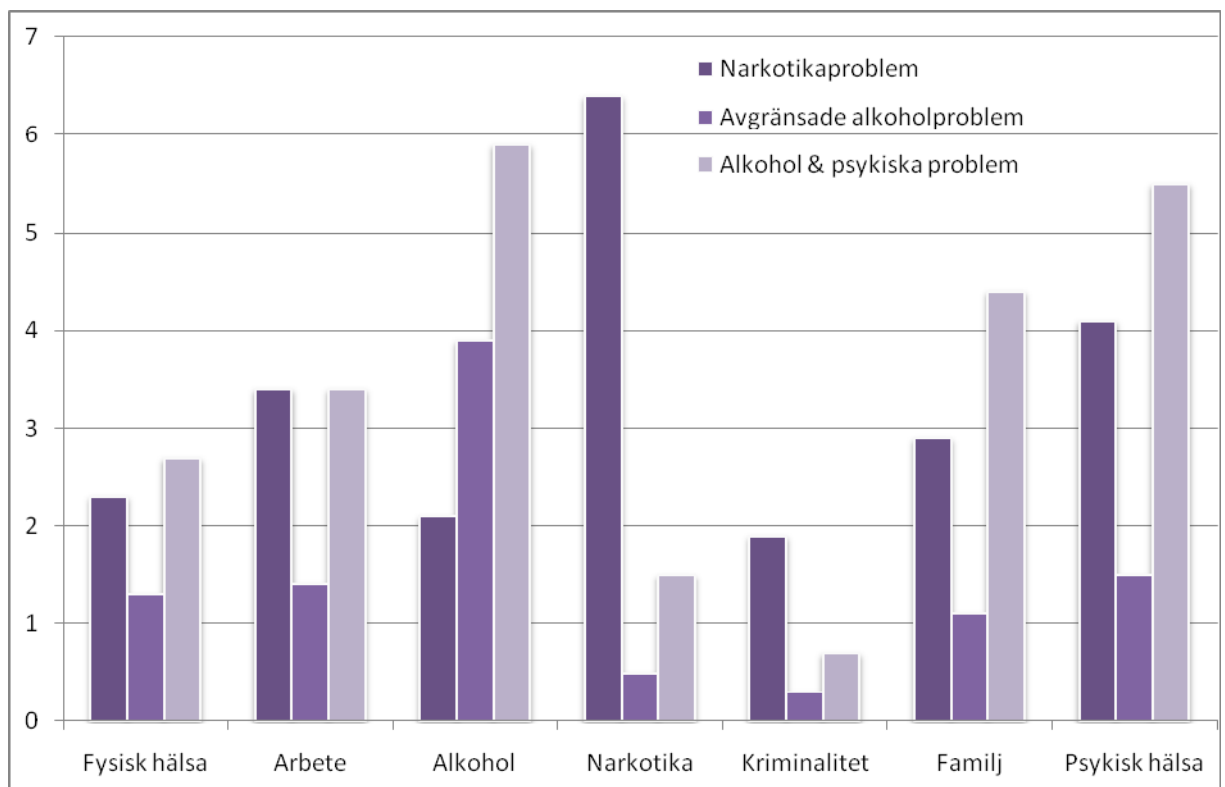
Sammanfattningsvis är tungt narkotikamissbruk mycket vanligare hos både män och kvinnor i Malmö jämfört med Övriga medan tungt alkoholmissbruk är ungefär lika vanligt i Malmö som för Övriga. Sannolik svår psykisk störning är endast marginellt vanligare hos kvinnliga klienter i Malmö jämfört med Övriga, men betydligt vanligare bland kvinnor än män. Det är en stor variation mellan olika stadsdelar i Malmö med avseende på förekomsten av tungt narkotikamissbruk, medan förekomsten av tungt alkoholmissbruk och svår psykisk störning är mer likartad.

Problemprofiler vid grundintervju i hela ASI-08

För att få en bild av hur klienterna kan delas in i ett fåtal grupper på grundval av problemnivåer uttryckta i intervjuarskattningar vid grundintervjuerna gjordes en klusteranalys med tre grupper på intervjuarskattningarna för alla livsområden. Ett kluster är sammansatt av ett mönster av variabelvärden som utmärker en grupp klienter, snarare än en enkel gruppering baserad på nivån av en enskild variabel. Inom en profil finns således en variation i nivån på värdena, men det finns ett likartat mönster i variationen. På basis av genomsnittliga intervjuarskattningarna för de tre profilerna har vi kallat de tre profilerna: Narkotikaproblem, Avgränsade alkoholproblem och Alkohol och psykiska problem. Problemprofilen Alkohol och psykiska problem har höga nivåer av problem med både alkohol och psykiska problem och relativt högt på familjeproblem. Problemprofilen Narkotikaproblem har höga problemnivåer på problem med narkotika och relativt hög nivå på psykiska problem, men även övriga områden ligger på ungefär samma nivå som för gruppen Alkohol och psykiska problem.

Problemprofilen Avgränsade alkoholproblem verkar vara relativt problemfri (jämfört med de andra grupperna) förutom när det gäller problem med alkohol. Klusteranalysen visar att det finns grund för att särskilja två relativt homogena undergrupper med alkoholproblem, en som har något mindre och mer avgränsade alkoholproblem och en som har mer omfattande problem, förutom med alkohol framför allt med psykisk hälsa och familjeproblem, men även problem med arbete och fysisk hälsa. Det är ganska stora likheter mellan profilerna Narkotikaproblem och Alkohol och psykiska problem i den meningen att de har problem inom de flesta

områden förutom sitt dominerande drogproblem. I figuren nedan visas hur de genomsnittliga intervjuarskattningarna ser ut för de tre profilerna i hela ASI-08.



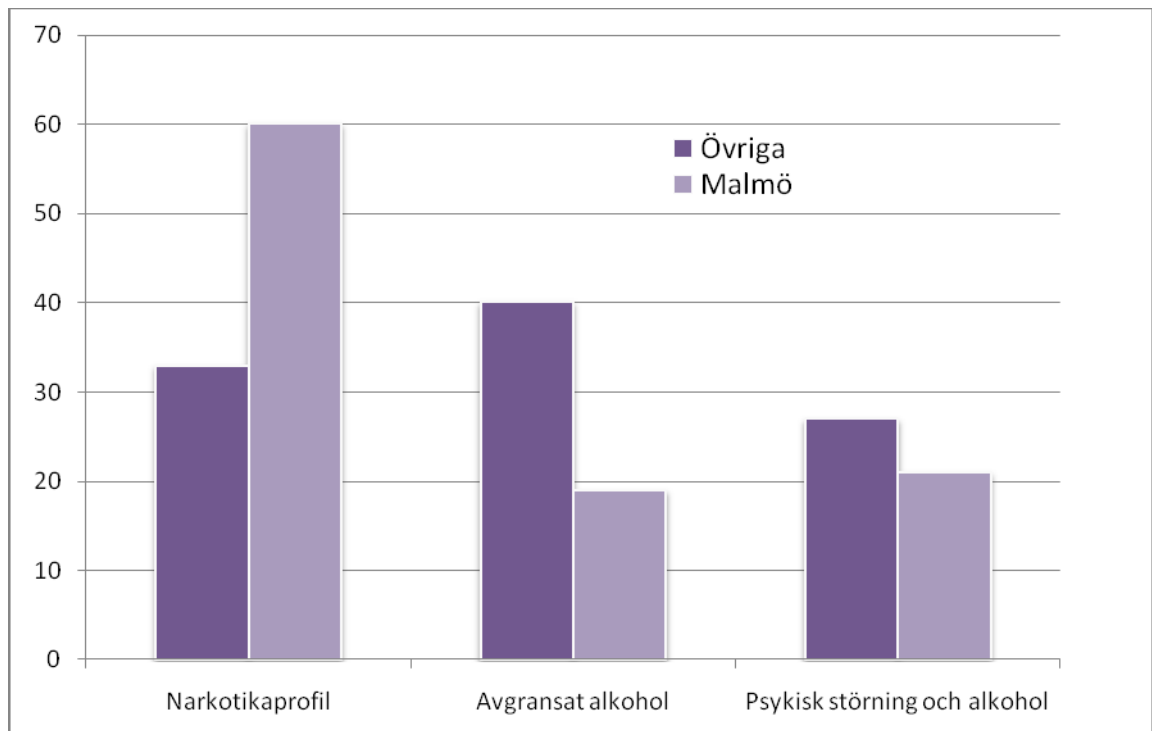
Figur 5. Genomsnittliga intervjuarskattningar för de tre problemprofilerna.

