Umeå universitet
Institutionen för psykologi
Examensuppsats, vt-08

Referensdata för ASI-intervjun från ett stratifierat urval om 267 personer ur den svenska befolkningen

Lars Bergvall och Marthe Vigen

Handledare: Bengt-Åke Armelius
Bihandledare: Christer Engström

Sammanfattning

Denna studies syfte var att bidra till en normering av den svenska versionen av Addiction Severity Index, ASI-Grund. I studien beskrivs och analyseras förekomst av problem inom de olika ASI-områdena i ett stratifierat urval om 267 personer i åldern 20-55 år (108 män och 159 kvinnor) ur den svenska befolkningen. Intervjuerna administrerades huvudsakligen via telefon. Erhållna problemnivåer inom samtliga områden i ASI-Grund beskrivs ingående. Två undergrupper, en med högre och en med lägre problemnivå, skapades genom klusterindelning med K-means. Gruppen *"högre problemnivå"* skilde sig signifikant från gruppen *"lägre problemnivå*" på ASI områdena fysisk hälsa, arbete och försörjning, psykisk hälsa, familj och umgänge samt narkotika. Gruppen *"högre problemnivå"* antas kunna utgöra en lämplig referensgrupp för en funktionell referensgrupp inom missbruksvården. Bortfall och representativitet undersöks och diskuteras i relation till erhållna problemnivåer i urvalsgruppen och i undergrupperna. Vidare granskas och diskuteras resultatens överensstämmelse med data från andra undersökningar av normalbefolkningen.

Innehållsförteckning

Inledning…….. 1
Syfte 3
Frågeställningar 3
Metod 3
Instrument 3
Genomförande 4
Urvalsprocedur 4
    Bortfallsanalys 5
Jämförelsedata från andra studier 8
Databearbetning 9
Resultat 10
Representativitetsanalys 10
Urvalets problemnivåer inom respektive ASI-område 13
Klusterindelning; en grupp ”högre problemnivå”, en grupp ”lägre problemnivå” 18
Diskussion 31
Generaliserbarhet 31
Metod 32
Resultat diskussion 33
    Problemnivåer 33
    Klusterindelning 36
    Konklusion 37
Referenser 39
Bilagor

Referensdata för ASI-intervjun från ett stratifierat urval om 267 personer ur den svenska befolkningen

Lars Bergvall och Marthe Vigen

Addiction Severity Index (ASI) Grund är en semistrukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol och narkotikarelaterade problem. Metoden utvecklades av ett amerikanskt forskarteam med ledning av Thomas McLellan i slutet av 1970-talet (McLellan, Luborsky, O'Brien & Woody, 1980; McLellan et. al., 1992). Intervjun har en strukturerad form och omfattning som visat sig vara användbar såväl inom forskningen som i kliniska sammanhang. Metoden har sedan 1980 nått en omfattande spridning både i USA och internationellt (Cacciola et. al, 1997; McLellan et. al., 2006). Då missbruksproblematiken ofta är flerdimensionell omfattas intervjun av frågor från sju olika livsdomäner. Dessa domäner inkluderar förutom bakgrundsfrågor, fysisk hälsa, arbeta och försörjning, alkohol och narkotika-användning, rättsliga problem, familj och umgänge, samt psykisk hälsa (McLellan et. al., 1992). Intervjun inkluderar både autobiografisk information, men för respektive domän också frekvens och intensiteten av aktuella problem. Aktuella problem definieras inom ASI som problem de senaste 30 dagarna, (McLellan et al., 2006). ASI-intervjun ger flera olika sammanfattande mått inom respektive livsområde. Dels genom en klientskattning där den intervjuade själv bedömer sina problem och hjälpbehov, dels genom en intervjuarskattning där intervjuaren gör en bedömning efter manualgivna kriterier. I tillägg finns såkallade Composite Scores (CS) vilket är en matematisk belastningsindex på problemtyngd som beräknas utifrån kritiska "objektiva" frågor samt klientskattningarna för respektive område (McLellan et. al., 1980). Föreliggande studie kommer att använda sig av begreppet problemnivå. I studien inkluderar detta begrepp de sammanfattande måtten samt antalet problemdagar de senaste 30 dagarna.

Förutom ASI Grund finns även en uppföljningsintervju, ASI Uppföljning, vilken är avgränsad till att beröra de senaste sex månaderna i patientens liv och omfattar färre frågor (Andréasson et. al., 1999). ASI-intervjun har i och med att ny kunskap förvärvats inom missbruksfältet, samt på grund av förändrade missbruksmönster, vidareutvecklats och uppdaterats med nya versioner under åren (McLellan et. al., 1992; McLellan et. al., 2006). Instrumentets psykometriska egenskaper är väldokumenterade och studier har visat tillfredsställande resultat för intervjuns interna och, i viss utsträckning, externa validitet (McLellan, Luborsky, Cacciola & Griffith, 1985; McDermott et. al. ; 1996, Leonhard, Mulvey, Gastfriend & Shwartz, 2000) samt för interbedömarreliabilitet och test-retest reliabilitet över olika tidsintervall (McLellan et. al. 1985; Drake, McHugo & Biesanz, 1995). Interbedömarreliabiliteten har visat sig vara tillfredställande, dock i mindre utsträckning med oerfarna intervjuare (Alterman, Brown, Zaballero & McKay, 1994).

I Sverige togs första initiativet till en gemensam svensk översättning 1994 genom Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) (Andréasson et. al., 1996). Den officiella svenska versionen av intervjun publicerades 1999 och är baserad på den femte utgåvan av ASI-intervjun (Andréasson et. al., 1999). Även den svenska

versionens reliabilitet har visat sig tillfredsställande. Intervjuarskattningarna visade sig vara något mer tillförlitliga, medan CS-måtten uppvisade något mindre tillförlitlighet jämförelsevis med tidigare internationella studier (Nyström, Andrén, Zingmark & Bergman, 2008). I Sverige omfattar det kliniska användandet av ASI intervjun omkring 50 procent av missbruksenheterna i kommuner och landsting (Abrahamsson och Tryggvesson 2007), intervjun har även använts inom flera svenska forskningsprojekt (Armelius, Armelius, Larson & Sundbom, 2002; Wikström & Lindberg 2006).

Trots ASI-intervjuns stora spridning och den mängd forskning som använt ASI-modellen har den varit mindre användbar för kliniker vad gäller behandlingsplanering och interventionsutvärdering på grund av avsaknad av normativa data (Weisner, McLellan & Hunkeler, 2000). Inom behandlingsforskning används begreppet klinisk signifikans som ett av flera mått på behandlingseffekt. En patient uppvisar klinisk signifikant förbättring om medelvärdet för patientens uppmätta problem ligger innanför ett konfidensintervall kring medelvärdet för normalpopulationen med vanligen en eller två standardavvikelser (Follette & Callaghan, 2001). Weisner et. al. (2000) samlade data från en icke-klinisk grupp på fem av sju ASI-domäner (familj och relationer, samt rättsliga problem undersöktes ej). I studien exkluderades individer som uppfyllde DSM-IV kriterierna för alkohol eller drogberoende. Weisners studie är den första som använt ASI på icke-kliniska grupper, men på grund av exklusionskriterierna, samt att instrumentet inte användes i sin helhet erhölls inga punktestimat för normalbefolkningens problemnivåer inom ASI. Resultaten från studien visade dock att även den icke-kliniska gruppens problemnivåer inom flera av ASI-områdena skiljde sig från noll (Weisner et. al., 2000). En normering av ASI-intervjun i sin helhet kommer vara av stort värde för både det direkt kliniska arbetet och i forskningssammanhang. Armelius, Nyström & Bergman (2008) hävdar att tillgång till ett referensmaterial för normalbefolkningen bättre skulle kunna underbygga tolkningen av data och därmed förbättra de kliniska bedömningarnas kvalitet, och att ett normalmaterial skulle vara avgörande för att bedöma behandlingseffekters kliniska signifikans.

Föreliggande studie är en del av projektet ASI normering, vilket är ett samarbete mellan Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS) och Institutionen för psykologi vid Umeå universitet. Projektet syftar till att;

> ”dels tillhandahålla referensmaterial som kan förbättra tillämpningen av ASI-intervjun som metod för kartläggning, bedömning och uppföljning av enskilda och grupper av klienter och dels att bidra med kunskaper om hur klienter förändras till följd av de insatser som socialtjänsten bistår klienterna med” (Armelius et. al., 2008).

Syfte

Denna studie syftar till att bidra till en svensk normering av ASI-Grund genom att beskriva och analysera förekomst av problem inom de olika ASI-områdena, i en svensk, stratifierad, icke-klinisk urvalsgrupp.

Frågeställningar

1. Hur representativt är urvalet av svarande i förhållande till de som tillfrågats om medverkan?
2. Vilka problemnivåer finns i urvalsgruppen och i olika undergrupper inom varje ASI-område avseende ett antal centrala variabler?
3. Hur överensstämmer resultaten på utvalda jämförbara variabler med data från andra svenska undersökningar av normalbefolkningen?

Metod

Instrument

Föreliggande studie har använt sig av den svenska versionen av ASI Grund femte utgåvan (Andréasson et. al., 1999). Denna semistrukturerade intervju innehåller drygt 180 frågor från sju olika livsdomäner. Förutom bakgrundsfrågor omfattar intervjun områdena: fysisk hälsa, arbete och försörjning, alkohol och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. Intervjuerna tar mellan 20 och 90 minuter att genomföra beroende på graden av problem. Områdena med sina frågor introduceras för den intervjuade i ovan nämnda ordning, från mer generella frågor till successivt mer sensitiva frågeområden (McLellan et. al., 2006). Varje område avslutas med att den intervjuade på en fem-punkts skattningsskala får skatta dels den upplevda svårighetsgraden, dels sitt hjälpbehov inom området. Hjälpbehovet är definierat som hur viktigt det är att få hjälp utöver pågående hjälp. I tillägg görs en intervjuarskattning, där intervjuaren skattar problemens svårighetsgrad på en tio-punkts skala. Förutom dessa mått kan även Composite Scores (CS), ett matematiskt index beräknat utifrån kritiska objektiva frågor, erhållas. CS kan anta ett värde mellan 0 – 1, där 0 indicerar avsaknad av problem och inga hjälpbehov, medan 1 indicerar mycket stora problem och därför krävs absolut hjälp (McLellan et. al., 1980). Missbrukklienters upplevelse av att bli intervjuad enligt ASI-modellen har undersökts och resultatet visade att klienterna upplevde intervjun som ett övervägande positivt inslag i Socialtjänsten (Nyström et. al., 2003). ASI- intervjun har traditionellt använts som en klinisk intervju där en behandlare i ett fysiskt möte intervjuar klienten. Under senare år har även en multimedia-version av ASI-intervjun utarbetats, med en CD-rom baserad simulering av en intervjuare som administrerar ASI-frågorna (Butler et. al., 2001). Vi har inte funnit några studier där ASI-intervjun har genomförts per telefon.

Genomförande

Enligt den ursprungliga projektplanen skulle urvalet omfatta 600 personer och med en förväntad svarsfrekvens på 60 % borde totalt 1000 personer tillfrågas om medverkan. Urvalskriterierna omfattade samtliga individer i åldern 20-55 år från nio svenska enheter som ingår i delprojektet Prospektiv i forskningsprojektet; Huddinge, Täby, Enheten för hemlösa män i Stockholm, Malmö, Jönköping, Umeå, Vansbro, Arvidsjaur och Älvsbyn. Intervjuerna skulle genomföras av socialarbetare på orten. Respondenterna skulle ersättas med biobiljetter motsvarande 100 kr för sin medverkan. För fullständigt informationsbrev till de tillfrågade vid första och andra utskicket, se bilaga 1. För att nå upp till 600 personer om svarsfrekvensen blev mindre än 60% bestämdes att öka antalet tillfrågade till 1800 i stället för 1000. Då svarsfrekvensen efter första utskicket visade sig bli väsentligt lägre än förväntat, ändrades proceduren i det tredje utskicket så att ersättningen höjdes till 500 kr för respondenterna och intervjuerna skulle göras per telefon av speciellt utbildade psykologstudenter vid Umeå universitet (bilaga 2).

Intervjuerna genomfördes huvudsakligen av studenter från terminerna åtta, nio och tio på psykologprogrammet vid Umeå universitet som fick en ASI-utbildning omfattande ca en dag. Studenterna hade tidigare genomgått en utbildning i klinisk intervjuteknik. Fyra intervjuer genomfördes initialt av socialtjänsten i Malmö. Författarna till denna uppsats genomförde tillsammans 130 av de 267 intervjuerna, medan resterande 133 intervjuer genomfördes av ett trettiotal studenter. Intervjuerna gjordes i huvudsak via telefon, fem intervjuer genomfördes dock genom fysiska möten. Respondenterna kontaktades av intervjuare, initialt för bokning av tid för intervju och därefter för genomförande av intervju. Erhållna responser noterades manuellt i svarsformuläret under intervjuerna. Data matades sedan av författarna in i en Access databas, i samband med detta gjordes en korrekturläsning av ifyllda blanketter. Därefter gjordes en manuell kvalitetskontroll, där eventuella avvikelser i databasen kollades upp mot ifyllda originalintervjuer. Efter detta överfördes data till programmet SPSS 15 för analys. Vidare utfördes en kontroll av gjorda intervjuarskattningar där en intervjuarskattning kom att korrigeras för att bättre överensstämma med givna riktlinjer i ASI-grund manualen (Andreasson, et. al., 1999).

Urvalsprocedur

Statistiska Centralbyrån (SCB) anlitades för att ta fram ett urval och administrera utskick av förfrågan om deltagande. Antalet tillfrågade individer per ort bestämdes utifrån en proportionell fördelning av de planerade 600 respondenterna på orter så att Stockholm skulle ha 200, Malmö 150, Umeå 100, Jönköping 100, medan Vansbro, Arvidsjaur och Älvsbyn skulle dela på de resterande 50. Utifrån registret över totalbefolkningen (RTB) och med hjälp av en geografidatabas erhölls en urvalsram, en population, omfattande 750 696 individer. Från urvalsramen drogs ett stratifierat obundet slumpmässigt urval om 1 834 personer. Efter att överteckning, d.v.s. personer som ej längre tillhörde populationen, exkluderats från bruttourvalet kom nettourvalet att utgöras av 1809 individer som fick en postal förfrågan om deltagande

i studien. Det slutliga urvalet från SCB inkluderade 318 individer som svarat ja till deltagande, vilket utgjorde 17,6% av nettourvalet. I den vidare processen tillkom ett bortfall till följd av avsaknad av kontaktinformation till ett antal respondenter som bejakat medverkan i studien, samt ett bortfall uppkommet vid planering av- eller under intervjutillfället. Det slutliga samplet utgjordes av 267 personer, varav 108 var män och 159 kvinnor. Medelåldern för gruppen var 35,8 (Sd=10,1) år. I tabell 1 nedan redogörs för urvalets fördelning i procent, samt medelålder vad gäller kön och region. Urvalsorterna har utifrån antalet invånare grupperats i regionerna: stor stad (Stockholm och Malmö), större städer (Jönköping och Umeå) samt glesbygd (Arvidsjaur, Vansbro och Älvsbyn). Förortskommunerna Huddinge och Täby har i materialet grupperats tillsammans med Stockholm.