Generellt gäller att klienterna i Narkotikaprofilen är klart yngst. Män är underrepresenterade i gruppen med Alkohol och psykiska problem och något överrepresenterade i de övriga två profilgrupperna medan kvinnor är överrepresenterade i gruppen Alkohol och psykiska problem och något underrepresenterade i de övriga två grupperna. Andel klienter med tungt narkotikamissbruk är klart störst (78%) i gruppen Narkotikaproblem men andelen är också relativt hög närmare 30% i gruppen Alkohol och psykiska problem medan tungt narkotikamissbruk är mycket ovanligt i gruppen med Avgränsade alkoholproblem. Andel klienter med tungt alkoholmissbruk är störst i problemprofilen Alkohol & psykiska problem och dubbelt så stor som i profilgruppen Avgränsade alkoholproblem. Andel klienter med svår psykisk störning är liten i profilen Avgränsade alkoholproblem, där nästan ingen har en sådan störning. Svår psykisk störning är relativt vanligt i profilen Narkotikaproblem (50%), medan tre fjärdedelar i profilen Alkohol & psykiska problem har en svår psykisk störning. Detta betyder att andel klienter med svår psykisk störning är högst (75%) i profilen Alkohol & psykiska problem. Klientens bedömning av dominerande drog

stämmer relativt väl överens med problemprofilerna. Andel klienter med alkohol som huvudsakligt problem är ca 75% i profilerna Avgränsade alkoholproblem och Alkohol & psykiska problem och nästan alla klienter som anger narkotika som dominerande drog återfinns i profilen Narkotikaproblem. Den stora fördelen med problemprofilerna är dock att klienter med alkoholproblem kan delas upp i två homogena undergrupper med sinsemellan olika typer av problem.

Problemprofiler i Malmö

Nedan visas hur klienter i Malmö jämfört med Övriga fördelar sig på de tre problemprofilerna.



Figur 6. Procentuell fördelning av klienter i de tre problemprofilerna i Malmö och i Övriga ASI-08.

I Malmö återfinns en betydligt större andel av klienterna i problemprofilen Narkotika och en betydligt mindre andel i problemprofilen Avgränsat alkohol jämfört med Övriga. Andelen klienter i problemprofilen Alkohol och psykisk störning är något lägre i Malmö jämfört med Övriga.

Problemprofiler i olika stadsdelar Malmö.

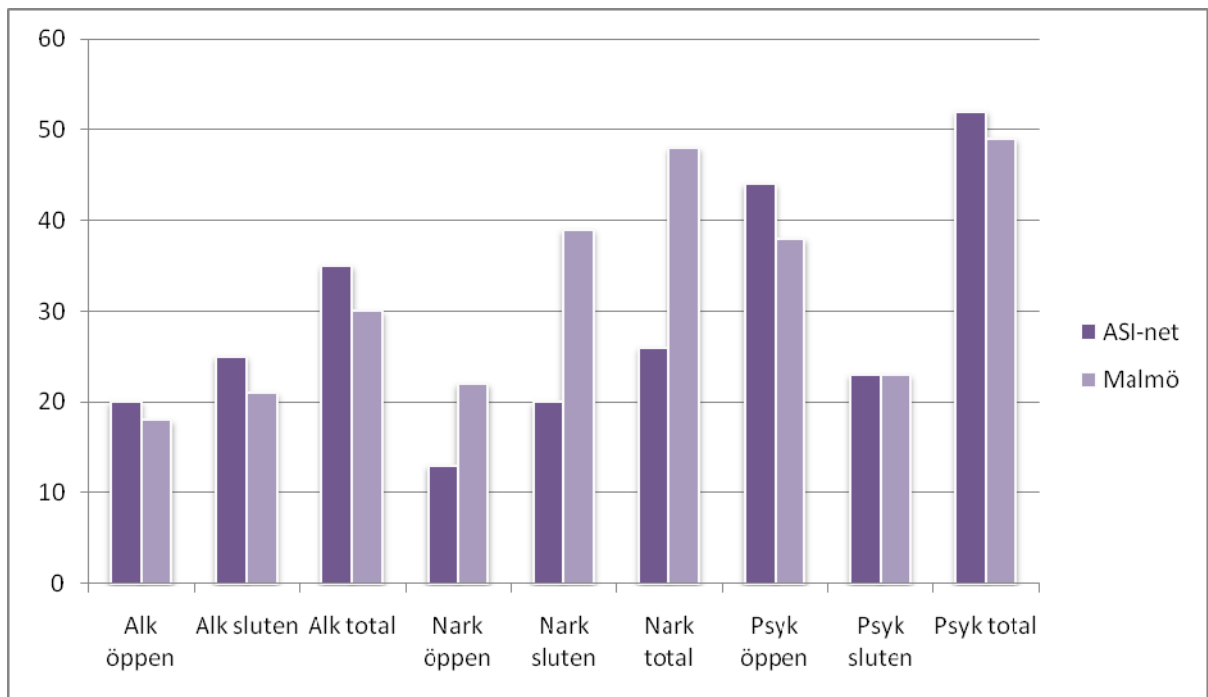
Även inom Malmö varierar det mellan stadsdelar så att Limhamn-Bunkeflo har mest klienter med profilen Avgränsade alkoholproblem, något som annars inte alls utmärker Malmö. Det är problemprofilen Narkotika som dominerar i alla andra stadsdelar.

Tabell 5. Problemprofiler i olika stadsdelar i Malmö.

		Problemprofiler			Total
		Narkotika	Avgränsat Alkohol	Alkohol & psyk.	
Övriga ASI-08	Antal	3996	4774	3315	12085
	% inom Övriga	33,1%	39,5%	27,4%	100,0%
Centrum	Antal	44	6	23	73
	% Centrum	60,3%	8,2%	31,5%	100,0%
Fosie	Antal	87	16	29	132
	% Fosie	65,9%	12,1%	22,0%	100,0%
Husie	Antal	16	9	9	34
	% Husie	47,1%	26,5%	26,5%	100,0%
Hyllie	Antal	44	12	14	70
	% Hyllie	62,9%	17,1%	20,0%	100,0%
Kirseberg	Antal	33	10	7	50
	% Kirseberg	66,0%	20,0%	14,0%	100,0%
Limhamn-Bunkeflo	Antal	14	27	21	62
	% Lim-Bunk	22,6%	43,5%	33,9%	100,0%
Navet	Antal	13	1	0	14
	% Navet	92,9%	7,1%	,0%	100,0%
Oxie	Antal	14	4	7	25
	% Oxie	56,0%	16,0%	28,0%	100,0%
Rosengård	Antal	41	12	9	62
	% Rosengård	66,1%	19,4%	14,5%	100,0%
Södra Innerstaden	Antal	119	37	26	182
	% Södra Inner	65,4%	20,3%	14,3%	100,0%
Västra Innerstaden	Antal	20	11	13	44
	% Västra Inner	45,5%	25,0%	29,5%	100,0%
ASI-08	Antal	4441	4919	3473	12833
	% ASI-08	34,6%	38,3%	27,1%	100,0%

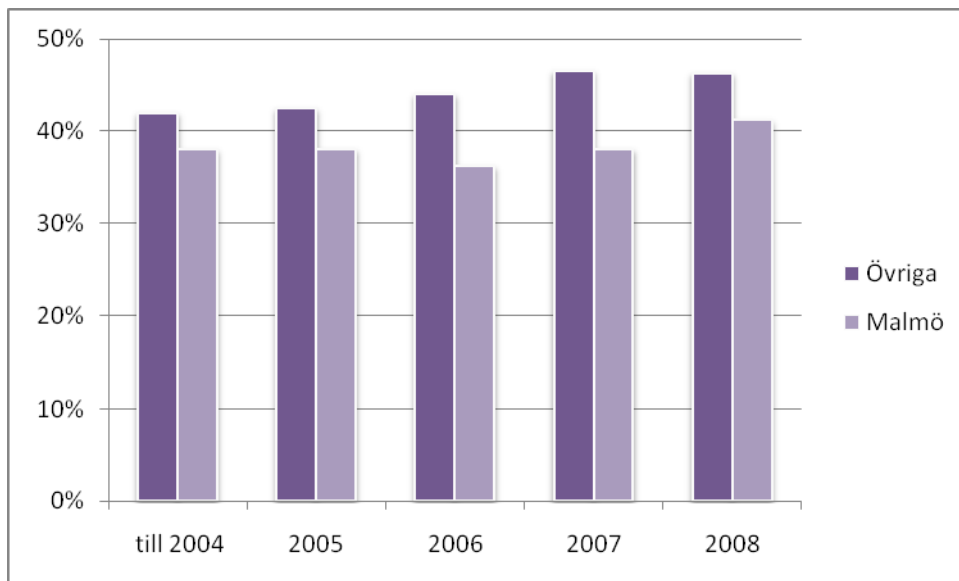
Behandling för missbruk och psykiska problem

Andel klienter som fått behandling för missbruk eller psykiska problem någon gång i hela ASI-08 och i Malmö visas i figuren nedan. Behandlingen visas uppdelad på sluten och öppenvård samt totalt.



Figur 7. Andel klienter som fått behandling för missbruk eller psykiska problem någon gång i hela ASI-08 och i Malmö.

Klienter i Malmö har fått betydligt mer behandling för narkotikaproblem och det gäller både öppen och sluten vård. För sluten narkotikavård är det som synes nästan dubbelt så många klienter i Malmö som fått sådan vård jämfört med Övriga. Öppen psykiatrisk vård är något ovanligare i Malmö, medan sluten psykiatrisk vård är lika vanlig som i hela ASI-08. Databasen medger en viss analys av förändringar i utbudet av vård under åren fram till 2008 även om det måste ske med stor försiktighet eftersom det är osäkert med urval etc. speciellt under de första åren då ASI ännu inte implementerats fullt ut. I figuren nedan visas hur andelen som fått öppen psykiatrisk vård förändrats under några år.



Figur 8. Andel klienter som fått öppen psykiatrisk vård någon gång i Malmö och Övriga ASI-08.

Det finns en nedgång i öppen psykiatrisk vård under några år i Malmö, men på det hela taget ökar andelen som fått öppen psykiatrisk vård något över de år som redovisas.

Uppföljningsintervjuer

Av totala antalet klienter i Malmö har 174, ca 20%, en uppföljningsintervju. En första fråga gäller vilka klienter som följts upp och om det kan betraktas som ett representativt urval av alla klienter som gjort grundintervjuer. I tabellen nedan visas medelvärden och standardavvikelser för intervjuerskattningar i grundintervjuerna uppdelade på klienter som följts upp och som inte följts upp i Malmö. Generellt gäller för hela avsnittet som följer att antalet klienter kan variera i olika jämförelser beroende på internt bortfall på enskilda variabler.

Tabell 6. Medelvärden och standardavvikelser för intervjuarskattning vid grundintervjuerna uppdelade på klienter i Malmö som följts upp och ej följts upp.

	Ej uppföljda N=617		Uppföljda N=174	
	M	SD	M	SD
Fysisk hälsa	2,09	2,11	2,19	2,24
Arbete, försörjning	3,13	2,15	3,40	2,20
Alkohol	2,98	2,74	2,78	2,78
Narkotika	4,37	2,92	4,39	2,85
Kriminalitet **	1,03	1,81	0,66	1,52
Familj umgänge	2,75	2,20	2,63	2,18
Psykisk hälsa**	3,76	2,46	3,27	2,47

De klienter som följts upp har mindre problem med kriminalitet, $p < .02$, och med psykisk hälsa, $p < .02$. Det är också en signifikant lägre andel med psykisk störning som följts upp än som ej följts upp (16% jmf med 25%). För övriga problemområden samt andel med tungt missbruk är uppföljda och ej uppföljda klienter i Malmö inte signifikant åtskilda. De skillnader som finns antyder att det är klienter med något lindrigare problem som följts upp i Malmö, vilket inte är fallet i ASI-08 som helhet.

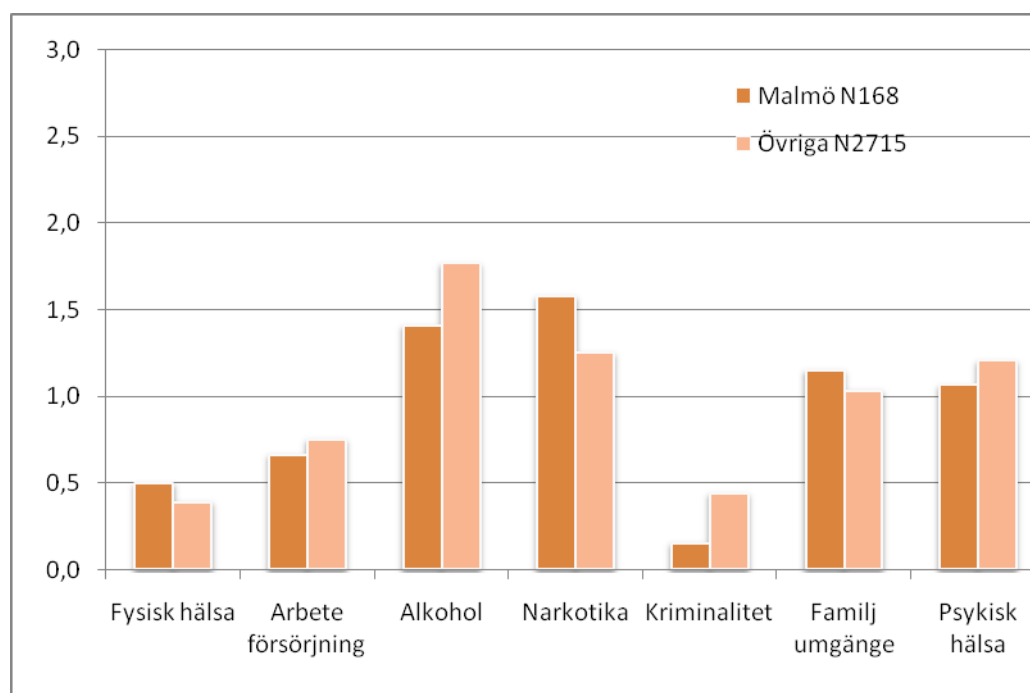
Uppföljningsintervjuer ett år efter grundintervju

Att mäta och tolka förändring i problemnivåer för klienter innebär att man måste hantera ett antal statistiska problem, eller artefakter. Hur dessa problem hanteras beskrivs utförligt i Armelius och Armelius (2009). Sammanfattningsvis kan man säga att man ibland riskerar att tolka skillnader mellan grundintervju och uppföljningsintervju som uttryck för att klienterna förbättrats när det lika gärna kan röra sig om skillnader som uppstått pga. statistiska egenskaper hos mätningar som görs vid två tillfällen (takeffekter, golveffekter och mätfel). För att mot denna bakgrund få en rimlig uppfattning om hur klienterna förändrats mellan grundintervju och uppföljningsintervju kommer vi att använda några olika sätt att beskriva förändring:

1. Skillnader i medelvärden på intervjuarskattning för olika problemområden, och
2. Reliabel förändring, som är den andel klienter i % som förändrats minst 2 skalsteg på intervjuarskattningarna mellan grundintervju och uppföljningsintervju.
3. Andel problemfria klienter initialt och vid uppföljningen. Den genomsnittliga tiden mellan grundintervju och uppföljning är ett år.

1. Förändring i intervjuarskattningar mellan grund- och uppföljningsintervju

Förändring av intervjuarskattningar mellan grundintervju och uppföljningsintervju för klienter i Malmö och för Övriga visas i nedanstående figur.



Figur 9. Differens i intervjuarskattning mellan grundintervju och uppföljningsintervju för klienter i Malmö och för övriga klienter.

I både Malmö och för Övriga är intervjuarskattningarna lägre för alla områden vid uppföljningen, dvs. klienterna har bedömts ha mindre problem vid uppföljningen. Störst förändring är det för alkohol och narkotikaproblem. Det är inga signifikanta skillnader i förändring mellan Malmö och Övriga även om man t.ex. kan se att det är en större förbättring för narkotika i Malmö och en större förbättring i alkohol för Övriga. Detta stämmer med det allmänna mönstret när det gäller förändringar, nämligen att skillnaderna är störst inom de områden där de största problemen finns.

2. Reliabel förändring

Man kan också räkna ut andel klienter som förändrats med minst 2 skalsteg på intervjuarskattningen, vilket motsvarar en reliabel förändring med 95% säkerhet. Reliabel förbättring, reliabel försämring och oförändrade klienter mätt med två skalsteg för klienter i Malmö jämfört med Övriga klienter visas i tabellen nedan.

Tabell 7. Procentuell andel försämrade, oförändrade och förbättrade klienter i Malmö jämfört med Övriga klienter.

		Sämre %	Oförändrad %	Förbättrad %
Fysisk hälsa	Övriga 2700	17	55	28
	Malmö 169	16	56	29
Arbete försörjning	Övriga	15	53	32
	Malmö	16	49	35
Alkohol	Övriga	8	47	46
	Malmö	4	63	34
Narkotika	Övriga	5	64	31
	Malmö	5	55	40
Kriminalitet	Övriga	6	78	17
	Malmö	7	81	13
Familj, umgänge	Övriga	12	50	38
	Malmö	12	46	42
Psykisk hälsa	Övriga	12	46	41
	Malmö	10	56	34

Andelen försämrade klienter är låg för alla livsområden, och lika liten för klienter i Malmö som för Övriga klienter. Försämringen är störst för fysisk hälsa och arbete/försörjning. Malmö har något färre förbättrade än Övriga avseende alkohol, kriminalitet och psykisk hälsa, men fler förbättrade avseende narkotika och familj/umgänge.