Tabell 1. *Urvalets medelålder, standardavvikelse samt procentuell fördelning utifrån kön och region*

	Kön	**n**	**%**	**Medel åld. (Std.)**
Kön	Män	108	40,4	36,6 (10,6)
	Kvinnor	159	59,6	35,2 (9,8)
	Total (N)	267	100	35,8 (10,1)
Region				
Storstad	Män	60	22,4	36,1 (10,7)
	Kvinnor	99	37,1	35,8 (10,2)
	Total	159	59,6	35,9 (10,4)
Större städer	Män	39	14,6	36,3 (11,3)
	Kvinnor	52	19,5	34,9 (9,3)
	Total	91	34,1	35,5 (10,2)
Glesbygd	Män	9	3,4	41,0 (5,7)
	Kvinnor	8	3,0	30,5 (7,6)
	Total	17	6,4	36,1 (8,4)

Bortfallsanalys

Det totala bortfallet bestod dels av ett externt bortfall som härrörde från SCBs urvalsprocess, dels av ett internt bortfall. Det interna bortfallet härrörde från tidsperioden mellan SCBs sammanställning av det externa bortfallet fram till intervjuprocessen avslutades. Det externa bortfallet redovisas i tabell 2 nedan. Ej avhörda innebär att det saknades uppgifter om varför frågebrevet inte är besvarat. Med ”annat” avses de som först svarat ”ja” till deltagande, men sedan vid telefonkontakt med SCB avböjt medverkan i intervjun.

Tabell 2. *Externt bortfall; frekvens och procentuell fördelning av bortfallsorsaker*

	Antal	%
Ej avhörda	857	47,4
Postreturer/ Respond. lovar sända i	36	2
Hemlig/skyddad/saknar adress	9	0,5
Avböjd medverkan	581	32,1
Annat	8	0,4
Externt bortfall totalt	1491	82,4
Totalt Urval	1809	100

Det interna bortfallet redovisas i tabell 3. I de kontaktlistor som Institutionen för psykologi erhöll saknades telefonnummer till ett antal respondenter, dessa är benämnda ”kontaktuppgift saknas”. ”Ej nåbara” omfattar personer som ej nåtts för bokning av intervju trots upprepade uppringningsförsök. Med ”Behov av tolk” avses personer som ej kunnat genomföra telefonintervju på svenska eller engelska. Med ”Annat” avses personer där intervjuerna av olika anledningar ej gått att genomföra planenligt.

Tabell 3. *Internt bortfall; frekvens och procentuell fördelning av bortfallsorsaker*

	Antal	%
Kontaktuppgift saknades	30	1,7
Ej nåbara	11	0,6
Avböjd medverkan vid uppringnin	4	0,2
Behov av tolk	4	0,2
Annat	2	0,1
Internt bortfall totalt	51	2,8
Totalt Urval	1809	100

De personer till vilka kontaktuppgift saknades utgjordes av 19 män och 11 kvinnor. Av dessa tillhörde 16 urvalsgruppen storstad, 12 större städer och slutligen var två hemmahörande på glesbygd. Av ej nåbara var fem män och sex kvinnor, sex av dessa tillhörde urvalsgruppen storstad och fem tillhörde större städer. Samtliga som avböjde medverkan då de kontaktades för bokning av tid för intervju var män, tre av dessa tillhörde urvalsgruppen storstad och en tillhörde större städer. De personer som var i behov av tolk var samtliga kvinnor. Två av kvinnorna tillhörde storstadsurvalet, en tillhörde större städer och den fjärde var hemmahörande på glesbygd. Kategorin ”annat” omfattar en man respektive en kvinna, båda tillhörande urvalsgruppen storstad. För att erhålla en bild av bortfallet avseende vissa demografiska variabler valdes att redovisa detta i frekvenstabeller. Tabell 4 visar hur fördelningen mellan de demografiska variablerna förhåller sig i relation till det totala urvalet. Bland annat framgår att 14,8% av nettourvalet på 1809 personer slutligen

kom att intervjuas och att det totala bortfallet blev 85,2%. Det kan konstateras att bortfallet inom samtliga grupper var minst 82,1 procent.

Tabell 4. *Frekvens samt procentuell fördelning av intervjuade och det totala bortfallet i relation till urvalet*

	Interv- juade		Totalt bortfall		Urval	
Rad %	n	%	n	%	n	%
Kön						
Män	108	12,1	785	87,9	893	100
Kvinnor	159	17,4	757	82,6	916	100
Samtliga	267	14,8	1542	85,2	1809	100
5-årsklasser						
20 - 24	43	16,7	214	83,3	257	100
25 - 29	49	17,9	225	82,1	274	100
30 - 34	40	15,1	225	84,9	265	100
35 - 39	33	13,7	207	86,3	240	100
40 - 44	41	13,6	261	86,4	302	100
45 - 49	29	13,6	184	86,4	213	100
50 - 54	26	11,8	194	88,2	220	100
55 - 59	6	15,8	32	84,2	38	100
Samtliga	267	14,8	1542	85,2	1809	100
Civilstånd						
Gifta	78	11,8	587	88,2	665	100
Övriga	189	16,5	955	83,5	1144	100
Samtliga	267	14,8	1542	85,2	1809	100
Födelseland						
Sverige	240	16,9	1176	83,1	1416	100
Utland	27	6,9	366	93,1	393	100
Samtliga	267	14,8	1542	85,2	1809	100
Medborgarskap						
Svenskt	251	15,3	1395	84,7	1646	100
Utländskt	16	9,8	147	90,2	163	100
Samtliga	267	14,8	1542	85,2	1809	100
Region						
Storstäder	119	15,9	631	84,1	750	100
Förort.	42	13,7	265	86,3	307	100
Större städer	89	14,9	507	85,1	596	100
Glesbygd	17	10,9	139	89,1	156	100
Samtliga	267	14,8	1542	85,2	1809	100

Tabell 5 visar hur fördelningen inom de demografiska variablerna är uppdelade på grupperna intervjuade och bortfall i förhållande till urvalet för respektive bakgrundsvariabel. Bland annat framgår att män och äldre avböjt medverkan i högre utsträckning än kvinnor och yngre men att det interna bortfallet var högre bland yngre än äldre. Tabellerna visar gemensamt på ett större bortfall bland; män, utlandsfödda personer, personer med utländskt medborgarskap, äldre, gifta samt personer hemmahörande på glesbygden.

Tabell 5. *Frekvens samt procentuell fördelning av svarande, intervjuade, internt och externt bortfall samt urvalet inom de olika demografiska grupperna*

	Svarande SCB		Intervjuade		Bortfall SCB		Bortfall Internt		Urval SCB	
Kolumn %	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Kön										
Män	139	42,6	108	40,4	754	50,8	31	52,5	893	49,4
Kvinnor	187	57,4	159	59,6	729	49,2	28	47,5	916	50,6
Samtliga	326	100	267	100	1483	100	59	100	1809	100
5-årsklasser										
20 - 24	60	18,4	43	16,1	197	13,3	17	28,8	257	14,2
25 - 29	57	17,5	49	18,4	217	14,6	8	13,6	274	15,1
30 - 34	47	14,4	40	15,0	218	14,7	7	11,9	265	14,6
35 - 39	42	12,9	33	12,4	198	13,4	9	15,3	240	13,3
40 - 44	46	14,1	41	15,4	256	17,3	5	8,5	302	16,7
45 - 49	38	11,7	29	10,9	175	11,8	9	15,3	213	11,8
50 - 54	30	9,2	26	9,4	190	12,8	4	6,8	220	12,2
55 - 59	6	1,8	6	2,6	32	2,2	0	0	38	2,1
Samtliga	326	100	267	100	1483	100	59	100	1809	100
Civilstånd										
Gifta	96	29,4	78	29,2	569	38,4	18	30,5	665	36,8
Övriga	230	70,6	189	70,8	914	61,6	41	69,5	1144	63,2
Samtliga	326	100	267	100	1483	100	59	100	1809	100
Födelseland										
Sverige	288	88,3	240	89,9	1128	76,1	48	81,4	1416	78,3
Utlandet	38	11,7	27	10,1	355	23,9	11	18,6	393	21,7
Samtliga	326	100	267	100	1483	100	59	100	1809	100
Medborgarskap										
Svenskt	308	94,5	251	94,0	1338	90,2	57	96,6	1646	91
Utländskt	18	5,5	16	6,0	145	9,8	2	3,4	163	9
Samtliga	326	100	267	100	1483	100	59	100	1809	100
Region										
Storstäder	137	42,0	119	44,6	613	41,3	18	30,5	750	41,5
Förort	54	16,6	42	15,7	253	17,1	12	20,3	307	17
Större städer	115	35,3	89	33,3	481	32,4	26	44,1	596	32,9
Glesbygd	20	6,1	17	6,4	136	9,2	3	5,1	156	8,6
Samtliga	326	100	267	100	1483	100	59	100	1809	100

Jämförelsedata från andra studier

Från SCB´s befolkningsregister tabell över *”Befolkning 16-74 år efter kommun, utbildningsnivå, ålder och kön”* samt *”Befolkning efter kommun, civilstånd, ålder och kön”* framtogs statistik avseende de demografiska variablerna kön, utrikes födda, utrikes medborgare och civilstånd för åldersgruppen 20-55 år. Värden framtogs för riket totalt, samt för de enskilda urvalskommunerna. Dessutom framtogs data ur utbildningsregistrets tabell *”Befolkning 16-74 år efter kommun, utbildningsnivå, ålder och kön”*. Värden i hämtade data var daterade 31:a december 2007 (SCB 2008). Med hjälp av dessa data beräknades även aggregerade data för ovannämnda variabler beträffande alla urvalsorterna totalt, samt för urvalet fördelad på region.

Till följd av det stora bortfallet i föreliggande studie antogs en snedfördelning föreligga. För att erhålla en uppfattning om hur urvalets beskaffenhet kunde tänkas

påverka resultaten undersöktes olika demografiska gruppers betydelse för resultaten i andra studier med associerade problemområden.

Statens Folkhälsoinstitut (FHI) ber årligen ett slumpmässigt urval av den svenska befolkningen svara på en rad hälsorelaterade frågor genom folkhälsoenkäten *”Hälsa på lika villkor”*. Datamaterialet från 2007 är baserat på 5738 personer i åldern 16-84 år (FHI, 2008). Flera frågor i Folkhälsoenkäten överensstämmer väl med frågor i ASI-intervjun. Utvalda resultat från enkäten är publicerad på FHIs webbsidor. Från dessa tabeller aggregerades data för män, kvinnor och de bäst matchade åldergrupperna, 16-29, 30-44, 45-64. Den totala procentandelen för utvalda variabler beräknades och presenterades i tabellform för jämförelse med data från föreliggande studie.

Databearbetning

Tre åldersgrupper skapades med relativt lika antal respondenter i varje åldersgrupp. Åldersfördelningen inom grupperna kom att bli 20 – 29 år, 30 – 41 år samt 42 – 55 år. Inga signifikanstest genomfördes då så gott som alla fördelningar var mycket sneda och väldigt många jämförelser genomfördes vilket skulle skapa problem med massignifikans och ett beroende mellan de enskilda testen (collinearitet) (Howell, 2007). Eftersom svaren förmodades vara starkt snedfördelade i en normalgrupp bedömdes det ej meningsfullt att göra jämförelser mellan grupper av respondenter med hjälp av medelvärdestest. Detta då i princip inga skillnader kunde förväntas bli särskilt stora. Ett alternativ var att identifiera en grupp med problem och en grupp som i stort sett var problemfri. På så sätt kunde graden av problem i en extrem normalgrupp jämföras med en relativt problemfri grupp inom olika områden. För att få fram en problemgrupp och en grupp med mindre problem gjordes en klusteranalys (K-means med 2 kluster) på variabeln problem de sista 30 dagarna för varje område. För att undersöka om skillnaderna mellan de två grupperna var signifikanta gjordes oberoende F-test för varje område.

Ett flertal variabler valdes ut för att undersöka hur frekvenser av angivna problem fördelade sig på de båda klustren. Urvalet av variabler gjordes utifrån en bedömning av datas beskaffenhet (med mycket låga problemangivelser för flera variabler och i synnerhet för problem senaste 30 dagarna), samt utifrån vilka variabler som antogs vara av kliniskt intresse och dessutom jämförbara med andra studier. Composite Scores beräknades enligt ASI-manualen (Andréasson et. al., 1999). Medelvärden och standardavvikelse för problemnivåer togs fram för urvalet totalt, samt fördelat på kön, ålder och region. På grund av de låga problemnivåerna som uppmättes, samt i syfte att skapa variabler som bättre kunde jämföras mot andra studier skapades ett antal dikotoma jämförelsevariabler. Dessa skapades genom att data kodades så att alla indikationer på problem över 0, definierades som ”anger problem”. Samtliga utvalda variabler som mätte problem senaste 30 dagar, samt tidigare i livet kodades till en variabel som mätte förekomst av problem någon gång eller ej. Detta med undantag av variablerna oro/besvär, druckit samt druckit till berusning senaste 30 dagar som användes i sin ursprungliga form. Även variablerna som avsåg mäta frekvens av behandling inom öppen respektive slutenvård för psykiska eller känslomässiga

problem omkodades på liknande sätt till en ny variabel. I de variabler som i ASI avser mäta upplevd förekomst av psykiska symtom, skiljs förekomst av sådana till följd av drogpåverkan från förekomst utan drogpåverkan. I föreliggande studie aggregerades alla former av psykiska symtom till att enbart omfatta förekomst eller ej.

Frekvenserna för de utvalda variablerna beräknades sedan för varje kluster, även köns-, ålders- och regionsfördelning inom dessa framtogs. För vissa utvalda variabler inom alkohol och narkotika området beräknades även frekvenser för användande senaste 30 dagarna, samt debutålder. För att mäta styrkan på sambandet mellan problemangivelse och klustertillhörighet beräknades Odds Ratio för de aktuella variablerna (Howell, 2007). Procentuella medelvärden för variablerna: oro/besvär senaste 30 dagarna, hjälpbehov, samt intervjuarskattningar inom respektive ASI-området beräknades. Slutligen beräknades fördelningarna av dessa procentuella medelvärden för kön, åldersgrupp och urvalsort.

Resultat

Representativitetsanalys

I syfte att erhålla en bild av urvalets representativitet gentemot motsvarande åldersgrupp (20 – 55 år) i normalbefolkningen gjordes en jämförelse av gruppen intervjuade på fyra nivåer. Den första nivån omfattar urvalspopulationen för respektive ort, förutom glesbygdsorterna vilka presenteras samlad. Därefter följer urvalspopulationen fördelad på storstad, större städer och glesbygd. Den tredje nivån omfattar den totala urvalspopulationen, slutligen beskrivs urvalets representativitet gentemot data på nationell nivå. Analysen byggde på en jämförelse mellan de intervjuade och populationen avseende tillgängliga demografiska variabler. Populationssiffrorna avser situationen i Sverige beträffande de i följande tabeller presenterade variabler den 31.december 2007. I tabell 6 och 7 redovisas frekvenserna för den första nivån.