3. Problemfria klienter

Ett tredje sätt att analysera utfall är att se hur många klienter som bedömts vara problemfria för varje problemområde initialt och vid uppföljningen (problemfri definieras som intervjuarskattning = 0). Detta sätt att visa förändring baseras bara på värdet 0 i intervjuarskattningarna, och kan antas vara mindre påverkat av oklarheter i definitioner av skalsteg och statistiska artefakter. Resultaten av analysen visas i tabellen nedan för områdena alkohol, narkotika, psykisk hälsa och arbete. I tabellen anges procentuella andelen som är problemfria initialt och vid uppföljningen.

Tabell 8. Procentuell andel klienter som är problemfria vid grund- och uppföljningsintervju för problem med alkohol, narkotika, psykisk hälsa och arbete.

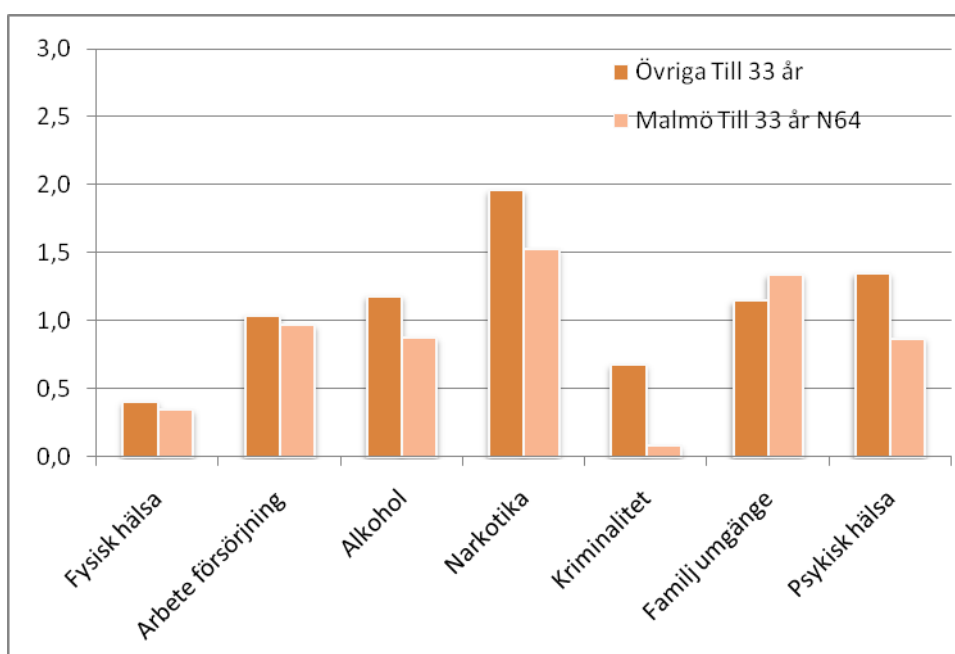
	N	Alkohol %		Narkotika %		Psykisk hälsa %		Arbete %	
		Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
Malmö	174	37	60	25	41	20	45	19	35
Övriga	2700	25	46	52	67	26	45	40	51
E-F Malmö			23		16		25		16
E-F Övriga			21		15		19		11

Eftersom klienter i Malmö inte har så stora problem med alkohol är andelen problemfria initialt större i Malmö jämfört med Övriga. För problem med narkotika har däremot Malmö endast 25% problemfria initialt jämfört med drygt hälften för Övriga. Andel problemfria för psykiska problem är initialt något lägre i Malmö jämfört med Övriga. Initialt är ca 20% problemfria när det gäller arbete i Malmö jämfört med dubbelt så många problemfria för Övriga. Dessa resultat visar alltså, liksom tidigare analyser baserade på samliga klienter vid grundintervjun, att klienter i Malmö jämfört med Övriga har mer problem med missbruk av narkotika, med psykisk hälsa och med arbete/försörjning. Vid uppföljningen ökar andelen problemfria klienter något mer i Malmö än för Övriga ASI, vilket antyder en positiv effekt när det gäller andel klienter som är utan problem eller hjälpbehov. Drygt hälften av klienterna i Malmö är problemfria avseende alkohol, och knappt hälften är problemfria avseende narkotika och psykisk hälsa och något färre avseende arbete/försörjning. Baksidan av samma goda resultat är att en relativt stor andel fortfarande har problem vid uppföljningen. Jämfört med Övriga har mer än hälften av klienterna i Malmö fortfarande problem med narkotika och två tredjedelar har problem med arbete/försörjning vid uppföljningen ett år senare. Även om man alltså kan notera förbättringar så har många klienter i Malmö kvar problem som kräver fortsatt uppmärksamhet.

Sammanfattningsvis förbättras klienternas situation från grundintervju till uppföljning och få klienter försämras. Förändringar i missbruk följer dominerande drogproblem. Har klienterna mest problem med narkotika, som i Malmö, så förbättras narkotika mest och har klienterna mest problem med alkohol, som i Övriga ASI-08, så förbättras alkohol mest. Förändring i psykiska problem följer också detta mönster. Sett över alla klienter är förändringen ungefär lika stor i Malmö som i övriga ASI-08. Närmast följer ett antal jämförelser mellan olika grupper av klienter i Malmö och Övriga för att se om det finns skillnader i grad av förändring som kan knytas till speciella klientgrupper.

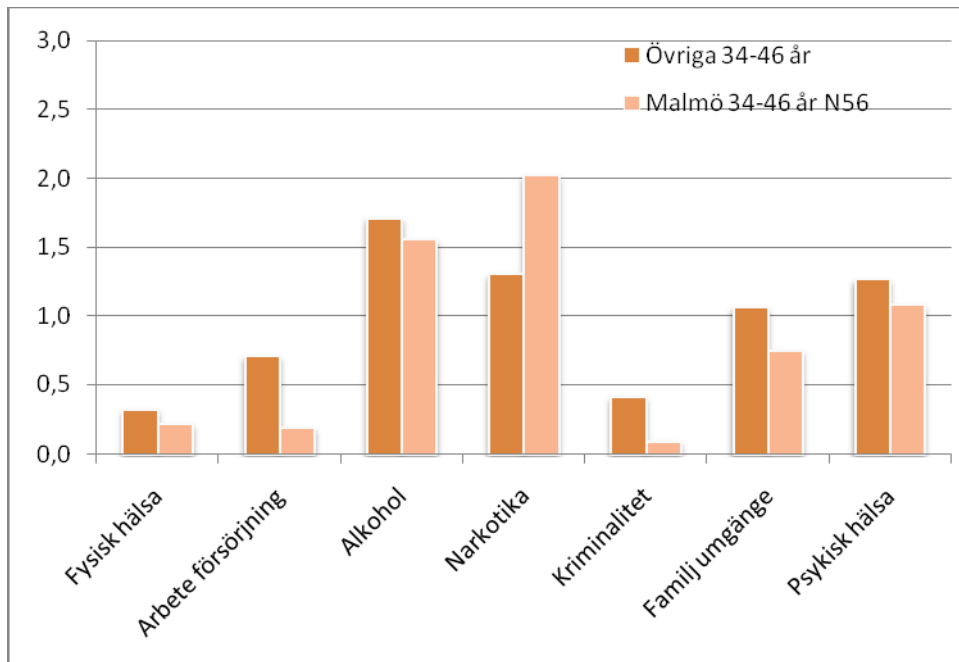
Förändring för olika åldersgrupper

Hela ASI-08 har delats in i tre lika stora åldersgrupper. I figurerna nedan visas förändring mätt som differens mellan G och U för klienter uppdelat på tre lika stora åldersgrupper; yngre upp till 33 år, medelålders mellan 34 år och 46 år och äldre som är 47 år och uppåt. I Malmö är det en sned åldersfördelning då 43% hör till den yngsta gruppen, och 23% hör till den äldsta gruppen. Problemnivåerna är i regel högre för de yngsta och medelålders än för de äldre utom när det gäller fysisk hälsa och alkohol där det är tvärt om. Malmö skiljer sig inte från övriga ASI när det gäller de initiala problemnivåerna och vi hänvisar till rapporten till missbruksutredningen för en mer detaljerad analys av skillnader mellan åldersgrupperna. Det är signifikanta skillnader mellan olika åldersgrupper avseende förändring av problem med arbete/försörjning, alkohol och narkotika i hela ASI-08, men det är inga signifikanta skillnader mellan Malmö och övriga vare sig totalt sett eller för olika åldersgrupper.