Tabell 6. *Frekvens samt procentuell fördelning av urvalet i relation till populationen 20-55 år i Stockholm och Malmö*

		Stockholm				Malmö			
		Population		Intervjuade		Population		Intervjuade	
Beskrivning		n	%	n	%	n	%	n	%
Kön	Män	254958	50,3	36	39,1	74862	50,6	24	35,8
	Kvinnor	251587	49,7	56	60,9	72975	49,4	43	64,2
Utri.	Utrikes födda	133237	26,3	8	8,7	54075	36,6	14	20,9
	Utl. medborg.	59434	11,7	5	5,4	23992	16,2	6	9
Utbildning	Ej avslutad gr. skola	11818	2,3	0	0	5279	3,6	0	0
	Grundskola	43656	8,6	2	2,1	14052	9,5	8	11,9
	Gymnasium	186821	36,9	41	44,6	58773	39,8	12	18
	Högskola/universitet	250256	49,4	49	53,3	62072	41,9	47	70,1
	Uppgift saknas	13994	2,8			7661	5,2		
Civ.	Gifta	167394	33	29	31,5	52949	35,8	21	31,3
	Totalt	506545	100	92	100	147837	100	67	100

Tabell 7. *Frekvens samt procentuell fördelning av urvalet i relation till populationen 20-55 år i Jönköping, Umeå och glesbygd*

		Jönköping				Umeå				Glesbygd			
		Population		Intervjuade		Population		Intervjuade		Population		Intervjuade	
	Beskrivning	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Kön	**Män**	29704	50,9	17	39,5	30122	50,7	22	45,9	4778	52,7	9	52,9
	Kvinnor	28560	49,1	26	60,5	29273	49,3	26	54,1	4294	47,3	8	47,1
Utri.	**Utrikes födda**	10092	17,3	2	4,7	6801	11,5	3	6,3	544	6	0	0
	Utl. medborg.	3318	5,7	0	0	3571	6	0	0	343	3,8	0	0
Utbildning	**Ej avslutad gr. skola**	1428	2,5	0	0	470	0,8	1	2,1	135	1,5	1	5,9
	Grundskola	5561	9,5	2	4,7	3344	5,6	3	6,3	1014	11,2	1	5,9
	Gymnasium	28504	48,9	23	53,4	23854	40,2	17	35,4	5962	65,7	9	52,9
	Högskola/universitet	21962	37,8	18	41,9	31096	52,4	27	56,2	1874	20,7	6	35,3
	Uppgift saknas	809	1,3			631	1			87	0,9		
Civ.	**Gifta**	24334	41,8	11	25,6	17524	29,5	12	25	3220	35,5	5	29,4
	Totalt	58264	100	43	100	59395	100	48	100	9072	100	17	100

Av tabellerna kan man fastslå att en snedfördelning förelåg. Bland de intervjuade var gruppen utrikes födda, liksom personer med utländskt medborgarskap, samt grupper med lägre utbildningsnivå underrepresenterade på samtliga orter. Bland de som intervjuats var kvinnor överrepresenterade på alla orter förutom på glesbygden. Gruppen gifta tenderade att vara underrepresenterade. Utmärkande var gruppen med högskoleutbildning i Malmö, vilka utgjorde 70,1% av de intervjuade från denna urvalsort. Detta att jämföra med 41,9% i populationen.

I tabell 8 och 9 redogörs frekvenserna i de tre övriga nivåerna. Här framgår att samma snedfördelning förelåg som på den första nivån avseende gruppen män, utrikes födda, utländska medborgare, samt grupper med lägre utbildningsnivå. Jämfört med riket totalt skiljer sig fördelning mellan intervjuade som var gifta och övriga sig på mindre än en procent. I urvalet är 250 bosatta i regionerna ”Stor stad” eller ”Större städer”, mot 17 på glesbygden, detta återspeglar inte populationens fördelningar.

Tabell 8. *Frekvens samt procentuell fördelning av urvalet i relation till populationen 20-55 år i Riket och urvalsorterna samlat*

		Riket		Bostadsort		Urval	
		Population		Population		Intervjuade	
	Beskrivning	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**
Kön	**Män**	2185041	50,9	394424	50,5	108	42,6
	Kvinnor	2105247	49,1	386689	49,5	159	57,4
Utri.	**Utrikes födda**	748623	17,4	204749	26,2	27	10,1
	Utl. Medborgarskap	330206	7,7	90658	11,6	16	6,0
Utbildning	**Ej avslutad gr. skola**	91496	2,1	19130	2,4	2	0,8
	Grundskola	452124	10,5	67627	8,7	16	6,0
	Gymnasium	2108246	49,1	303914	38,9	102	38,2
	Högskola/universitet	1558529	36,3	367260	47,0	147	55,1
	Uppgift saknas	79893	1,9	23182	3,0		
Civ.	**Gifta**	1305693	30,4	265421	34	78	29,2
	Totalt	4290288	100	781113	100	267	100

Tabell 9. *Frekvens samt procentuell fördelning av urvalet i relation till populationen 20-55 år i de olika regionerna*

		Stor stad				Större städer				Gledsbygd			
		Population		Intervjuade		Population		Intervjuade		Population		Intervjuade	
Beskrivning		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kön	**Män**	329820	50,4	60	37,7	59826	50,8	39	42,9	4778	52,7	9	52,9
	Kvinnor	324562	49,6	99	62,3	57833	49,2	52	57,1	4294	47,3	8	47,1
Utri.	**Utrikes födda**	187312	28,6	22	13,8	16893	14,4	5	5,5	544	6	0	0
	Utl. Medborgarskap	83426	12,7	11	6,9	6889	5,9	0	0	343	3,8	0	0
Utbildning	**Ej avslutad gr. skola**	17097	2,6	0	0	1898	1,6	1	1,1	135	1,5	1	5,9
	Grundskola	57708	8,8	10	6,3	8905	7,8	5	5,5	1014	11,2	1	5,9
	Gymnasium	74805	11,4	53	33,3	52358	44,5	40	44	5962	65,7	9	52,9
	Högskola/universitet	312328	47,7	96	60,4	53058	45,1	45	49,5	1874	20,7	6	35,3
	Uppgift saknas	21655	3,3			1440	1,2			87	0,9		
Civ.	**Gifta**	220343	33,7	50	31,4	41858	35,6	23	25,3	3220	35,5	5	29,4
	Totalt	654382	100	159	100	117659	100	91	100	9072	100	17	100

På grund av den snedfördelning som förelåg inom urvalet, undersöktes även vilken påverkning detta potentiellt skulle kunna ha för problemnivåerna inom de olika ASI-områdena.

Inom fysisk hälsa visar bland annat Folkhälsorapporten 2005 att den fysiska ohälsan ökar med stigande ålder, att kvinnor i något högre grad än män uppgett att de hade någon långvarig sjukdom eller besvär, och att sjukdomen i högre grad medför nedsatt arbetsförmåga bland kvinnor än bland män. Vidare visade rapporten att individer med lägre utbildningsnivå bedömde sin hälsa som sämre än de med högre utbildningsnivå, samt att individer med utländsk bakgrund i högre grad än svenskar angav dålig hälsa (Socialstyrelsen, 2005).

Vad gäller området arbete och försörjning visade Arbetskraftsundersökningarna 1à kvartalet 2008 betydligt högre arbetslöshet bland utrikes födda (12,0 %), högre andel arbetslösa bland kvinnor (6,6 %) än män (6,0 %), samt att arbetslösheten var högre bland ungdomar i ålder 15-24 år (SCB b, 2008). Beträffande utbildningsnivå visade Arbetskraftsundersökningarna 2007 att det förelåg högre arbetslöshet bland de med förgymnasial utbildning (12,8 %) än för de med gymnasial utbildning (5,2 %). Lägst var den för de med eftergymnasial utbildning (3,9 %) (SCB c, 2008).

Inom området alkohol har tidigare studier visat att mäns konsumtion var dubbelt så stor som kvinnors och att den högsta alkoholkonsumtionen fanns bland de yngre i åldersgrupperna 16-29 (Boman, Selin, Ramstedt, Svensson, 2007).

Vad angår narkotikaområdet har studier funnit att det normalt var dubbelt så många män med narkotikaerfarenhet som det var kvinnor, narkotikaerfarenhet var vanligare bland yngre jämfört med äldre, samt att narkotikaerfarenheten var större i storstadsområden (Centralförbundet för Alkohol och Narkotikaupplysning (CAN), 2007).

Brottsstatistik har visat att 80 % av dem som misstänktes för brott var män. Avseende åldersfördelningen av misstänkta personer utgjorde de mellan 30 och 49 år den åldersgrupp som mest frekvent var misstänkta för brott (Brottsförebyggande Rådet (BRÅ), 2007). Tidigare statistik (Brå 2005) har visat på liknande tendenser

samt att utrikes födda personer 2,1 gånger oftare var misstänkta för brott än inrikes födda.

Beträffande området familj och umgänge, och mer specifik utsatthet för olika typer av misshandel, visade BRÅ i Trygghetsundersökningen 2007 att unga (16- 24 år) var mest utsatta för hot, och att några könsskillnader ej framkom i statistiken. Denna grupp var också den som mest frekvent utsatts för trakasserier, skillnaderna gentemot andra åldersgrupper var dock mindre uttalade. Vad gäller fysisk misshandel drabbade även denna form yngre i större utsträckning, och då framförallt unga män. I rapporten poängterades att det är rimligt att anta en underrapportering bland kvinnorna. Av rapporten framgick att unga kvinnor var den grupp som var mest utsatta för sexualbrott i alla former. Frekvensen av de som utsatts för hot var större bland storstadsinvånare jämfört med invånare i mindre städer och glesbygd. Det förelåg inga tydliga skillnader beträffande utsatthet för hot i relation till personer med utländsk eller svensk bakgrund, inte heller för utbildningsnivå (BRÅ, 2008).

Slutligen har studier relaterat till området psykisk hälsa visat att den psykiska hälsan var sämre bland män och kvinnor i storstadsområden. Det var vanligare att kvinnor led av psykisk ohälsa än män, samt att unga vuxna kvinnor i jämförelse med män i samma ålder, och gentemot äldre kvinnor hade sämre psykiskt välbefinnande. Kvinnor med lång utbildning har visat sig ha nedsatt psykiskt välbefinnande gentemot kvinnor med kort utbildning (Wadman, Boström, Karlsson, 2007).

Sett till betydelsen av ovannämnda demografiska variabler kan det konstateras att urvalets sneda fördelning kan tänkas påverka föreliggande studies resultat på olika sätt beroende på vilket område som fokuseras. Detta redovisas i tabell 10 nedan, där riktningen för underrepresenterade gruppers tänkta påverkan på problemnivåerna anges. I tabellen representerar ordet ”högre” en förmodad högre problemnivå, medan ordet ”lägre” indicerar det motsatta.

Tabell 10. *Underrepresenterade gruppers förmodade påverkan på studiens resultat*

	Män	**Utr. födda**	**Äldre**	**Lägre utb.**	**Glesbygd**
Fysisk hälsa	högre	lägre	lägre	lägre	
Arbete och försörjning	högre	lägre	högre	lägre	
Alkohol	lägre	högre	högre		
Narkotika	lägre		högre		högre
Rättsliga problem	lägre	lägre	högre		
Familj och umgänge	högre				högre
Psykisk hälsa	högre		lägre	högre	högre

Urvalets problemnivåer inom respektive ASI-område

För att beskriva problemnivåerna inom samtliga områden i ASI beräknades medelvärde (M) och standardavvikelse (Sd) för variablerna; antal dagar med problem samt grad av oro/besvär de senaste 30 dagarna, behov av hjälp, intervjuarskattning samt CS. I tabellform presenteras värden för de olika undergrupperna kön, åldersklasser och regioner för respektive ASI-område.

Tabell 11. *Medelvärden och standardavvikelse för problemdagar, oro/besvär, hjälpbehov, intervjuarskattning samt CS för området fysisk hälsa fördelat på kön, ålder och region*

			Probl. sen. 30 dagar	Oro/besv. 30 dagar	Behov av hjälp	Intervjuar skattning		Composite Score
		n	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	n	M (Sd)
Totalt		267	4.54 (8.42)	.86 (1.01)	.66 (1.18)	.57 (1.32)	267	.18 (.22)
Kön	Män	108	3.48 (6.92)	.73 (.90)	.56 (1.04)	.31 (.68)	108	.15 (.19)
	Kvinnor	159	5.25 (9.26)	.95 (1.08)	.73 (1.26)	.75 (1.59)	159	.20 (.24)
Åldersgr.	20-29	92	3.24 (5.91)	.78 (.92)	.66 (1.15)	.41 (.89)	92	.16 (.19)
	30-41	86	4.99 (8.91)	.88 (1.00)	.69 (1.25)	.41 (1.05)	86	.19 (.23)
	42-55	89	5.44 (9.94)	.92 (1.12)	.64 (1.15)	.80 (1.81)	89	.19 (.25)
män	20-29	30	3.2 (4.73)	.80 (.89)	.53 (.97)	.20 (.48)	30	.15 (.16)
	30-41	41	4.51 (8.87)	.80 (.90)	.63 (1.16)	.34 (.73)	41	.17 (.21)
	42-55	37	2.57 (5.92)	.59 (.93)	.51 (.99)	.38 (.76)	37	.12 (.19)
kvinnor	20-29	62	3.26 (6.44)	.77 (.95)	.73 (1.23)	.52 (1.02)	62	.16 (.20)
	30-41	45	5.42 (9.04)	.96 (1.09)	.73 (1.34)	.67 (1.26)	45	.20 (.25)
	42-55	52	7.48 (11.64)	1.15 (1.19)	.73 (1.25)	1.10 (2.24)	52	.24 (.27)
Region	Storstad	159	4.58 (8.14)	.92 (1.03)	.62 (1.09)	.53 (1.17)	159	.18 (.22)
	Stör.städer	91	4.70 (9.06)	.85 (1.03)	.77 (1.32)	.71 (1.60)	91	.19 (.25)
	Glesbygd	17	3.18 (7.82)	.41 (.62)	.47 (1.18)	.24 (.75)	17	.11 (.14)

Tabell 11 visar att kvinnornas medelvärden för samtliga variabler inom området fysisk hälsa var högre än männens. Beträffande åldersgrupper tenderade äldre att skatta högre än yngre på samtliga variabler, förutom behov av hjälp. Detta mönster fanns också beträffande intervjuarskattning samt CS. Vad gäller regionala skillnader fanns tendens till högre skattning bland personer i större städer på samtliga variabler förutom oro/besvär. Personer hemmahörande på glesbygd skattade lägre på samtliga variabler.

Tabell 12. *Medelvärden och standardavvikelse för problemdagar, oro/besvär, hjälpbehov, intervjuarskattning samt CS för området arbete och försörjning fördelat på kön, ålder och region*

			Probl. sen. 30 dagar	Oro/besv. 30 dagar	Behov av hjälp	Intervjuar skattning		Composite Score
		n	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	n	M (Sd)
Totalt		267	2.21 (7.21)	.73 (1.22)	.52 (1.09)	.51 (1.25)	224	.14 (.22)
Kön	Män	108	2.12 (7.17)	.54 (1.14)	.41 (1.06)	.34 (.91)	93	.12 (.23)
	Kvinnor	159	2.27 (7.25)	.86 (1.26)	.60 (1.10)	.62 (1.44)	131	.15 (.22)
Åldersgr.	20-29	92	1.91 (6.20)	.91 (1.24)	.64 (1.03)	.57 (1.32)	61	.19 (.24)
	30-41	86	2.37 (7.78)	.71 (1.26)	.41 (1.00)	.45 (1.14)	77	.16 (.24)
	42-55	89	2.36 (7.66)	.55 (1.15)	.51 (1.22)	.49 (1.30)	86	.08 (.18)
män	20-29	30	.57 (2.60)	.43 (.86)	.37 (.85)	.27 (.74)	21	.25 (.21)
	30-41	41	3.59 (9.38)	.66 (1.28)	.39 (1.02)	.41 (.89)	36	.08 (.22)
	42-55	37	1.76 (6.71)	.49 (1.19)	.46 (1.26)	.32 (1.06)	36	.07 (.18)
kvinnor	20-29	62	2.56 (7.27)	1.15 (1.33)	.77 (1.09)	.71 (1.51)	40	.16 (.21)
	30-41	45	1.27 (5.85)	.76 (1.26)	.42 (.99)	.49 (1.34)	41	.23 (.24)
	42-55	52	2.79 (8.31)	.60 (1.12)	.54 (1.20)	.62 (1.44)	50	.09 (.17)
Region	Storstad	159	2.91 (8.26)	.84 (1.28)	.59 (1.16)	.50 (1.16)	131	.14 (.22)
	Stör.städer	91	1.32 (5.55)	.60 (1.17)	.45 (1.00)	.53 (1.41)	78	.17 (.24)
	Glesbygd	17	.41 (1.70)	.35 (.70)	.24 (.75)	.47 (1.28)	15	.02 (.10)

I tabell 12 ses att kvinnornas medelvärden för samtliga variabler inom området arbete och försörjning var högre än männens. Yngre personer rapporterade färre antal problemdagar, däremot uppgav de större grad av oro/besvär samt ett högre behov av hjälp. Även intervjuarskattningarna samt CS var högst för denna grupp. Beträffande regioner rapporterades flest problemdagar, högst oro/besvär samt behov av hjälp i storstadsgruppen. Intervjuarskattningar och CS var högst i större städer. Personer hemmahörande på glesbygd skattade lägre på samtliga variabler.