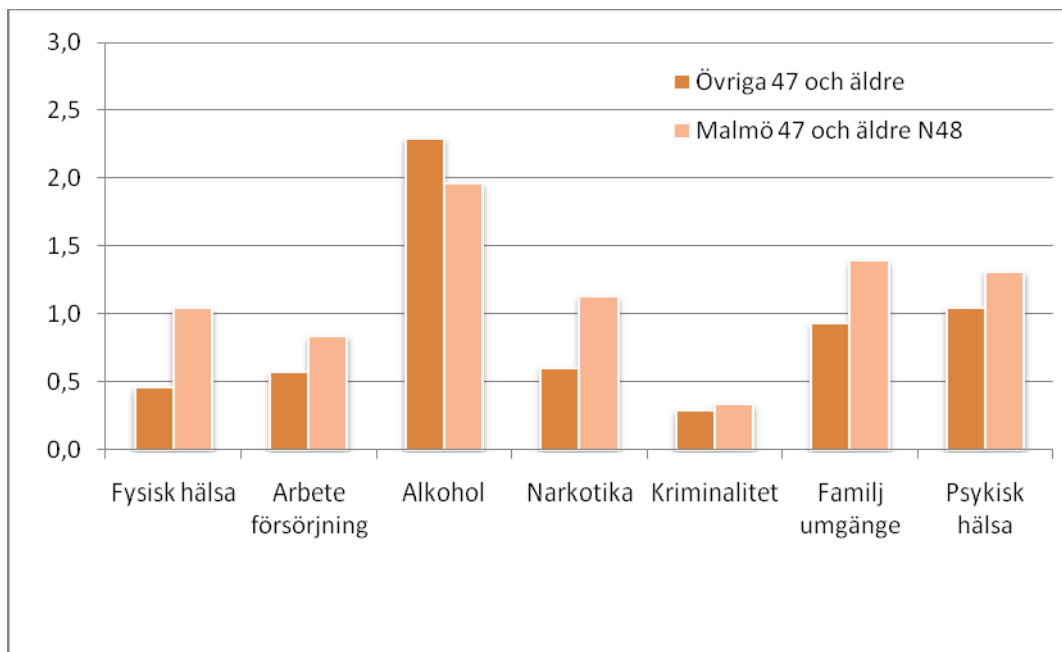
Figur 10. Förändring i intervjuarskattningar för den yngsta gruppen klienter, upp till 33 år, i Malmö och Övriga i ASI-08.

Även om skillnaderna inte är signifikanta kan man se en tendens till att det inte går riktigt lika bra för den yngsta gruppen i Malmö som för övriga, speciellt när det gäller narkotika, kriminalitet och psykisk hälsa. Även för den medelålders gruppen går det något sämre i Malmö, vilket visas i figuren nedan.



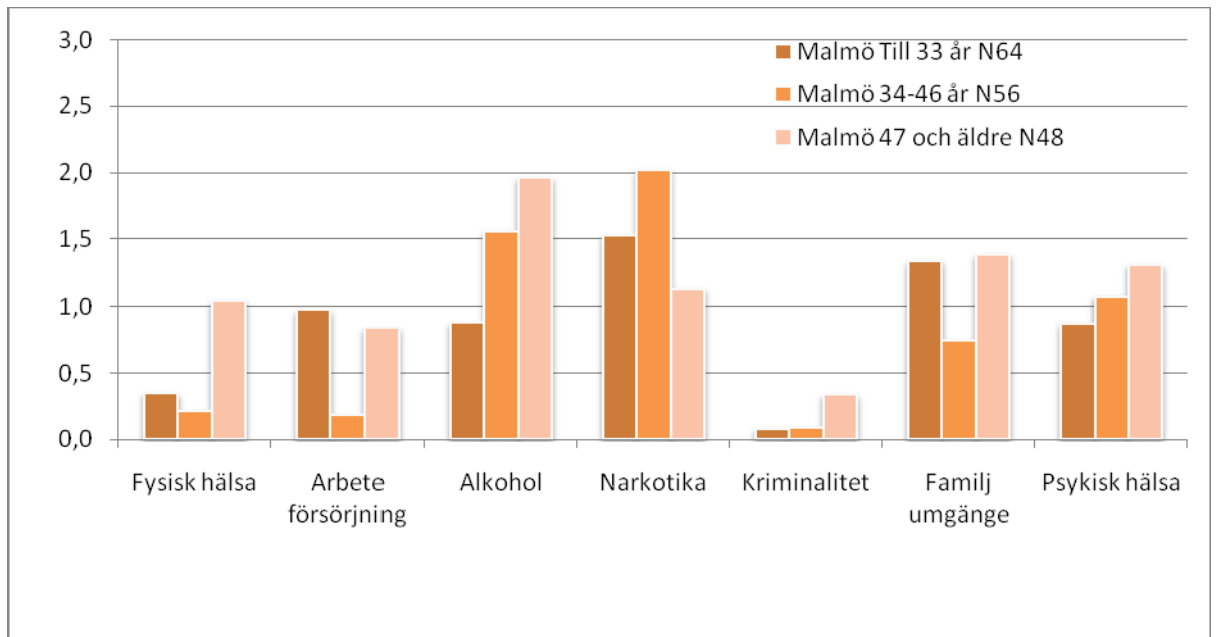
Figur 11. Förändring i intervjuarskattningar för den yngsta gruppen klienter, 34-46 år, i Malmö och Övriga i ASI-08.

För Malmös klienter i medelåldern går det bra med narkotika, men inte inom andra områden jämfört med Övriga. I figuren nedan kan man se att det är den äldsta klientgruppen som det går bäst för jämfört med Övriga.



Figur 12. Förändring i intervjuarskattningar för den äldsta gruppen klienter, 47- år, i Malmö och Övriga i ASI-08.

Den äldsta gruppen klienter i Malmö har en något bättre utveckling än Övriga i ASI-08 utom när det gäller alkohol, som är det dominerande problemet i denna åldersgrupp. Det verkar alltså som att det relativt sett går bäst för äldre klienter i Malmö. I figuren nedan jämförs de tre åldersgrupperna i Malmö med varandra.

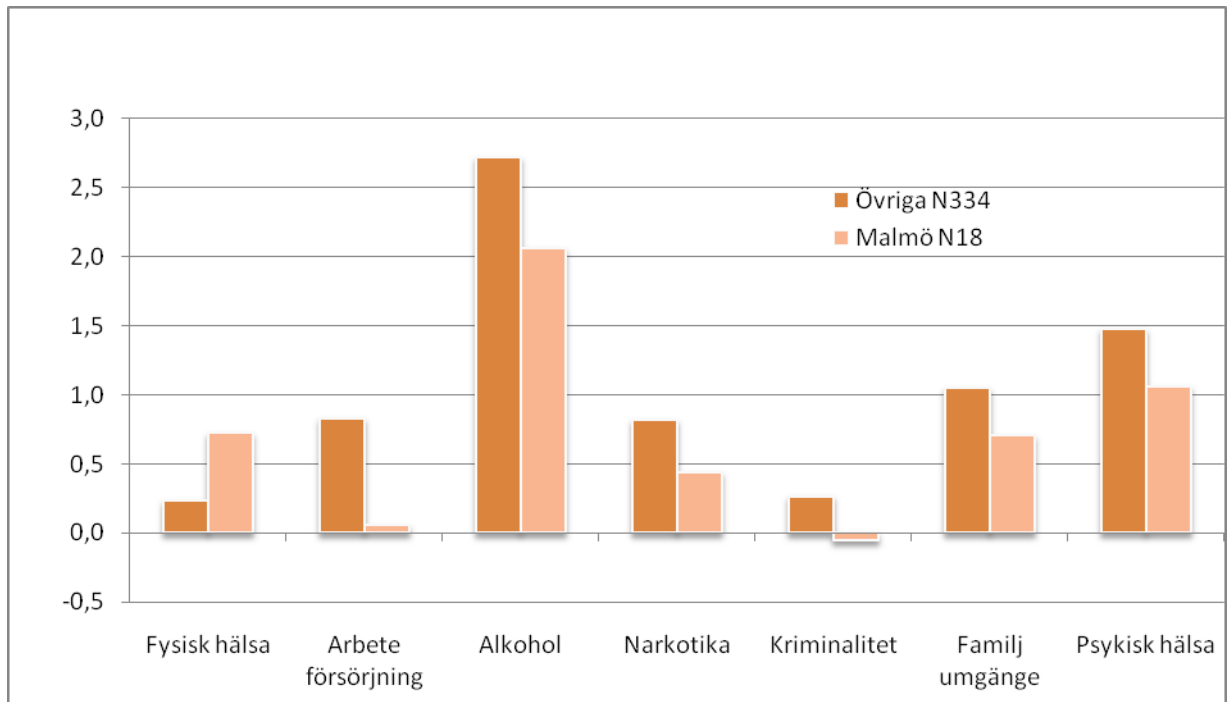


Figur 13. Förändring för olika åldersgrupper i Malmö.

Inom Malmö är det en signifikant skillnad mellan åldersgrupperna avseende förändring i alkohol och narkotika. De äldsta förändras mest och de yngsta minst när det gäller alkohol, medan det är de medelålders som förändras mest avseende narkotika. Förändringarna är i allmänhet större inom de områden där man har mer problem. Ett undantag är de medelålders missbrukarna som har en anmärkningsvärt låg förändring i arbete trots att de har en hög problemlnivå initialt.