Tabell 13. *Medelvärden och standardavvikelse för problemdagar, oro/besvär, hjälpbehov, intervjuarskattning samt CS för området alkoholanvändning fördelat på kön, ålder och region*

			Probl. sen. 30 dagar	Oro/besv. 30 dagar	Behov av hjälp	Intervjuar skattning		Composite Score
		n	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	n	M (Sd)
Totalt		267	.02 (.25)	.08 (.44)	.03 (.21)	.11 (.71)	267	.12 (.09)
Kön	Män	108	.00 (.00)	.06 (.30)	.05 (.25)	.08 (.39)	108	.13 (.09)
	Kvinnor	159	.03 (.33)	.09 (.51)	.02 (.18)	.13 (.87)	159	.11 (.09)
Åldersgr.	20-29	92	.05 (.43)	.10 (.45)	.07 (.29)	.12 (.64)	92	.13 (.10)
	30-41	86	.00 (.00)	.06 (.32)	.00 (.00)	.06 (.35)	86	.11 (.08)
	42-55	89	.00 (.00)	.08 (.53)	.02 (.21)	.16 (.99)	89	.11 .09)
män	20-29	30	.00 (00)	.13 (.43)	.10 (.31)	.07 (.37)	30	.17 (.07)
	30-41	41	.00 (00)	.05 (.31)	.00 (.00)	.10 (.49)	41	.12 (.09)
	42-55	37	.00 (00)	.00 (.00)	.05 (.33)	.08 (.28)	37	.11 (.09)
kvinnor	20-29	62	.08 (.52)	.08 (.45)	.05 (.28)	.15 (.74)	62	.12 (.10)
	30-41	45	.00 (.00)	.07 (.33)	.00 (.00)	.02 (.15)	45	.10 (.08)
	42-55	52	.00 (.00)	.13 (.69)	.00 (.00)	.21 (1.27)	52	.12 (.09)
Region	Storstad	159	.03 (.32)	.09 (.44)	.04 (.26)	.11 (.54)	159	.13 (.09)
	Stör.städer	91	.01 (.10)	.08 (.48)	.01 (.10)	.13 (.99)	91	.11 (.09)
	Glesbygd	17	.00 (.00)	.00 (00)	.00 (.00)	.00 (.00)	17	.08 (.07)

Tabell 13 visar att inom problemområdet alkoholanvändning var samtliga värden nära noll. Kvinnor skattade högre på variablerna problemdagar och oro, medan männen skattade högre behov av hjälp. Intervjuarskattningarna var högre för kvinnorna medan CS var högre för männen. Beträffande åldersgrupper skattade yngre högre på samtliga variabler förutom intervjuarskattningen, där den äldsta gruppen skattades högst. Inom storstadsregionerna uppgavs högst värde på samtliga variabler med undantag av intervjuarskattningarna vilka var högst för större städer. Personer hemmahörande på glesbygd skattade noll på samtliga variabler förutom CS.

Tabell 14. *Medelvärden och standardavvikelse för problemdagar, oro/besvär, hjälpbehov, intervjuarskattning samt CS för området narkotikaanvändning fördelat på kön, ålder och region*

			Probl. sen. 30 dagar	Oro/besv. 30 dagar	Behov av hjälp	Intervjuar skattning		Composite Score
		n	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	n	M (Sd)
Totalt		267	.22 (2.59)	.04 (.36)	.02 (.27)	.09 (.72)	267	.01 (.04)
Kön	Män	108	.00 (.00)	.03 (.29)	.00 (.00)	.02 (.14)	108	.00 (.02)
	Kvinnor	159	.38 (3.35)	.05 (.40)	.04 (.55)	.13 (.93)	159	.01 (.05)
Åldersgr.	20-29	92	.33 (3.13)	.08 (.45)	.02 (.21)	.12 (.77)	92	.01 (.04)
	30-41	86	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	86	.00 (.02)
	42-55	89	.34 (3.18)	.04 (.42)	.04 (.42)	.13 (.98)	89	.01 (.06)
män	20-29	30	.00 (.00)	.10 (.55)	.00 (.00)	.03 (.18)	30	.01 (.02)
	30-41	41	.00 (.00)	.00 (00)	.00 (.00)	.00 (.00)	41	.03 (.03)
	42-55	37	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.03 (.16)	37	.00 (.01)
kvinnor	20-29	62	.48 (3.81)	.06 (.40)	.03 (.25)	.02 (.14)	62	.01 (.05)
	30-41	45	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	45	.00 (.01)
	42-55	52	.58 (4.16)	.08 (.55)	.08 (.55)	.21 (1.27)	52	.01 (.07)
Region	Storstad	159	.19 (2.38)	.04 (.34)	.01 (.16)	.09 (.61)	159	.01 (.03)
	Stör.städer	91	.33 (3.14)	.04 (.42)	.04 (.42)	.10 (.94)	91	.01 (.06)
	Glesbygd	17	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	17	.01 (.03)

Tabell 14 visar att inom problemområdet narkotikaanvändning var samtliga värden nära noll. De som rapporterat problem på aktuella variabler var kvinnor i den yngsta och äldsta åldersgruppen.

Tabell 15. *Medelvärden och standardavvikelse för problemdagar, oro/besvär, hjälpbehov, intervjuarskattning samt CS för området rättsliga problem fördelat på kön, ålder och region*

			Probl. sen. 30 dagar	Oro/besv. 30 dagar	Behov av hjälp	Intervjuar skattning		Composite Score
		n	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	n	M (Sd)
Totalt		267	.06 (.92)	.03 (.24)	.01 (.12)	.06 (.61)	267	.00 (.03)
Kön	Män	108	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.01 (.10)	108	.00 (.02)
	Kvinnor	159	.09 (1.19)	.04 (.30)	.01 (.16)	.10 (.79)	159	.00 (.04)
Åldersgr.	20-29	92	.16 (1.56)	.04 (.25)	.02 (.21)	.11 (.75)	92	.01 (.05)
	30-41	86	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	86	.00 (.00)
	42-55	89	.00 (.00)	.03 (.32)	.00 (.00)	.08 (.74)	89	.00 (.02)
män	20-29	30	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.03 (.18)	30	.01 (.04)
	30-41	31	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	41	.00 (.00)
	42-55	37	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	37	.00 (.00)
kvinnor	20-29	62	.24 (1.91)	.06 (.31)	.03 (.25)	.15 (.90)	62	.01 (.05)
	30-41	45	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	45	00 (.00)
	42-55	52	.00 (.00)	.06 (.42)	.00 (.00)	.13 (.97)	52	.00 (.03)
Region	Storstad	159	.09 (1.19)	.03 (.19)	.01 (.16)	.06 (.57)	159	.00 (.04)
	Stör.städer	91	.00 (.00)	.03 (.31)	.00 (.00)	.08 (.73)	91	.00 (.02)
	Glesbygd	17	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	.00 (.00)	17	.00 (.00)

Av tabell 15, rättsliga problem, framgår att samtliga värden var nära noll. De enskilda personer som rapporterat problem på aktuella variabler var kvinnor.

Tabell 16. *Medelvärden och standardavvikelse för problemdagar, oro/besvär, hjälpbehov, intervjuarskattning samt CS för området familj och umgänge fördelat på kön, ålder och region*

			Probl. sen. 30 dagar	Oro/besv. 30 dagar	Behov av hjälp	Intervjuar skattning		Composite Score
		n	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	n	M (Sd)
Totalt		267	.90 (4.56)	.75 (1.18)	.38 (.99)	.58 (1.33)	267	.18 (.14)
Kön	Män	108	.63 (3.22)	.59 (.99)	.31 (.86)	.49 (1.12)	108	.17 (.11)
	Kvinnor	159	1.08 (5.27)	.86 (1.28)	.43 (1.06)	.65 (1.45)	159	.19 (.15)
Åldersgr.	20-29	92	.93 (4.49)	.84 (1.19)	.37 (.91)	.68 (1.38)	92	.19 (.14)
	30-41	86	.71 (3.56)	.69 (1.09)	.45 (1.08)	.62 (1.30)	86	.18 (.14)
	42-55	89	1.04 (5.44)	.73 (1.25)	.33 (.97)	.45 (1.30)	89	.18 (.13)
män	20-29	30	.47 (1.31)	.70 (1.02)	.27 (.69)	.47 (.94)	30	.18 (.11)
	30-41	41	1.32 (5.07)	.71 (1.12)	.46 (1.12)	.66 (1.26)	41	.19 (.14)
	42-55	37	.00 (.00)	.38 (.76)	.19 (.62)	.32 (1.11)	37	.14 (.07)
kvinnor	20-29	62	1.16 (5.39)	.90 (1.26)	.42 (1.00)	.79 (1.55)	62	.20 (.15)
	30-41	45	.16 (.67)	.67 (1.07)	.44 (1.06)	.58 (1.36)	45	.17 (.13)
	42-55	52	1.79 (7.06)	.98 (1.46)	.42 (1.16)	.54 (1.42)	52	.21 (.16)
Region	Storstad	159	1.43 (5.82)	.92 (1.29)	.50 (1.12)	.70 (1.39)	159	.20 (.15)
	Stör.städer	91	.14 (.78)	.46 (.92)	.24 (.77)	.46 (1.29)	91	.16 (.11)
	Glesbygd	17	.00 (.00)	.71 (.99)	.00 (.00)	.18 (.73)	17	.15 (.06)

Tabell 16 visar problemområdet familj och umgänge. I tabellen kan ses att kvinnornas medelvärden för samtliga variabler inom området var högre än männens. Kvinnor i åldersgruppen 42 – 56 år skattade högst antal dagar av problem samt högst grad av oro. Behov av hjälp skattades högst av män i åldersgruppen 30 – 41 år medan intervjuarskattning liksom CS var högst för gruppen kvinnor i åldern 20 – 29 år. Samtliga variabler inom området skattades högst av gruppen storstad medan boende på glesbygg totalt sett skattade lägst.

Tabell 17. *Medelvärden och standardavvikelse för problemdagar, oro/besvär, hjälpbehov, intervjuarskattning samt CS för området psykisk hälsa fördelat på kön, ålder och region*

			Probl. sen. 30 dagar	Oro/besv. 30 dagar	Behov av hjälp	Intervjuar skattning		Composite Score
		n	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	M (Sd)	n	M (Sd)
Totalt		267	2.81 (7.09)	.60 (1.10)	.42 (1.03)	.64 (1.39)	238	.08 (.13)
Kön	Män	108	1.71 (5.41)	.42 (.94)	.27 (.83)	.42 (.98)	100	.05 (.11)
	Kvinnor	159	3.56 (7.96)	.72 (1.18)	.52 (1.14)	.79 (1.60)	138	.09 (.14)
Åldersgrp.	20-29	92	3.59 (7.39)	.79 (1.21)	.62 (1.17)	.90 (1.63)	81	.10 (.15)
	30-41	86	2.34 (6.39)	.52 (1.04)	.41 (1.06)	.62 (1.24)	80	.07 (.10)
	42-55	89	2.47 (7.41)	.47 (1.01)	.21 (.82)	.38 (1.22)	77	.07 (.14)
män	20-29	30	1.60 (3.86)	.57 (1.17)	.27 (.64)	.40 (.81)	28	.06 (.13)
	30-41	41	2.34 (6.65)	.46 (.98)	.39 (1.07)	.54 (1.16)	38	.06 (.12)
	42-55	37	1.11 (5.00)	.24 (.64)	.14 (.67)	.30 (.88)	34	.04 (.09)
kvinnor	20-29	62	4.55 (8.46)	.90 (1.22)	.79 (1.32)	1.15 (1.86)	53	.11 (.16)
	30-41	45	2.33 (6.21)	.58 (1.10)	.42 (1.06)	.69 (1.31)	42	.07 (.09)
	42-55	52	3.44 (8.65)	.63 (1.19)	.27 (.91)	.44 (1.42)	43	.09 (.16)
Region	Storstad	159	3.29 (7.63)	.67 (1.13)	.48 (1.07)	.69 (1.35)	136	.09 (.14)
	Stör.städer	91	2.46 (6.66)	.53 (1.06)	.34 (.99)	.62 (1.51)	85	.06 (.12)
	Glesbygd	17	.24 (.97)	.29 (.99)	.24 (.97)	.29 (1.21)	17	.03 (.09)

Inom problemområdet psykisk hälsa framgår det av tabell 17 att kvinnornas medelvärden för samtliga variabler inom området var högre än männens. Gruppen kvinnor 20 – 29 år skattade högre på samtliga variabler inom området jämfört med övriga grupper. För regionerna var medelvärdet för samtliga variabler inom området högst för gruppen storstad.

Klusterindelning; en grupp ”högre problemnivå”, en grupp ”lägre problemnivå”

Då fördelningen gällande problemnivåer visade sig vara mycket snedfördelad (se bilaga 3), bedömdes studie med hjälp av medelvärdestest ej ändamålsenlig. I stället valdes att göra en klusterindelning, med hjälp av K-means med två kluster på den variabel som anger hur många av de sista 30 dagarna som man upplevt sig ha problem inom de sju områdena som mäts med ASI. Genom detta skapades en grupp *”lägre problemnivå”* Q1, respektive en grupp *”högre problemnivå”* Q2. Medelålder för kluster Q1 kom att bli 35,7 år, (Sd=10,2) och för Q2 35,8 år (Sd=10,0). I tabell 18 nedan anges medelvärde för respektive problemområde fördelat på de två klustren. Skillnaderna i medelvärde för variabeln problem senaste 30 dagar inom områdena fysisk hälsa, arbete och försörjning, samt psykisk hälsa var signifikant mellan de två klustren ($p<.001$). Signifikanta skillnader förelåg även inom områdena narkotika, samt familj och umgänge ($p<.05$). Medelvärdesskillnaden för variabeln problem senaste 30 dagar inom områdena alkohol samt rättsliga problem var ej signifikant mellan de två klustren.

Tabell 18. *Medelvärde för antal problemdagar inom respektive område fördelat på de två klustren, samt F-värde och signifikansnivå för medelvärdesskillnad mellan dessa*

	Q1	Q2			
Område	**M**	**M**	**F**	**df**	**p**
Fysisk hälsa	1.29	15.98	294.07	1,265	<.001
Arbete och försörjning	.35	8.76	81.60	1,265	<.001
Alkohol	.00	.07	2.89	1,265	.090
Narkotika	.00	1.02	7.24	1,265	<.05
Rättsliga problem	.00	.25	3.56	1,265	.060
Familj och umgänge	.40	2.66	11.80	1,265	<.05
Psykisk hälsa	1.44	7.66	40.75	1,265	<.001

Skillnaderna mellan Q1 och Q2 var störst på områdena fysisk hälsa, arbete och psykisk hälsa, mindre på familj och umgänge samt narkotika. Trots försöket att separera grupperna så mycket som möjligt med hjälp av klusteranalys kom. skillnaden mellan de två klustren inte vara signifikant på områdena alkohol och rättsliga problem.

Tabell 19. *Frekvens och procentuell fördelning av demografiska variabler inom de två klustren*

			Kluster	
			Q1	Q2
		n	%	%
Kön	**Män**	108	83,3	16,7
	Kvinnor	159	74,2	25,8
Åld. grp.	**20-29**	92	80,4	19,6
	30-41	86	76,7	23,3
	42-55	89	76,4	23,6
Urvalsort	**Stockholm**	92	75	25
	Malmö	67	73,1	26,9
	Jönköping	43	88,4	11,6
	Umeå	48	77,1	22,9
	Glesbygd	17	88,2	11,8
Utrik.	**Utrikes födda**	27	66,7	33,3
	Utländska medborgare	16	68,8	31,3
Utbildning	**Ej avslutad grund skola**	2	100	0
	Grundskola	16	56,3	43,8
	Gymnasium	102	80,4	19,6
	Högskola / universitet	147	78,2	21,8
Civ.	**Gifta**	78	83,3	16,7

Tabell 19 visar den procentuella andel som kom att tillhöra respektive kluster (nedan benämnda grupper). Av tabellen framgår bland annat att andelen kvinnor i gruppen *”högre problemnivå”* kom att vara större än andelen män och att

respondenter i åldersgruppen 20 – 29 år kom att vara underrepresenterad i gruppen *”högre problemnivå”* än övriga åldersgrupper. Beträffande urvalsorterna kom andelen respondenter hemmahörande i Malmö, Stockholm samt Umeå vara överrepresenterade i gruppen *”högre problemnivå”*. Vidare framgår att den procentuella andelen utrikes födda liksom andelen respondenter med utländskt medborgarskap var stor i gruppen *”högre problemnivå”*. Gällande utbildningsnivå kom andelen respondenter som ej fullföljt gymnasieutbildning vara större i gruppen *”högre problemnivå”* än respondenter med högre utbildningsnivå. Slutligen visar tabellen att en relativt låg andel gifta respondenter kom att befinna sig i gruppen *”högre problemnivå”*.
Tabell 20 visar medelvärde och standardavvikelse för de två olika klustrens CS värden inom respektive ASI område. Av tabellen framgår att i gruppen *”högre problemnivå”* kom högst CS medelvärde uppnås inom området fysisk hälsa M=.428 (.272), medan lägst CS medelvärde för denna grupp erhölls inom området rättsliga problem M=.004 (.027). För gruppen *”lägre problemnivå”* var CS medelvärdet däremot högst för området familj och umgänge M=.151 (.103), och lägst för områdena narkotika M=.002 (.011) och rättsliga problem M=.002 (.016).

Tabell 20. *Medelvärde och standardavvikelse för Composite Score för de två klustren*

	n	Fysisk hälsa	Arbete och försörjning	Alkohol	Narkotika	Rättsliga problem	Familj och umgänge	Psykisk hälsa
Q1: lägre problemnivå	151	.114 (.151)	.106 (.198)	.114 (.078)	.002 (011)	.002 (.016)	.151 (.103)	.043 (.080)
Q2: högre problemnivå	47	.428 (.272)	.264 (.076)	.134 (.124)	.017 (.076)	.004 (.027)	.248 (.176)	.154 (.184)

Tabell 21 anger procentuell förekomst av problem och bekräftande svar i det totala urvalet samt procentandel för dessa inom respektive kluster. Dessutom anges odds ratio vilket avser ge mått på hur stora oddsen är att ha angett värden större än 0 eller bekräftande svar på utvalda variabler om man befinner sig i gruppen *”högre problemnivå”*. Generellt kan det konstateras att stor diskrepans i den procentuella fördelningen förelåg mellan de två klustren, där gruppen *”högre problemnivå”* hade betydligt större grad av positiva värden och bekräftande svar. Avvikande från detta var dock intag av alkohol, intag av alkohol till berusning de senaste 30 dagarna, samt provat lösningsmedel, där andelen bekräftande svar var något större i gruppen *”mindre problemnivå*”. Beträffande de procentuella värdena för hela urvalet, på de utvalda variablerna, var utmärkande att 52, 8 % inom området fysisk hälsa uppgav sig varit oroade eller besvärade av problem med sin fysiska hälsa de senaste 30 dagarna. Vad gäller alkohol och narkotikaanvändning hade 56,2 % av urvalet druckit alkohol till berusning de senaste 30 dagarna, 33 % hade provat cannabis, 8,6 % hade provat amfetamin och 7, 9 % hade provat kokain. Inom familj och relationsområdet framgick det att 31,1% procent varit utsatta för psykisk, 18 % för fysisk, respektive 7,5 % för sexuell misshandel. Inom området psykisk hälsa uppgav 39, 7 % procent att de fått behandling för psykiska problem och att 7,1 % gjort ett eller flera självmordsförsök. Odds ratio var av de utvalda variablerna inom området fysisk hälsa

högst beträffande sjukersättning, OR= 5.860. Detta betyder att för dem som befann sig i gruppen *”högre problemnivå”* var oddsen för att också ha sjukersättning för fysisk skada eller sjukdom 5.860 gånger större. I gruppen *”högre problemnivå”* var variabler som gav höga odds följande: Varit oroad/besvärad över sin fysiska hälsa de senaste 30 dagarna (OR=5.396), intervjuarskattning >0 för fysisk hälsa (OR=4.953), intervjuarskattning >0 för alkohol (OR=5.465), provat hallucinogener (OR=4.596) samt att ha sjukersättning för psykisk ohälsa (OR=4.970). Högst odds i gruppen *”högre problemnivå”* var att ha varit oroad/besvärad över problem med narkotika senaste 30 dagarna. De variabler som gav låga odds var att ha druckit alkohol (OR=0.838) samt att ha druckit alkohol till berusning de senaste 30 dagarna (OR=0.904). Vidare att ha provat cannabis (OR=0.957), lösningsmedel (OR=0.700) samt annan narkotika (OR=0.879) utöver den som specificeras i ASI-Grund (Andréassen et. al., 1999).

Tabell 21. *Procentuell förekomst av problem och bekräftande svar i respektive kluster, och för det totala urvalet, samt odds ratio för de utvalda variablerna*

	Q1	Q2	Urval	Odds
n	208	59	267	ratio
	%	%	%	
Fysisk hälsa				
oro/besvär senaste 30 dag.	44,7	81,4	52,8	5.396
hjälpbehov	24,5	50,8	30,3	3.185
intervjuarskattning	18,3	52,5	25,8	4.953
långvarig sjukd.	26,0	57,6	33,0	3.879
läk. vård senaste 6 mån	25,5	52,5	31,5	3.238
sjukersättning	3,4	16,9	6,4	5.860
Arbete och försörjning				
oro/besvär senaste 30 dag.	25,5	57,6	32,6	3.977
hjälpbehov	18,8	42,4	24,0	3.186
Intervjuarskattning	15,4	42,4	21,3	4.044
Arbetslöshetsersättning	2,9	6,8	3,7	2.448
Alkohol				
oro/besvär senaste 30 dag.	2,9	6,8	3,7	2.448
hjälpbehov	1,9	3,4	2,2	1.789
Intervjuarskattning	2,4	11,9	4,5	5.465
druckit senaste 30 dag.	79,3	76,3	78,7	0.838
berusning senaste 30 dag.	56,7	54,2	56,2	0.904
Narkotika				
oro/besvär senaste 30 dag.	0,5	5,1	1,5	11.089
hjälpbehov	0,0	3,4	0,7	
intervjuarskattning	1,9	5,1	2,6	2.732
provat heroin	1,0	3,4	1,5	3.614
provat metadon	0,0	5,1	1,1	
provat subutex	0,0	3,4	0,7	
provat andra opiater	27,4	47,5	31,8	2.393
provat dämpande	13,0	32,2	17,2	3.184
provat kokain	6,7	11,9	7,9	1.865
provat amfetamin	7,7	11,9	8,6	1.615
provat cannabis	33,2	32,2	33,0	0.957
provat hallucinogener	2,4	10,2	4,1	4.596
provat ecstasy	1,9	5,1	2,6	2.732
provat lösningsmedel	2,4	1,7	2,2	0.700
provat annat narkotika	1,9	1,7	1,9	0.879
Rättsliga Problem				
oro/besvär senaste 30 dag.	1,0	3,4	1,5	3.614
hjälpbehov	0,0	1,7	0,4	
Intervjuarskattning	1,4	3,4	1,9	2.398
Familj och umgänge				
oro/besvär senaste 30 dag.	27,9	59,3	34,8	3.772
hjälpbehov	12,0	33,9	16,9	3.754
intervjuarskattning	17,8	37,3	22,1	2.748
psykiskt misshandlats	25,5	50,8	31,1	3.025
fysiskt misshandlats	14,9	28,8	18,0	2.311
sexuellt misshandlats	5,3	15,3	7,5	3.224
Psykisk Hälsa				
oro/besvär senaste 30 dag.	23,6	49,2	29,2	3.137
hjälpbehov	12,5	37,3	18,0	4.162
intervjuarskattning	19,2	45,8	25,1	3.544
fått beh. sluten/ öppenvård	35,1	55,9	39,7	2.347
sjukersättning	1,4	6,8	2,6	4.970
ordinerats psykofarmaka	18,3	30,5	21,0	1.964
upplevt allvarlig depression	27,9	47,5	32,2	2.336
upplevt allvarlig ångest	36,5	66,1	43,1	3.387
upplevt svårigheter att förstå	31,7	57,6	37,5	2.926
upplevt hallucinationer	7,7	16,9	9,7	2.449
upplevt svår.kontr.våld.bet.	11,1	22,0	13,5	2.273
haft allv. menade su.tank.	17,8	33,9	21,3	2.370
gjort självmordsförsök	5,3	13,6	7,1	2.809
upplevt andra problem	22,1	39,0	25,8	2.250

För vissa av variablerna i tabell 21 undersöktes även hur problemangivelserna var fördelade för de senaste 30 dagarna. Beträffande variabeln ”druckit till berusning senaste 30 dagar” var det 28,9 % av urvalet som hade druckit sig till berusning en till två gånger, 8,2 % hade varit berusade tre till fyra gånger, 5,3 % hade varit berusade fem till sex gånger, samt 1 % som hade varit berusad mer än sex gånger under denna period. 10, 1 % av kvinnorna, respektive 15,4 % av männen hade druckit sig till berusning mer än en gång de senaste 30 dagarna. Medeldebutåldern för att ha druckit alkohol till berusning var M= 15, 8 år (Sd= 2,6). Inom urvalet hade 3,0 % använt cannabis, 0,4 % hade använt amfetamin respektive kokain under de senaste 30 dagarna. Beräkning av medelvärde för debutålder för dessa substanser gav för cannabis M= 18, 8 år (Sd=4,7), amfetamin M= 20, 3 år (Sd=5,7) och kokain M= 22,1 år (Sd= 5,8). Gällande psykisk misshandel angav 5,2 % att de utsatts för sådan. Ingen hade utsatts för sexuell misshandel medan 0,7 % angav att de utsatts för fysiskt misshandel under denna period. Fördelningen på ålder visade att frekvensen av psykisk och fysisk misshandel var likvärdig mellan de två yngre åldersgrupperna samt betydligt lägre i den äldsta gruppen.

För att erhålla en bild av hur väl data i föreliggande studie överensstämde med andra undersökningar med gemensamma beröringspunkter gjordes en jämförelse med relevant offentlig statistik. Data hämtades dels från FHI´s folkhälsoenkät 2007 (FHI, 2008), dels från CAN´s vuxenundersökning 2000 (CAN, 2007), slutligen från nationella trygghetsundersökningen 2007 (BRÅ 2008) . I tabell 22 nedan redovisas frekvenser för tillgängliga jämförbara variabler. För de variabler där n finns angivet härrör data från åldersintervallet 16 – 64 år, övriga data från FHI omfattar totalurvalet 16 – 84 år. Där två procentangivelser angivigts syftar det första på andelen kvinnor och den följande på andelen män.

Tabell 22. *Procentuell fördelning på jämförbara variabler från FHI, CAN och BRÅ*

		FHI	CAN[a]	BRÅ[b]
	n	%	%	%
Fysisk Hälsa				
långvarig sjukdom	4386	34,1		
dålig fysisk hälsa	4361	7,3		
kont. med sjukvård sen.3 mån.		42		
Alkohol				
druck. till berus.>1g. sen.mån.		12,0-28,0		
Narkotika				
provat cannabis		7,0-14,0		
provat amfetamin			1,0-2,4	
provat kokain			0,4-0,9	
provat ecstacy			0,1-0,3	
Familj och umgänge				
utsatt för misshandel sen. 12 mån.	14945			2,7
utsatt för hot sen. 12 mån.	14945			4,6
utsatt sexualbrått sen. 12 mån.	14945			0,9
utsatt för trakaserier sen. 12 mån	14945			5,2
Psykisk hälsa				
haft självmordstankar	4368	14,6		
haft självmordsforsök	4372	4,7		
nedsatt psykiskt välbefinnnande	4384	18,7		
använder antidepressiva	4216	8		
använder ångestdämp.	4203	5,9		

a: Vuxenundersökningarna 15-75 år, 2000 (CAN, 2008).
b: Nationella trygghetsundersökningen 2007, 16 - 79 år (BRÅ 2008)

Vid jämförelser av tabell 21 och 22 kan det konstateras att problemangivelserna samt frekvensen för drogerfarenheten i föreliggande studie var betydligt högre än motsvarande referensdata. Detta med undantag av variablerna ”långvarig sjukdom” och ”kontakt med sjukvård senaste tre månader” som båda var något högre i FHIs resultat. Det var även en högre procentandel kvinnor och en betydlig högre procentandel män som hade druckit sig till berusning mer än en gång i materialet från FHI än i föreliggande studie.

I syfte att undersöka hur problemangivelserna fördelade sig inom och mellan könen på de båda grupperna beräknades procentandelen problem för dessa. Tabell 23 visar denna fördelning. Generellt framgår att störst skillnad fanns mellan grupperna *”högre”* och *”lägre problemnivå”*. Könsskillnaderna framstår ej lika uttalade, men andelen kvinnor i gruppen *”högre problemnivå”* tenderade att vara högst inom samtliga områden. Andelen män som druckit till berusning senaste 30 dagarna och som hade erfarenhet av cannabis var högre för båda problemnivågrupperna. Inom området psykisk hälsa hade män i gruppen *”lägre problemnivå”* betydligt lägre problemangivelser än både kvinnorna i samma grupp, samt män och kvinnor i gruppen *”högre problemnivå”*.