Förändringar för klienter med tungt missbruk och svår psykisk störning

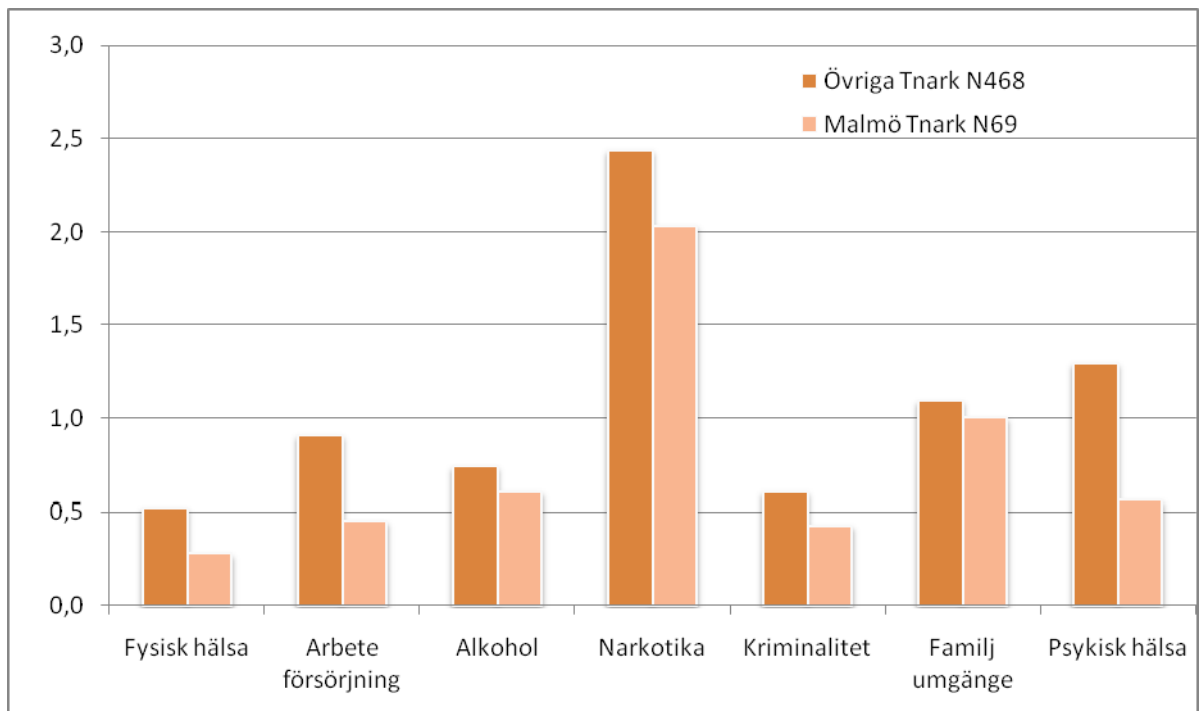
I nästa avsnitt beskriver vi förändringar för klientgrupper med allvarliga missbruksproblem eller problem med psykisk störning.



Figur 14. Förändringar för klienter med tungt alkoholmissbruk i Malmö och ASI-08.

Förändringar för klienter med tungt alkoholmissbruk visar att den lilla gruppen på 18 som finns i Malmö har något mindre förändringar än övriga i ASI-08, men inga skillnader är signifikanta.

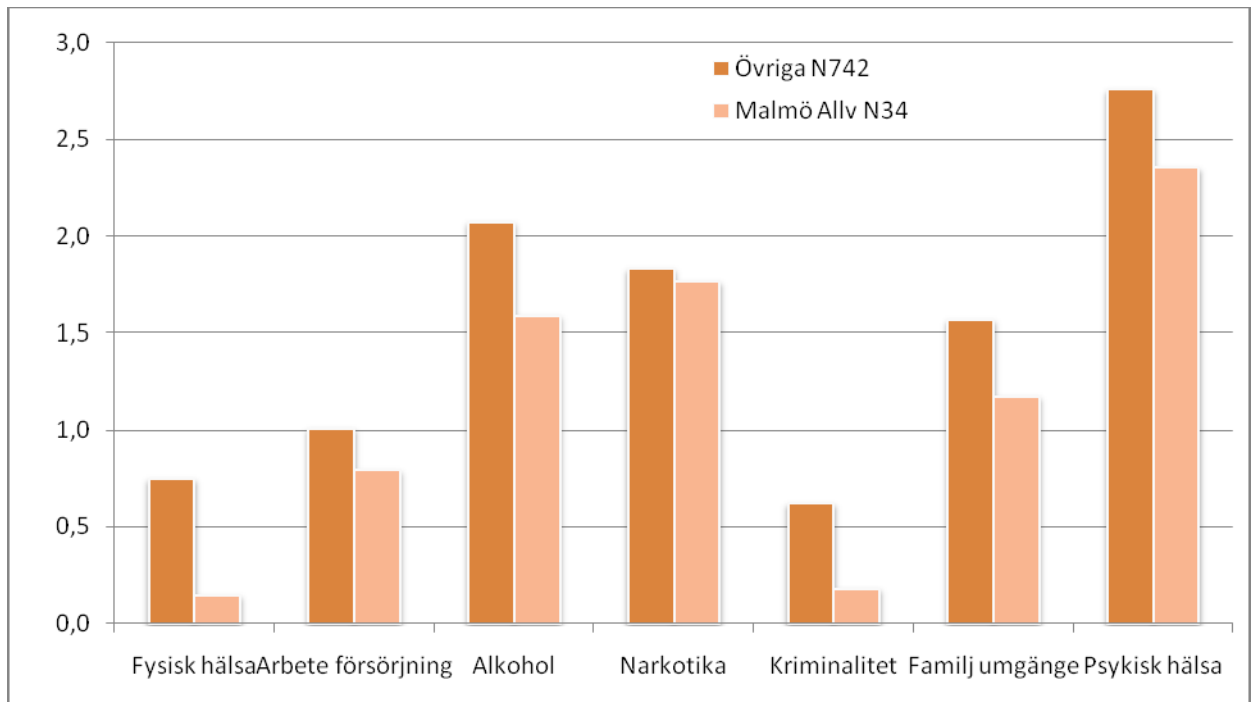
Uppföljningen i Malmö utgörs till en något större andel av klienter med tungt narkotikamissbruk, 69 av 169 = 41% jämfört med de 37% som har tungt narkotikamissbruk vid grundintervjun.



Figur 15. Förändring för klienter med tungt narkotikamissbruk i Malmö och övriga i ASI-08.

Förändringar för klienter med tungt narkotikamissbruk är något mindre i Malmö än för övriga klienter med tungt narkotikamissbruk i ASI-08, men det är bara psykisk hälsa som är signifikant mindre förbättrad i Malmö.

I figuren nedan visas hur förändringarna ser ut för klienter med svår psykisk störning.

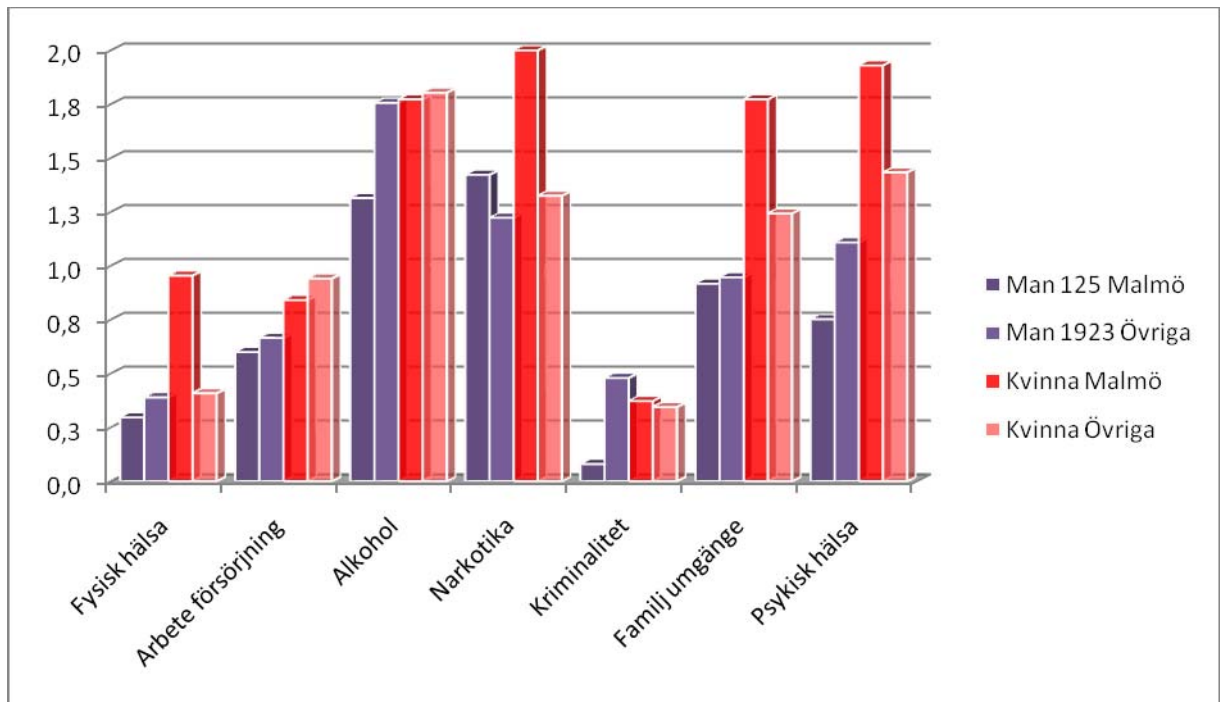


Figur 16. Förändringar för klienter med svår psykisk störning i Malmö och övriga i ASI-08.