Tabell 23. *Procentuell förekomst av problem och bekräftande svar inom de två klustren fördelat på kön*

	Kön			
	Män		Kvinnor	
	Q1	Q2	Q1	Q2
n	90	18	118	41
Fysisk hälsa				
oro/besvär senaste 30 dag,	44,4	72,2	44,9	85,4
hjälpbehov	24,4	55,6	24,6	48,8
intervjuarskattning	15,6	50,0	20,3	53,7
långvarig sjukd,	25,6	50,0	26,3	61,0
läk, vård senaste 6 mån	30,0	61,1	22,0	40,8
har sjukersättning	5,6	11,1	1,7	19,5
Arbete och försörjning				
oro/besvär senaste 30 dag,	17,8	55,6	31,4	58,5
hjälpbehov	12,2	38,9	23,7	43,9
Intervjuarskattning	10,0	50,0	19,5	39,0
har arbetslöshetsersättning	1,1	11,1	4,2	4,9
Alkohol				
oro/besvär senaste 30 dag,	3,3	5,6	2,5	7,3
hjälpbehov	3,3	5,6	8,0	2,4
Intervjuarskattning	3,3	16,7	1,7	9,8
druckit senaste 30 dag,	82,2	76,5	77,1	75,6
berusning senaste 30 dag,	64,4	66,7	50,8	48,8
Narkotika				
oro/besvär senaste 30 dag,	0,0	5,6	0,8	4,9
hjälpbehov	0,0	0,0	0,0	4,9
intervjuarskattning	2,2	0,0	1,7	7,3
provat heroin	0,0	0,0	1,7	4,9
provat metadon	0,0	5,6	0,0	4,9
provat subutex	0,0	0,0	0,0	4,9
provat andra opiater	27,8	22,2	27,1	58,5
provat dämpande	7,8	33,3	16,9	31,7
provat kokain	6,7	11,1	6,8	12,2
provat amfetamin	7,8	5,6	7,6	14,6
provat cannabis	40,0	38,9	28,0	29,3
provat hallucinogener	1,1	11,1	3,4	9,8
provat ecstasy	3,3	5,6	0,8	4,9
provat lösningsmedel	2,2	0,0	2,5	2,4
provat annan narkotika	2,2	0,0	1,7	2,4
Rättsliga Problem				
oro/besvär senaste 30 dag,	0,0	0,0	1,7	4,9
hjälpbehov	0,0	0,0	0,0	2,4
intervjuarskattning	1,1	0,0	1,7	4,9
Familj och umgänge				
oro/besvär senaste 30 dag,	25,6	55,6	29,7	61,0
hjälpbehov	13,3	27,8	11,0	36,6
intervjuarskattning	17,8	38,9	17,8	36,6
psykiskt misshandlats	22,2	38,9	28,0	56,1
fysiskt misshandlats	12,2	22,2	16,9	31,7
sexuellt misshandlats	3,3	0,0	6,8	22,0
Psykisk Hälsa				
oro/besvär senaste 30 dag,	18,9	44,4	27,1	51,2
hjälpbehov	8,9	27,8	15,3	41,5
intervjuarskattning	15,6	44,4	22,0	46,3
fått beh. i sluten el. öppenvård	21,1	33,3	45,8	65,9
har sjukersättning	1,1	0,0	1,7	9,8
ordinerats psykofarmaka	12,2	27,8	22,9	31,7
upplevt allvarlig depression	22,2	33,3	32,2	53,7
upplevt allvarlig ångest	31,1	55,6	40,7	70,7
upplevt svårigheter att förstå	25,6	38,9	36,4	65,9
upplevt hallucinationer	6,7	11,1	8,5	9,5
uppl. svår. kontr. vålds. bete.	11,1	22,2	11,0	22,0
haft allv. menade su. tank.	11,1	22,2	22,9	39,0
gjort självmordsförsök	3,3	11,1	6,8	14,6
upplevt andra problem	13,3	27,8	28,8	43,9

Hur frekvenserna av problemangivelserna fördelade sig inom de olika åldersgrupperna redovisas i tabell 24. Framgår av denna gör bland annat att för området fysisk hälsa var frekvensen problem högre i de två äldsta åldersgrupperna. Inom området arbete och försörjning var andelen problem högst för yngre i gruppen *”högre problemnivå”*. Högst procentandel angivna problem inom området alkohol erhölls i denna sistnämnda åldersgrupp på samtliga variabler förutom variabeln druckit till berusning senaste 30 dagarna. För denna variabel var frekvensen högst inom gruppen ”*lägre problemnivå*” i samma åldersgrupp. Inom området narkotika var erfarenhet av cannabis jämt fördelat för samtliga ålders- och problemgrupper. Högst andel med erfarenhet av heroin, metadon, subutex, hallucinogener och ecstasy fanns bland yngre i gruppen *”högre problemnivå”*. Erfarenhet av att provat andra opiater, dämpande, amfetamin och cannabis var däremot högst för åldersgruppen 30 – 41 år i gruppen *”högre problemnivå”*. Den problemangivelse som fanns inom området rättsliga problem var högst bland yngre i gruppen *”högre problemnivå”*. För området familj och umgänge kunde ingen utmärkande tendens beträffande de olika åldersgrupperna identifieras. Däremot fanns en tydlig tendens gällande området psykisk hälsa där åldersgruppen 30 – 41 år i gruppen *”högre problemnivå”* karakteriserades av högst frekvens angivna problem på samtliga variabler.

Tabell 24. *Procentuell förekomst av problem och bekräftande svar inom de två klustren fördelat på åldersgrupper*

	Åldersgrupp					
	20 - 29		30 - 41		42 - 55	
	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2
n	74	18	66	20	68	21
Fysisk hälsa						
oro/besvär senaste 30 dag,	45,9	83,3	48,5	70,0	39,7	90,5
hjälpbehov	31,1	61,1	21,2	50,0	20,6	61,9
intervjuarskattning	21,6	33,3	16,7	55,0	16,2	66,7
långvarig sjukd,	23,0	44,4	28,8	70,0	26,5	57,1
läkarvård senaste 6 mån	20,3	44,4	27,3	60,0	29,4	52,4
har sjukersättning	0,0	0,0	4,5	10,0	5,9	38,1
Arbete och försörjning						
oro/besvär senaste 30 dag,	37,8	33,3	21,2	40,0	16,2	47,6
hjälpbehov	31,1	50,0	13,6	35,0	10,3	42,9
Intervjuarskattning	18,9	61,1	16,7	55,0	10,3	57,1
har arbetslöshetsersättning	2,7	5,6	4,5	15,0	1,5	0,0
Alkohol						
oro/besvär senaste 30 dag,	5,4	5,6	1,5	10,0	1,5	4,8
hjälpbehov	5,4	5,6	0,0	0,0	0,0	4,8
Intervjuarskattning	2,7	11,1	0,0	15,0	4,4	9,5
druckit senaste 30 dag,	81,1	83,3	80,3	78,9	76,5	66,7
berusning senaste 30 dag,	62,7	46,7	40,4	50,0	26,0	26,7
Narkotika						
oro/besvär senaste 30 dag,	1,4	11,1	0,0	0,0	0,0	4,8
hjälpbehov	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	4,8
intervjuarskattning	4,1	5,6	0,0	0,0	1,5	9,5
provat heroin	0,0	5,6	1,5	0,0	1,5	4,8
provat metadon	0,0	5,6	0,0	5,0	0,0	4,8
provat subutex	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	4,8
provat andra opiater	17,6	33,3	28,8	55,0	36,8	52,4
provat dämpande	9,5	16,7	12,1	40,0	17,6	38,1
provat kokain	9,5	11,1	7,6	10,0	2,9	14,3
provat amfetamin	8,1	5,6	6,1	15,0	8,8	14,3
provat cannabis	35,1	33,3	30,3	35,0	33,8	28,6
provat hallucinogener	4,1	16,7	1,5	5,0	1,5	9,5
provat ecstasy	2,7	11,1	3,0	5,0	0,0	0,0
provat lösningsmedel	1,4	0,0	0,0	0,0	5,9	4,8
provat annan narkotika	2,7	0,0	0,0	0,0	2,9	4,8
Rättsliga Problem						
oro/besvär senaste 30 dag,	2,7	5,6	0,0	0,0	0,0	4,8
hjälpbehov	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Intervjuarskattning	4,1	5,6	0,0	0,0	0,0	4,8
Familj och umgänge						
oro/besvär senaste 30 dag,	30,8	66,7	24,2	60,0	25,0	52,4
hjälpbehov	16,2	72,2	12,1	55,0	7,4	28,6
intervjuarskattning	24,3	33,3	19,7	45,0	8,8	33,3
psykiskt misshandlats	27,0	38,9	25,8	55,0	23,5	57,1
fysiskt misshandlats	14,9	27,8	13,6	25,0	16,2	33,3
sexuellt misshandlats	5,4	11,1	4,5	20,0	5,9	14,3
Psykisk Hälsa						
oro/besvär senaste 30 dag,	32,4	61,1	21,2	45,0	16,2	42,9
hjälpbehov	24,3	50,0	9,1	40,0	2,9	23,8
intervjuarskattning	28,4	61,1	19,7	45,0	8,8	33,3
fått beh, sluten/ öppenvård	32,4	50,0	36,4	60,0	36,8	57,1
har sjukersättning	1,4	0,0	1,5	5,0	1,5	14,3
ordinerats psykofarmaka	10,8	11,1	15,2	40,0	29,4	38,1
upplevt allvarlig depression	31,1	50,0	25,8	60,0	26,5	33,3
upplevt allvarlig ångest	43,2	61,1	27,3	75,0	38,2	61,9
upplevt svårigheter att förstå	31,1	55,6	36,4	65,0	27,9	52,4
upplevt hallucinationer	8,1	22,2	7,6	15,0	7,4	14,3
uppl. svår. kontr. vålds. bete.	14,9	33,3	12,1	15,0	5,9	19,0
haft allv. menade su. tank.	17,6	38,9	21,2	45,0	14,7	19,0
gjort självmordsförsök	5,4	16,7	6,1	10,0	4,4	14,3
upplevt andra problem	25,7	38,9	21,2	40,0	19,1	38,1

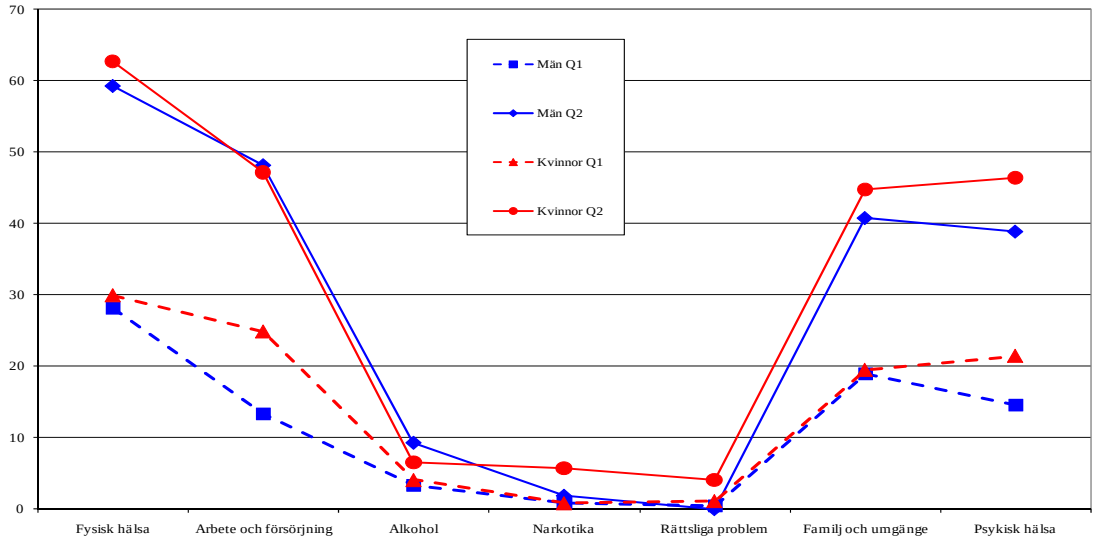
Tabell 25 nedan visar den procentuella fördelningen inom de båda grupperna för de olika urvalsorterna. För Jönköping och Glesbygden presenteras de procentuella fördelningarna samlat, detta då endast ett fåtal individer från dessa orter kom att tillhöra gruppen *”högre problemnivå”*. Utmärkande för den procentuella fördelningen på urvalsorterna var att gruppen *”högre problemnivå”* i Malmö generellt hade högre problemangivelser inom områdena: rättsliga problem, familj och umgänge, samt psykisk hälsa. Inom narkotikaområdet låg denna grupp högt beträffande problemnivåvariablerna, samt erfarenhet av drogerna heroin och subutex. Även inom området arbete och försörjning låg denna grupp högt på problemnivåvariablerna. Vidare framgår att gruppen *”högre problemnivå”* i Umeå generellt hade högst andel med problem inom området fysisk hälsa. Inom området alkohol var det framförallt gruppen *”högre problemnivå”* i Stockholm som hade höga frekvenser. Vad gäller variabeln ”druckit till berusning senaste 30 dagarna” var fördelningen relativ jämn mellan samtliga urvalsorter, lägst var den samlade frekvensen för glesbygden (41,2%), medan den var högst för gruppen *”högre problemnivå”* i Umeå (63,6%). Beträffande området narkotika kom erfarenheterna av kokain att vara betydligt högre i Storstäderna och framförallt i gruppen *”lägre problemnivå”*. Erfarenheter av cannabis fanns hos nästan 20 % från samtliga orter i det totala urvalet. Erfarenheten var lägst i Jönköping med 18, 6 %, medan den var högst 44, 9 % i gruppen *”lägre problemnivå”* i Malmö. Erfarenhet av ecstasy dominerades av gruppen *”högre problemnivå”* i Umeå med 18,2%.

Tabell 25. *Procentuell förekomst av problem och bekräftande svar inom de två klustren fördelat på urvalsort*

	Stockholm		Malmö		Umeå		Jönköping	Glesbygd
	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1 & Q2	Q1 & Q2
n	69	23	49	18	37	11	43	17
Fysisk hälsa								
oro/besvär senaste 30 dag,	44,9	87,0	51,0	72,2	40,5	81,8	51,2	35,3
hjälpbehov	20,3	47,8	28,6	55,6	24,3	54,5	32,6	17,6
intervjuarskattning	21,7	52,2	14,3	50,0	13,5	72,7	25,6	11,8
långvarig sjukdom	48,1	51,9	22,4	50,0	35,1	81,8	27,9	41,2
läkarvård senaste 6 mån	26,1	60,9	24,5	38,9	27,0	63,6	20,9	41,2
har sjukersättning	1,4	8,7	6,1	11,1	5,4	54,5	2,3	0,0
Arbete och försörjning								
oro/besvär senaste 30 dag,	29,0	56,5	26,5	72,2	21,6	54,5	23,3	23,5
hjälpbehov	14,5	39,1	26,5	55,6	18,9	45,5	18,6	11,8
Intervjuarskattning	15,9	39,1	14,3	50,0	16,2	54,5	14,0	17,6
har arbetslöshetsersättning	0,0	0,0	6,1	11,1	8,1	18,2	0,0	0,0
Alkohol								
oro/besvär senaste 30 dag,	4,3	13,0	2,0	0,0	5,4	0,0	2,3	0,0
hjälpbehov	2,9	8,7	2,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0
Intervjuarskattning	0,0	21,7	8,2	5,6	2,7	0,0	2,3	0,0
druckit senaste 30 dag,	87,0	82,6	81,6	72,2	75,7	63,6	74,4	64,7
berusning senaste 30 dag,	58,0	52,2	51,0	50,0	56,8	63,6	58,1	41,2
Narkotika								
oro/besvär senaste 30 dag,	0,0	0,0	2,0	11,1	0,0	0,0	2,3	0,0
hjälpbehov	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	2,3	0,0
intervjuarskattning	2,9	4,3	4,1	5,6	0,0	0,0	2,3	0,0
provat heroin	0,0	0,0	4,1	5,6	0,0	0,0	2,3	0,0
provat metadon	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	9,1	2,3	0,0
provat subutex	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	2,3	0,0
provat andra opiater	27,5	47,8	28,6	38,9	27,0	54,5	25,6	64,7
provat dämpande	11,6	34,8	16,3	22,2	13,5	36,4	18,6	5,9
provat kokain	11,6	13,0	10,2	5,6	0,0	9,1	7,0	0,0
provat amfetamin	8,7	8,7	14,3	5,6	0,0	18,2	9,3	5,9
provat cannabis	39,1	30,4	44,9	38,9	27,0	27,3	18,6	23,5
provat hallucinogener	1,4	8,7	6,1	11,1	0,0	9,1	2,3	5,9
provat ecstasy	4,3	0,0	2,0	5,6	0,0	18,2	0,0	0,0
provat lösningsmedel	2,9	0,0	2,0	0,0	0,0	0,0	4,7	5,9
provat annan narkotika	1,4	0,0	4,1	0,0	0,0	0,0	4,7	0,0
Rättsliga Problem								
oro/besvär senaste 30 dag,	2,9	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	2,3	0,0
hjälpbehov	0,0	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0
Intervjuarskattning	1,4	0,0	4,1	5,6	0,0	0,0	2,3	0,0
Familj och umgänge								
oro/besvär senaste 30 dag,	33,3	65,2	28,6	72,2	18,9	45,5	23,3	35,3
hjälpbehov	17,4	34,8	14,3	44,4	8,1	27,3	9,3	0,0
intervjuarskattning	23,2	34,8	20,4	50,0	10,8	36,4	16,3	5,9
psykiskt misshandlats	24,6	43,5	42,9	55,6	18,9	54,5	16,3	70,6
fysiskt misshandlats	20,3	26,1	12,2	44,4	13,5	18,2	7,0	23,5
sexuellt misshandlats	7,2	13,0	6,1	16,7	5,4	18,2	2,3	5,9
Psykisk Hälsa								
oro/besvär senaste 30 dag,	23,2	34,8	32,7	66,7	18,9	54,5	25,6	11,8
hjälpbehov	14,5	21,7	18,4	61,1	8,1	36,4	11,6	5,9
intervjuarskattning	24,6	34,8	22,4	61,1	8,1	45,5	25,6	5,9
fått beh, sluten/ öppenvård	36,2	43,5	40,8	66,7	27,0	63,6	37,2	35,3
har sjukersättning	1,4	4,3	2,0	11,1	0,0	9,1	0,0	5,9
ordinerats psykofarmaka	17,4	30,4	22,4	33,3	8,1	18,2	30,2	11,8
upplevt allvarlig depression	29,0	30,4	30,6	66,7	10,8	45,5	39,5	35,3
upplevt allvarlig ångest	36,2	56,5	49,0	77,8	27,0	63,6	41,9	23,5
upplevt svårigheter att förstå	34,8	52,2	38,8	72,2	24,3	45,5	37,2	11,8
upplevt hallucinationer	8,7	8,7	8,2	22,2	2,7	18,2	18,6	5,9
uppl. svår. kontr. vålds. bete.	13,0	21,7	10,2	27,8	10,8	18,2	11,6	5,9
haft allv, menade su,tank,	15,9	26,1	24,5	44,4	13,5	27,3	18,6	23,5
gjort självmordsförsök	5,8	4,3	6,1	27,8	8,1	9,1	2,3	5,9
upplevt andra problem	24,6	43,5	20,4	33,3	16,2	27,3	30,2	23,5