För klienter med svår psykisk störning går det lite sämre i Malmö än för övriga i ASI-08 inom alla områden utom narkotika, men inga skillnader är signifikanta.

Förändringar för män och kvinnor

I figuren nedan visas hur förändringarna ser ut för män och kvinnor i Malmö och i Övriga ASI-08.



Figur 17. Förändringar för män och kvinnor i Malmö och övriga i ASI-08.

Det är en stor skillnad i förändring mellan kvinnor och män i både Malmö och övriga ASI-08, men skillnaden mellan män och kvinnor är lika stor i Malmö som i övriga ASI-08. Skillnaden mellan könen är signifikant i Malmö för familj/umgänge och psykisk hälsa, där kvinnor har större förbättring än män.

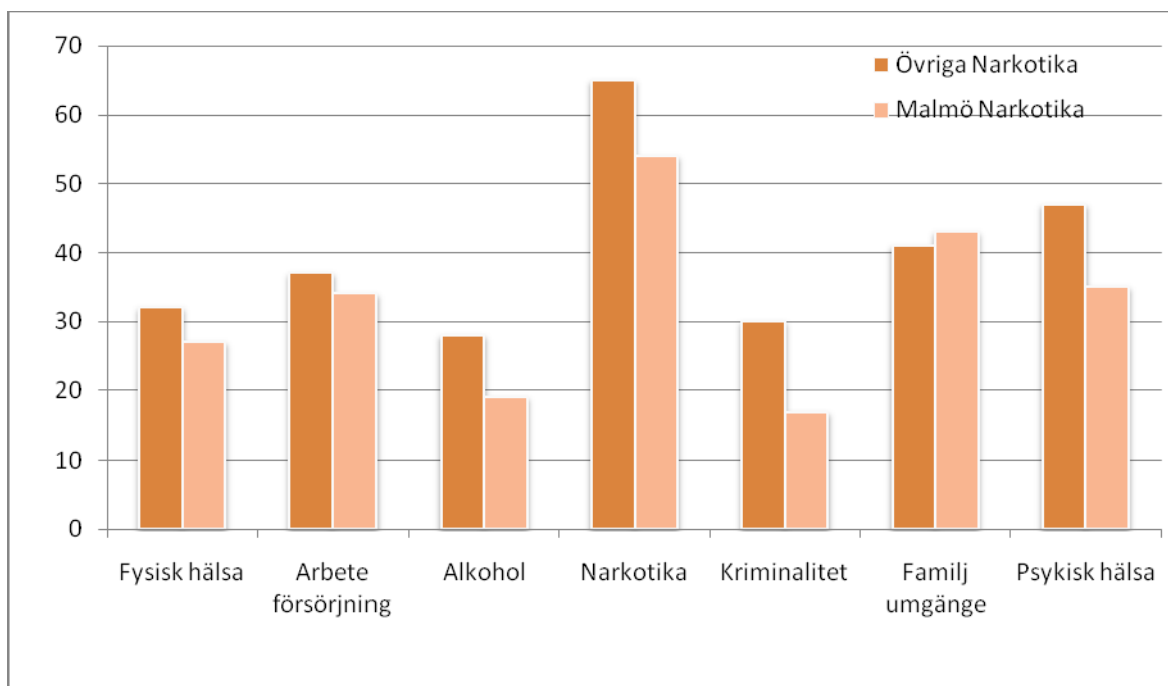
Problemprofiler och förändring

Genom att se hur klienter med olika problemprofiler förändras får man en mer nyanserad bild. De som inte har alkoholproblem kan inte bli bättre avseende alkohol och om man inte håller isär problemgrupperna blir effekterna utslätade. I tabellen visas andelen klienter i de olika problemprofilerna som uppvisar en reliabel förbättring (minst 2 skalsteg på intervjuarskattningen) i Malmö och övriga i ASI-08.

Tabell 9. Andel klienter i % som förbättrats med minst 2 skalsteg för olika problemprofiler i Malmö och Övriga ASI-08.

	Övriga			Malmö		
	Narkotika	Avgränsat alkohol	Alkohol & psyk.	Narkotika N=104	Avgränsat alk. N=35	Alkohol & psyk. N=31
Fysisk hälsa	32	17	36	27	28	38
Arbete, försörjning	37	19	44	34	28	40
Alkohol	28	50	64	19	49	67
Narkotika	65	5	20	54	24	13
Kriminalitet	30	6	14	17	3	10
Familj umgänge	41	18	61	43	23	60
Psykisk hälsa	47	22	62	35	14	59

Det mest anmärkningsvärda resultatet är att klienterna i narkotikaprofilen inte uppnår samma andel som förbättras (54%) som i Övriga ASI-08 (65%) inom narkotika trots att de har betydligt högre problemskattningar initialt. Vanligtvis samverkar en rad statistiska och andra förhållanden till att klienter med höga problemskattningar kommer att uppvisa större förbättringar än andra. För profilen Alkohol & psykiska problem är det ungefär samma utfall i Malmö som i ASI-08. Det är nästan 2 av 3 klienter som blir bättre avseende alkohol och nästan lika många även avseende familj/umgänge och psykisk hälsa. Malmö har också relativt bra utfall för klienter med avgränsade alkoholproblem, men för narkotikaprofilen är det en något mer komplicerad bild. Dessa klienter förbättras i inte i lika hög utsträckning som klienter i profilen Alkohol & psykisk störning och lite mindre i Malmö än övriga ASI-08, vilket illustreras i figuren nedan.



Figur 18. Andel av klienterna med problemprofilen Narkotika som uppvisar en reliabel förbättring (minst 2 skalsteg på intervjuarskattningen) i Malmö och övriga ASI-08.

Huvudintrycket kvarstår dock: Klienterna i Narkotikaprofilen förbättras mest inom de områden de har sina problem och när det gäller missbruk av narkotika är mer än hälften förbättrade efter ett år.

Vad beror förändringarna på?

En viktig fråga är vad de uppmätta förändringarna beror på! Tyvärr har vi inget svar på den frågan, men vi kan undersöka några förslag. Först måste man räkna med att all mätning av förändring har inbyggda statistiska problem, t.ex. att klienter med höga skattningar eller problemnivåer inte kan bli så mycket sämre utan måste få ett lägre värde eller ligga kvar (takeffekt och motsvarande golfeffekt för de som ligger lågt eller inte har några problem initialt). Ett annat problem som verkar i samma riktning är att alla mätningar har ett mätfel som gör att upprepade mätningar tenderar att dras mot medelvärdet. Vi har försökt kontrollera rimligheten i dessa rent mättekniska förklaringar och menar att även om de bidrar till effekterna så kan de inte förklara allt. En likartad förklaring kan vara att vi huvudsakligen använt oss av intervjuarskattningar för att mäta förändring, men vi har också jämfört resultaten med det som kallas composite score, vilket ibland betraktas som en mer ”objektiv” beskrivning av klienternas problemnivåer. Resultaten blir likadana, men mindre tydliga. Man måste alltså söka andra förklaringar också till att det blir en så pass stor förbättring! En rimlig förklaring är att klienterna befinner sig i en krisartad situation när den första utredningen görs, medan man kan förmoda att uppföljningar sker när

klienten är mer i sitt normaltillstånd och har en etablerad kontakt med socialtjänsten. Andra tänkbara förklaringar är att det är behandlingsinsatser, handläggningseffekter, spontan förbättring, naturligt förlopp, mognad, familjestöd som har lett till förbättringar. Man måste också notera att de allra flesta inte förändras alls och att en mindre grupp blir sämre! Kanske skall man fokusera mer på dem?

3. Avslutande kommentarer och reflexioner

Den första slutsats vi vill dra är att det ser ut att gå bra för många klienter i Malmö – ungefär lika bra som för övriga klienter i ASI-08. Det är en stor andel som förbättrar sin situation efter ett år. Det som utmärker Malmö jämfört med övriga ASI-08 är att bland missbruksklienterna är det betydligt fler som har stora problem med narkotika. Det bekräftar vad andra redan visat, men här kan vi ge en lite mer fyllig bild med hjälp av ASI-intervjun. Bortsett från narkotikaproblem har klienterna i Malmö ganska lika problemnivåer som i övriga ASI-08, men klienterna i Malmö har också större problem med arbete/försörjning och mindre problem alkohol. Andelen som kan sägas ha ett tungt narkotikamissbruk är mer än dubbelt så stor i Malmö som i övriga ASI-08 och det gäller både män och kvinnor. Det är stora skillnader mellan olika stadsdelar i Malmö, vilket dock inte går att utveckla vidare då antalet klienter att räkna på blir för litet om man går in i enskilda stadsdelar. En sådan analys skulle kunna bli aktuell längre fram när det finns fler intervjuer att arbeta med. När det gäller förekomst av tungt alkoholmissbruk och svår psykisk störning är det inga större skillnader mellan Malmö och Övriga ASI-08. Inte heller mellan olika stadsdelar. Det är anmärkningsvärt många narkomaner som inte har problem med alkohol eller svår psykisk störning, medan det å andra sidan är många med psykisk störning som också har problem med narkotika eller alkohol. Gruppen med svår psykisk störning är således mer belastad i Malmö än i Övriga ASI-08.

Det stora problemet i Malmö är narkotika och problemet förstärks av att det är en stor andel unga bland narkotikamissbrukarna. Vad händer med dem på sikt? De analyser av förändringar ett år efter första grundintervjun som vi gjort visar att det knappast går bättre för vare sig unga eller klienter med tungt narkotika- eller alkoholmissbruk eller svår psykisk störning i Malmö än i Övriga ASI-08, snarast något sämre. Vi har inte kunnat hitta någon bra förklaring till detta mönster. Kanske är det en fråga om hur lätt man får tag i droger och om ett lokalt kulturfenomen bland unga och missbrukare. I så fall kan man knappast förvänta sig stora effekter av enskilda behandlingsinsatser utan man måste förmodligen angripa själva kulturen och utbudet. Behandlingsinsatser någon gång för psykiska problem och alkoholproblem är något mindre vanligt i Malmö, men behandlingsinsatser avseende narkotika, speciellt slutenvård, är betydligt vanligare än i övriga ASI-08. En närmare analys av de 27 klienter som fått narkomanvård mellan de två intervjutillfällena visar att de har

en signifikant större förbättring av narkotikaproblemen än de som inte fått mellanliggande narkomanvård. De 24 klienter som fått alkoholvård har en signifikant större förbättring av både alkohol och arbete/försörjning än de som inte fått alkoholvård. Bilden kompliceras av att flera klienter har fått behandling avseende både alkohol och narkotika, men endast någon enstaka även för psykiatrisk vård. Antalet som fått psykiatrisk vård mellan intervjuerna är för litet för att ligga till underlag för beräkningar. Även om det rör sig om väldigt få klienter antyder resultaten ändå att behandlingsinsatser kan ha en positiv effekt. Fortfarande är det mindre än hälften som uppger sig någon gång ha fått behandling av något slag och det är väldigt få (ca 7-16%) som fått någon behandlingsinsats mellan intervjutillfällena. Så är det både i Malmö och i Övriga ASI-08.

En annan reflexion är att behandling verkar ha en specifik effekt på det problemområde där behandlingen sätts in och det sker en väldigt liten förbättring av problem inom andra områden. Det visar sig bl.a. i att klienter med tungt narkotikamissbruk i Malmö har mindre förbättring i psykisk hälsa än Övriga ASI-08. Man bör kanske försöka förbättra utbudet och utfallet av psykiatrisk behandling, och speciellt för klienter med samtidigt narkotikamissbruk. Här finns de nyligen utfärdade riktlinjerna att luta sig mot. Man kan också fråga sig vad som görs avseende områdena fysisk hälsa, arbete/försörjning, kriminalitet samt familj/umgänge.

För kvinnor går det betydligt bättre än för män efter ett år inom de flesta områden. Vi har också sett att de yngre uppvisar mindre förändring trots att de har högre problemnivåer initialt. Medelvärdet av intervjuarskattningen för narkotika ligger över 4 för männen i den yngsta gruppen även efter ett år. Det betyder att klienterna har fortsatta problem och hjälpbehov, samtidigt som det förmodligen är en svår grupp att motivera för en förändring eller behandlingsinsats.

Som beskrivningarna av klienter visar (se tabell 1 och 2) har klienter i Malmö ägnat sig mer åt olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar och har mer psykiska besvär än Övriga klienter. I intervjuarskattningarna finns däremot inga skillnader mellan klienter i Malmö och Övriga klienter för områdena kriminalitet och psykisk hälsa. Det betyder alltså att klienternas problem inom dessa områden underskattas av intervjuerna. Det kan väcka frågan om eventuell lokal kultur i intervjuarskattningar. Det kan vara så att intervjuare i Malmö som träffar klienter med mer problem inom dessa områden inte tycker att klienterna har så mycket problem eller annorlunda uttryckt, det är ”normalt” att ha mycket problem med kriminalitet och psykisk hälsa bland klienter i Malmö. Intervjuerna har så att säga ”lokala glasögon”. Referensramarna skiljer mellan olika orter som har klienter med olika slags problem vilket påverkar intervjuarskattningarna.

Avslutningsvis vill vi beklaga att vare sig tid eller antal klienter räcker till för en mer ingående analys av viktiga specifika frågeställningar som rör missbruksvården i Malmö. Förhoppningsvis har vi dock stimulerat till fortsatt sökande i den rika datamängd som ASI-intervjuerna ger.

Referenser

- Abrahamson, M., & Tryggvesson, K. (2007). *Användning av bedömningsinstrument i missbrukarvården – en nationell kartläggning och fallstudier av två län*. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet.
- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D., & Tengvald, K. (1999). *En strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. Socialstyrelsen, Stockholm. 1999:2
- Andrén, A., Bergman, H., Laurell, H. & Schlyter, F. (2001) Psychosocial survey of drunken drivers within the KAPUBRA project. A new interview technique suitable for matching the right treatment with the right client. *Läkartidningen*, 8;98 (32-33):3426-32.
- Armelius, B-Å., Nyström, S., Engström, C. & Brännström, J. (2009). *Referensmaterial för bättre användning av ASI-intervjun*. Slutrapport. IMS, Socialstyrelsen .
- Armelius, B-Å, Armelius, K., Larson, H. & Sundbom, E. (2002); *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT*. Statens institutionsstyrelse, SiS. Forskningsrapport nr 1.
- CAN Rapport 107. (2007). *Drogutvecklingen i Sverige 2007*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm.
- CAN Rapport 113. (2008). *Drogutvecklingen i Sverige 2008*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm.
- CAN Rapport 115. (2008). *CANs rapporteringssystem om droger (CRD). Tendenser första halvåret 2008*. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm
- DSM-IV. (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th. Edition.
- Drake, R. E., McHugo, G. J. & Biesanz, J. C. (1995). The test-retest reliability of standardized instruments among homeless persons with substance use disorder. *Journal of Studies of Alcohol*, 56, 161-167.
- Eriksson, A., Palm, J. & Storbjörk, J. (2003). *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling*. Forskningsrapport nr.15. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet.

Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I. & Amylon, R. (2009). *Femårsuppföljning. Kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM hem*. SIS, Forskningsrapport Nr 1.

Håkansson, A. (2009). *Overdoses, suicidal behavior and clinical characteristics in heavy drug abusers. Studies in the criminal justice system*. Clinical Alcohol Research, Malmö University Hospital, Department of Health Research, Lund University, Sweden.

McLellan, A. T., Kushner, H. Metzger, D., Peters, R., Smith, L., Grissom, G mfl. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J. & Griffith, J. E. (1985). New data from the addiction severity inventory: Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.

McLellan, A.T, Cacciola, J.C Alterman, A.I, Rikon S.H., & Carise, D. (2006). The addiction severity index at 25: Origins, contributions and transitions. *The American journal on addiction*, 15, 113-124.

Mäkelä, (2004). Studies of the reliability and validity of the addiction severity index. *Addiction*, 99(4), 398-410.

Nyström, S., Jess, K.& Soydan, H. (2002). *Med arbete som insats. Klienteffekter och samhällsekonomisk lönsamhet i socialt arbete*, Socialstyrelsen. En rapport från CUS (Centrum för utvärdering av socialt arbete)

Nyström, S., Andren, A., Zingmark, D. & Bergman, H. (2009). The reliability of the Swedish version of the Addiction severity index (ASI). *Journal of Substance Use*. In press.

Schaar, I. & Öjehagen, A. (2001). Severely mentally ill substance abusers: an 18 month follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 70-88.

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