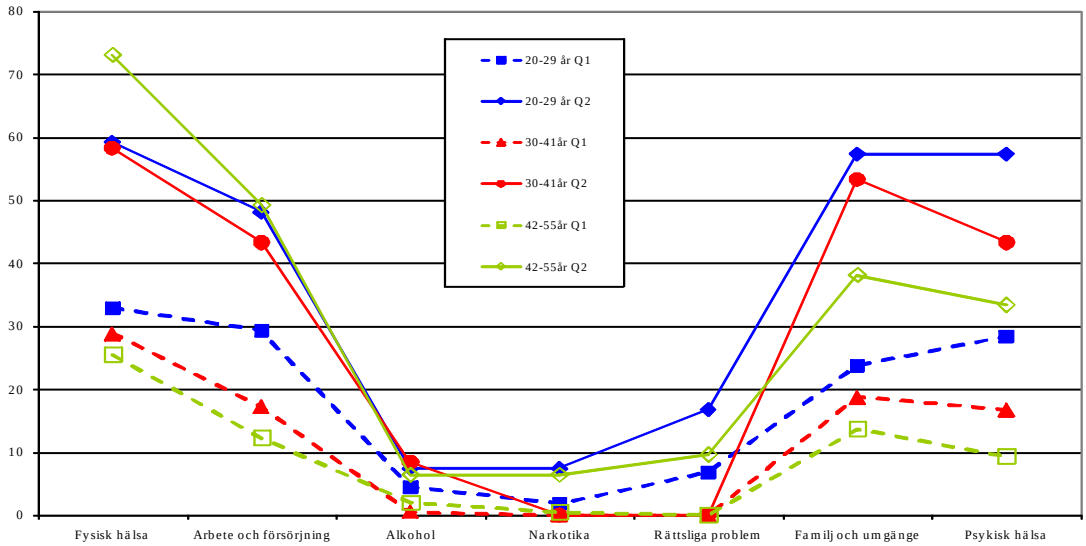
Det procentuella medelvärdet av variablerna oro/besvär senaste 30 dagarna, hjälpbehov samt intervjuarskattning beräknades. Detta i syfte att tydliggöra hur fördelningen avseende kön, ålder och urvalsort inom problemnivågrupperna skiljde sig åt beträffande de olika ASI områdena. På grund av det låga antalet individer i

gruppen ”högre problemnivå” i regionerna Jönköping och glesbygd kom det procentuella medelvärdet för dessa ej att redogöras för.



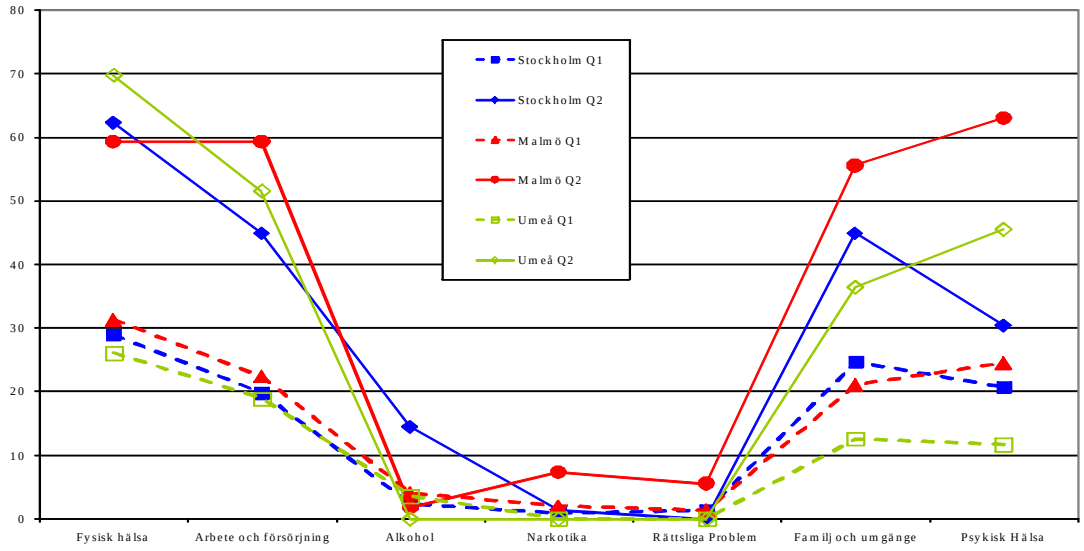
Figur 1. *Procentuellt medelvärde för män och kvinnor i de olika klustren*

I figur 1 visas hur problemnivåerna för män respektive kvinnor var fördelade inom de båda problemgrupperna. Framgår gör att ingen större diskrepans kunde urskiljas beträffande män och kvinnor inom de olika problemgrupperna. Frekvensen kvinnor som angivit problem i gruppen *”lägre problemnivå”* var dock fler i området arbete och försörjning liksom i området psykisk hälsa. Inom det sistnämnda området kom kvinnor och män i gruppen *”högre problemnivå”* att skilja sig åt på liknande sätt.



Figur 2. *Procentuellt medelvärde för de olika åldergrupperna inom respektive kluster*

Figur 2 illustrerar att i gruppen *”högre problemnivå”* var högre ålder förknippade med problem inom området fysisk hälsa. Betydligt högre frekvens unga hade problem inom områdena narkotika, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. I gruppen *”lägre problemnivå”* hade äldre lägst frekvens på samtliga områden förutom alkohol.



Figur 3. *Procentuellt medelvärde för de olika urvalsorterna inom respektive kluster*

Beträffande geografiska skillnader i problemmönster utmärkte sig gruppen högre problemnivå i Malmö. Av figur 3 framgår att denna grupp hade högst frekvens inom områdena arbete och försörjning, narkotika, rättsliga problem, familj och umgänge samt psykisk hälsa. För gruppen ”lägre problemnivå” fanns inga större skillnader på något av områdena. Inom denna grupp tenderade dock personer hemmahörande i Umeå att ha lägst problemfrekvenser inom samtliga områden.

Diskussion

Generaliserbarhet

Syftet med föreliggande studie var att bidra till en svensk normering av ASI-Grund genom att beskriva och analysera förekomst av problem i en icke-klinisk urvalsgrupp inom de olika ASI-områdena. Från ett stratifierat obundet slumpmässigt urval om 1 834 personer, kom föreliggande studie slutligen att omfatta 267 personer som accepterat medverkan i studien. Då urvalet var avgränsad till sju svenska kommuner, innebär detta att generalisering till hela den svenska befolkningen bör undvikas. Det kan konstateras att det betydande bortfallet på 85,2% har gett ett snedfördelat urval, vilket gör att generaliseringar ej bör göras i förhållande till regioner eller till de enskilda kommunerna inkluderade i urvalet. Detta gäller speciellt urvalets 17 personer hemmahörande i de tre glesbygdskommunerna, där dessa är för få för att tillåta generaliseringar till denna region. Erhållna punktestimat från den icke-kliniska

gruppen kommer dock ha betydelse som referensgrupp i jämförelse med kliniska grupper.

Hur kan den föreliggande underrepresentationen av män, utrikes födda, utländska medborgare, individer med lägre utbildningsbakgrund, äldre samt individer bosatta i glesbygdskommuner tänkas påverkat studiens resultat? Effekten av urvalets beskaffenhet förväntades variera beroende på vilket område som fokuserades. Under den senare resultatdiskussionen kommer dessa aspekter att diskuteras för respektive område.

Metod

Traditionellt har ASI-intervjun administrerats genom fysiska möten, en multimediaversion ASI-MV finns dock tillgänglig (Butler et.al., 2001). Föreliggande studie bygde på telefonadministrerade intervjuer, denna administrationsform fanns tidigare ej beskriven i litteraturen om ASI. ASI versionen Teen Adiction Severity Index (t-ASI) finns däremot som automatiserad, interaktiv röstrespons (IVR) administrerad över telefon. Denna har visat sig ha tillfredsställande validitet och reliabilitet i jämförelse med t-ASI multimediaversionen (Brodey et. al., 2005). Det kan hävdas att det sätt på vilket ASI-intervjun administrerades i föreliggande studie kunde vara jämförbar med ASI- MV. Gemensamt för administrationssätten är avsaknaden av ett direkt fysiskt möte med en annan individ. ASI-MV har visat sig ha nästan mer tillfredsställande validitet och reliabilitet än den traditionella versionen (Butler et. al., 2001). Denna studies telefonversion torde enligt detta resonemang inte påverka instrumentets validitet och reliabilitet. Det kan däremot hävdas att telefonintervjun har viktiga gemensamma egenskaper med den traditionella intervjun, då ett faktiskt interpersonellt möte föreligger. I en studie av Kraus & Augustin (2001) jämfördes hur postala enkäter skilde sig från telefonintervjuer gällande rapportering av alkoholkonsumtion senaste 30 dagar, samt grad av alkoholrelaterade problem. De fann att den grupp som responderat via enkäter hade signifikant högre alkoholkonsumtion och relaterade problem jämfört med gruppen som blev telefonintervjuad. Kraus & Augustin hävdar att resultatet visade att konsumtionsmönster och relaterade problem lättare rapporteras genom enkäter än genom telefon. De diskuterar olika förklaringar till detta, huvudsakligen att i det sociala mötet mellan en intervjuare och en respondent så kan respondentens svar styras av tankar om vad som är socialt önskvärt. Tas ett sådant resonemang i beaktande skiljer sig ASI-MV från denna studies telefonversion, och en viss underrapportering kan förväntas. Samtidigt kan den därmed hävdas likna den traditionella intervjun så som den utförs i den kliniska vardagen.

Reliabiliteten beträffande intervjuarskattningar i ASI-modellen har visat sig varierande beroende på intervjuarens erfarenhet av instrumentet (Alterman et. al., 1994). Intervjuerna i denna studie var nästan alla nyutbildade ASI-intervjuare med begränsad klinisk erfarenhet. En kontroll av intervjuarskattningarnas rimlighet i relation till respondentens svar och skattningar inom de olika områdena utfördes därför av en erfaren kliniker för ökad tillförlitlighet. Inom ramen för föreliggande studie ansågs det dock viktigare att ASI-instrumentets validitet inte äventyrades av

intervjuarnas begränsade erfarenhet. Leonhard et. al. (2000) undersökte ASI-instrumentets validitet med oerfarna intervjuare med icke-optimal ASI-utbildning, de konstaterade att instrumentets validitet var tillfredsställande även under dessa förhållanden. Intervjuarnas begränsade erfarenhet torde därför inte ha påverkat resultatet i föreliggande studie.

Resultat diskussion

Problemnivåer

Fysisk hälsa var det område som gav högst problemnivåer i föreliggande studie. Generellt angav kvinnor i högre grad än män, liksom äldre i högre grad än yngre, problem inom detta område. Dessa tendenser återspeglar det mönster som tidigare beskrivits genom bland annat Folkhälsoenkäten 2005 (Socialstyrelsen, 2005). Den procentuella andelen som i föreliggande studie svarat att de hade en långvarig skada eller sjukdom var något lägre än motsvarande siffra från Folkhälsoenkäten 2007 (FHI, 2008). Detta tycks rimligt med anledning av differensen i urvalens ålderspann, där FHIs ålderspann sträcker sig upp till 64 år och därmed borde omfatta fler individer med sämre fysisk hälsa. Föreliggande urvals konstitution förväntades ge lägre problemnivåer än vad som angivits inom området. En möjlig tolkning av detta resultat är att könsvariabeln, med underrepresentationen av män som förväntades ge högre problemnivåer i studien, har överordnat betydelse gentemot de övriga demografiska variablerna. En annan möjlig bidragande faktor till de höga problemnivåerna inom fysisk hälsa kan vara att även fysiska åkommor av ringare betydelse inkluderas i antalet problemdagar, så som t.ex. förkylningar.

Sett i relation till övriga områden uppmättes moderata problemnivåer inom området arbete och försörjning. Inom urvalet hade 3,4 % arbetslöshetsersättning vilket var lägre än för riket. Detta kom att vara förväntat utifrån den demografiska struktur urvalet hade. Kvinnor hade indikation på högre grad av problem för samtliga variabler inom detta område. Beträffande ålder kom yngre att ange färre antal problemdagar under de senaste 30 dagarna. De uppgav dock högre grad av oro/besvär samt ett högre hjälpbehov än övriga åldersgrupper. Förutom den högre nivån av arbetslöshet bland yngre kan det antas att deras lägre erfarenhet av deltagande inom arbetslivet också påverkat deras upplevelse av oro/besvär. Dessutom kan tänkas att många i denna grupp befinner sig i studiesituation och på väg ut på arbetsmarknaden, vilket i sig kan vara en källa till ökad oro/besvär. Vad gäller regionala skillnader visade statistik från Arbetsmiljöverket (2007) att arbetslösheten var högre för glesbygdskommuner, framförallt i Norrbotten. Detta är ej överensstämmande med föreliggande studies resultat för glesbygden. Det kan därför åter konstateras att gruppen hemmahörande i glesbygdskommuner i detta urval, ej är representativa för glesbygden.

Problemnivåerna inom alkoholområdet var mycket låga. Vid självrapporterad alkoholkonsumtion senaste 30 dagar finns risk att de senaste 30 dagarna inte återspeglar individens normala konsumtionsmönster, men detta torde jämna ut sig på gruppnivå (Boman et. al., 2007). Det förelåg ej någon signifikant skillnad mellan grupperna *”högre och lägre problemnivå”* på antalet problemdagar ($p > .05$). Detta

bör tas i beaktande vad gäller tolkning av de presenterade resultaten för klustrens fördelningar inom detta område. Det var dock ett flertal som druckit, samt druckit sig till berusning minst en gång de senaste 30 dagarna. I jämförelse med resultat från Folkhälsoenkäten 2007 hade däremot kvinnorna i lägre grad och männen i betydligt lägre grad druckit sig till berusning mer än en gång den senaste månaden i föreliggande studie. Det är möjligt att dessa skillnader delvis kan förklaras i de olika administrationssätten. FHIs data var baserade på enkäter och det kan tänkas att respondenterna i FHIs studie i mindre utsträckning styrdes av vad som var socialt önskvärt. Resultaten från föreliggande studie ger skäl att misstänka underrapportering. Oavsett administrationsform är underrapportering ett vanligt fenomen vid självskattad konsumtion (Boman et. al., 2007). Snedfördelningen mellan män och kvinnor i föreliggande studie kan delvis förklara urvalets låga problemnivåer. Det kan konstateras att problemkonsumenter var underrepresenterade i studien. Detta överensstämmer med erfarenheter från andra studier av självskattad alkoholkonsumtion. Kuhlhorn et. al., (2000) hävdar att problemkonsumenter generellt tenderar att vara underrepresenterade i dessa typer av studier.

Problemnivåerna var även nära noll inom området narkotikaanvändning. De problemnivåer som fanns, var bland enstaka kvinnor i den yngsta och äldsta åldersgruppen, dessa enskilda individer hade extremvärden gentemot den övriga gruppen. Dessa individer skulle rättare kunna definieras som aktiva missbrukare. Dessa kvinnor kan inte betraktas som representativa för gruppen kvinnor och de könsskillnader som framgår på gruppnivå vad gäller problemnivåer bör därför inte här tolkas som könsskillnader mellan grupperna. Trots de låga problemnivåerna, var det en betydande andel av urvalet som hade erfarenhet av olika droger. Flertalet av de som provat droger någon gång under livet, hade inte använt eller provat narkotika de senaste 30 dagarna. De hade dessutom sällan haft regelbunden användning av substanserna, deras drogerfarenhet var därmed snarast att definiera som ett experimentellt användande. Substanserfarenheten var högst av cannabis (33 %) och näst högst för amfetamin (8,6 %). Detta överensstämde med de drogtrender som beskrivits av CAN (2007), det bör dock poängteras att siffrorna från föreliggande studie var betydligt högre än vad som framkommit i tidigare studier. Mer överraskande var att erfarenheten av kokain (7,9 %) var nästan lika hög som amfetaminerfarenheten. Att kokainerfarenheten var så omfattande återspeglar inte resultat från tidigare studier (CAN, 2008). En möjlig förklaring till detta kan vara att siffror kring kokainerfarenheten de senaste åren härrör från 18-åriga mönstrande pojkar. Resultatet från denna studie visar dock att den genomsnittliga debutåldern för kokain var mycket senare (22,1 år). I jämförelse med annan statistik över narkotikaerfarenhet var de procentuella andelarna med narkotikaerfarenhet större i föreliggande studie. Det varierande ålderspannet mellan de olika undersökelserna kan delvis förklara detta. I FHIs undersökningar sjönk drogerfarenheten med ökad ålder och var nära obefintlig bland ålderspensionärerna (CAN, 2007), detta resulterar i lägre andel med drogerfarenhet i dessa undersökningars urval. I föreliggande studie kom däremot cannabiserfarenheten vara jämnt fördelad mellan åldersgrupperna. Män i gruppen *”lägre problemnivå”* var den grupp som procentuellt hade störst

cannabiserfarenhet, medan kvinnorna hade störst erfarenhet av kokain. Brist på åldersmatchade data från andra studier i skrivande stund, försvårar tolkning av de resultat som erhållits beträffande drogerfarenhet. Det finns en tendens till attitydförändring mot en liberalare inställning till droger i samhället (Wallin, Hjalmarson, Brenemark & Danielson, 1999). Det är således möjligt att respondenterna ej upplevde det känsligt att ange huruvida man tidigare provat narkotika eller ej. Det kan däremot tänkas att det upplevs betydligt mer känsligt att ange att man använt droger de senaste 30 dagarna. Då andelen med drogerfarenhet ses i relation till andelen som hade ett aktuellt droganvändande kan det antas att användandet de senaste 30 dagarna var något underrapporterad.

Problemnivåerna för urvalet beträffande området rättsliga problem var nära obefintliga. Sett till de demografiska variablerna kön och ålder var mönstret detsamma som inom området narkotika. Det vill säga, de individer som angav stora problem inom narkotikaområdet angav även problem inom det rättsliga området. I likhet med föregående område, hade dessa enskilda personer extremvärden och resultatet bör därför inte ses som representativt för gruppen kvinnor. Resultatet avspeglade inte den offentliga statistiken över personer som efter utredning av åklagare bedömts skäligen misstänkta för brott. Däremot kom resultatet vara i överensstämmande med vad som förväntades utifrån urvalets demografiska karaktäristik och förväntad underrapportering. Att relatera problemnivåerna inom området rättsliga problem till statistik över personer som misstänkts för brott har dock sina begränsningar och ger endast en mycket grov indikator. Rättsliga problem eller problem med eget kriminellt beteende kan finnas förutan att åklagare bedömt personen som skäligen misstänkt. Sannolikheten för en underrapportering av brottsligt beteende torde dock ha funnits i föreliggande studie, detta oavsett om brottslig handling kommit myndighet till känna eller ej. Problemet med underrapportering i befolkningsundersökningar om självrapporterade brott är enligt BRÅ (2000) så pass omfattande att man i allmänhet avstår från att genomföra sådana. Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan grupperna *”högre respektive lägre problemnivå”* på antalet problemdagar (p>.060). Detta bör tas i beaktande vad gäller tolkning av de presenterade resultaten för klustrens fördelningar inom detta område.

Inom området familj och umgänge framträdde ingen entydig bild av urvalet. Övervägande angav kvinnorna högre problemnivå inom detta området. I den äldsta åldersgruppen skattades högst antal dagar av problem samt högst grad av oro. Intervjuarskattning och CS kom dock att vara högre för kvinnorna i den yngsta åldersgruppen. Marginellt högre behov av hjälp angavs av männen i åldersgruppen 30 - 41 år jämfört med kvinnorna i motsvarande åldersgrupp. Den yngsta samt äldsta gruppen kvinnor angav lika stort hjälpbehov, dessa var högre i jämförelse med män i motsvarande åldersgrupp. Kvinnornas högre grad av problem inom detta område kan förklaras på flera olika sätt. Dels kan det ha samband med kvinnors dubbelarbete, och då speciellt det traditionella huvudansvaret för hemmet och relationer. Dels kan det ha samband med kvinnors ökade utsatthet för fysisk och sexuell misshandel inom nära relationer (BRÅ, 2008). En tredje bidragande faktor kan vara urvalets höga andel kvinnor med högre utbildningsnivå. Dessa slits ofta mellan oförenliga krav från

arbetet och privatlivet. Detta kan tänkas generera problem inom familj och umgänge. Den icke entydiga bilden kan också dels förklaras i själva konstruktionen av detta ASI-område. Problemen omfattar allt ifrån ensamhetsproblematik, interpersonella svårigheter, misshandel, och problem inom ett befintligt nätverk, Detta torde inom ett urval från en normalbefolkning ge en sammansatt och svårtolkad bild.

Slutligen vad angår psykisk hälsa så var problemnivåerna för urvalet låga även inom detta område. I enlighet med vad Wadman et. al. (2007) visat hade kvinnorna i föreliggande studie högre problemnivåer än männen, de yngsta kvinnorna högst problemnivåer av alla, och storstadsinvånare högre problemnivåer än respondenter från övriga regioner. Respondenterna hade låga problemnivåer då intervjuerna gjordes, men av data framgår att många tidigare haft problem med sin psykiska hälsa. Värden från föreliggande studie är i jämförelse med andra studier (FHI, 2008) höga. Detta kan till stor del bero på urvalet, då grupper som i andra undersökningar visat sig vara problemtyngda (kvinnor, yngre kvinnor, kvinnliga akademiker) inom psykisk hälsa var överrepresenterade i föreliggande studies urval.

Klusterindelning

Beträffande klusterindelningen kunde en grupp med högre problemnivå inom normalgruppen urskiljas. Denna skilde sig signifikant från gruppen med lägre problemnivå inom fem ASI-områden; fysisk hälsa, arbete och försörjning, narkotika, familj och umgänge, samt psykisk hälsa. Gruppen *”högre problemnivå”* kom att utmärkes av mycket höga problemnivåer inom fysisk hälsa jämfört med övriga områden. Oddsen för att ha problem med sin fysiska hälsa var således stora om man tillhörde denna grupp. Även inom klustren återspeglas mönstren av att kvinnor och äldre i högre grad än övriga hade problem med sin fysiska hälsa. Beträffande regionala skillnader så utmärkte sig gruppen *”högre problemnivå”* i Umeå. Detta avseende bland annat variablerna långvarig sjukdom och sjukersättning. De höga procentuella fördelningar måste sättas i relation till denna grupps storlek som endast omfattade 11 personer. Vid närmare undersökning av data framkom att ungefär en fjärdedel av de med långvarig sjukdom i det totala urvalet var bosatta i Umeå. Det fanns inte direkt något identifierbart mönster i vilken typ av sjukdom eller skada dessa personer led av. Enligt författarnas kännedom finns inga andra undersökningar som funnit att personer hemmahörande i Umeå skulle vara sjukare i jämförelse med invånare i urvalets övriga kommuner. Detta resultat kan förmodligen därför bäst härledas till urvalets sneda fördelning, och kan ej ses som representativt för kommunen.

Gruppen *”högre problemnivå”* hade också högst frekvens av problemangivelser inom arbete och försörjning. För denna grupp fanns en tendens till regionala skillnader där personer hemmahörande i Malmö och Umeå hade högre problemnivåer än övriga personer i gruppen. Dessa regionala skillnader återspeglar i viss utsträckning de regionala skillnaderna i dåvarande arbetslöshetsfrekvens (Arbetsmiljöverket, 2007).

Som tidigare påvisats fanns ett historiskt betydande experimentellt användande av droger inom det häri aktuella urvalet. Gruppen *”högre problemnivå”* differentierade

sig från urvalet genom sin grad av aktuell problematik. Bland annat var oddsen för att ha oro/ besvär av narkotikaproblem över 11 gånger så stor om man tillhörde denna grupp. Detta var även den grupp som hade större erfarenhet av ”tyngre” droger (heroin, metadon och subutex). Erfarenheterna av cannabis, amfetamin och kokain var däremot relativt höga för båda klustren. I likhet med tidigare studier (CAN, 2007) visade resultatet att det förelåg regionala skillnader i drogerfarenhet. Dessa varierade något beroende av drog, men det fanns en tendens till högre drogerfarenhet i storstadsområden, respektive lägre på glesbygden. Det fanns tydliga regionala skillnader inom gruppen *”högre problemnivå”*, där denna grupp i Malmö generellt hade en högre frekvens av både drogerfarenhet och problemnivåer. I Gruppen *”lägre problemnivå”* utmärkte sig personer hemmahörande i Malmö på liknande sätt. Detta är inte förvånande då Malmö länge har varit en stad som andelsmässigt haft flest tyngre missbrukare. Detta förklaras bland annat med att opiater har funnits i Malmö sedan tidigt, samt stadens geografiska läge med närheten till kontinenten (CAN, 2007).

Kvinnorna i gruppen *”högre problemnivå”* hade frånsätt intervjuarskattning högst frekvens av bekräftande svar på problemnivåvariablerna, samt alla tre misshandelsvariablerna inom familj och umgänge. Sett till åldersfördelningen kom de yngre i gruppen ”högre problemnivå” ha högst frekvent oro/besvär samt hjälpbehov. Som tidigare nämnt beträffande detta ASI-område är det ett område som omfattar många olika typer av problematik, det är därför svårt att ge någon klar teoretisk förklaring till detta resultat. Däremot befann sig den övervägande delen gifta i urvalet inom gruppen *”lägre problemnivå”*, detta kan möjligen ses i samband med resultat från tidigare studier vilka visat att gifta har bättre hälsa (Taylor, 2005).

Slutligen var den procentuella andelen stor i gruppen *”högre problemnivå”* som hade problem på många av variablerna inom psykisk hälsa. Det var högst procentuell andel personer i gruppen ”högre problemnivå” hemmahörande i Malmö med problem på alla utvalda variabler inom detta område. För ökad förståelse av detta resultat undersöktes dessa personers utbildningsbakgrund. Det visade sig att drygt 55 % av dessa personer hade högskoleutbildning, då över 64 % av urvalet från Malmö var kvinnor, kan detta resultat förmodligen till stor del härledas till tidigare studier som visat att högutbildade kvinnor har nedsatt psykiskt välbefinnande i jämförelse med lågutbildade kvinnor (Wadman et. al., 2007).

Konklusion

Från en icke-klinisk grupp om 267 personer erhölls som förväntat relativt låga medelvärden på problemnivåerna inom samtliga ASI-områden. En mer problemtyngd grupp som på fem av de sju ASI-områdena skilde sig signifikant från de övriga i urvalet, kunde dock identifieras. Problemförekomsten inom urvalet var något högre inom områdena fysisk hälsa, arbete och försörjning, familj och umgänge, samt psykisk hälsa. Urvalets sneda fördelning med en överrepresentativitet av kvinnor kan delvis förklara detta resultat. De nästan obefintliga problemnivåerna inom alkohol, narkotika och rättsliga problem är sannolikt, trots en viss underrapportering, en följd av en normal avsaknad av problem inom dessa områden för normalgruppen. Det kan

konstateras att alkoholister, missbrukare, samt personer med rättsliga problem är underrepresenterade i föreliggande studie. Inledningsvis poängterades värdet av att erhålla punktestimat från en normalbefolkning för att bättre kunna underbygga tolkning av data och därmed förbättra de kliniska bedömningarnas kvalitet. Trots föreliggande studies begränsningar beträffande generaliserbarhet till den svenska befolkningen, erhölls punktestimat på alla ASI-områden från ett icke-kliniskt urval om 267 personer. Resultatet har på detta sätt värde i den kliniska vardagen också i forskningssammanhang. Den problemtyngda normalgruppen är förmodligen mest lämplig som referensgrupp för en funktionell referensgrupp inom missbruksvården då den anger den högsta nivån av problem som normalgruppen har.

Denna studies deskriptiva ansats har fokuserat på bredden av problemförekomst inom ASI- Grund i en normalgrupp. Vi välkomnar vidare studier som fördjupar förståelsen av det material som beskrivits i föreliggande studie. Vi välkomnar också att kontrastera detta material mot kliniska grupper, exempelvis genom att jämföra hur missbrukargrupper efter behandling skiljer sig från föreliggande studies referensmaterial.

Referenser

Abrahamson, M. & Tryggvesson, K. (2007). *Användning av bedömningsinstrument i missbruksvården – en nationell kartläggning och fallstudier i två län.* Stockholms universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol och drogforskning (SoRAD).

Alterman A.L., Brown l.S., Zaballero A. & McKay J. (1994). The interviewer severity ratings and composite scores of the ASI: A further look. *Drug and Alcohol Dependence,* 34, 201-209.

Andréasson S., Lindström U., Armelius B-Å., Larsson H., Berglund M., Rydberg U., Zingmark D. & Tengwald K. (1996). *ASI- ett sätt att intervjua klienter i missbrukarvården.* Socialstyrelsen, CUS-skrift, 1996:1.

Andréasson S., Lindström U., Armelius B-Å., Larsson H., Berglund M., Frank A., Bergman H., Rydberg U., Zingmark D. & Tengwald K. (1999). *En strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem.* Stockholm, Socialstyrelsen,.

Arbetsmiljöverket (2007). *Arbetslivsfakta; tema regionala skillnader. ALF 2007:2.* Utges av Arbetsmarknadsstyrelsen, Arbetsmiljöverket, Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Armelius B-Å, Armelius K., Larsson H. & Sundbom E. (2002). *Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT. Forskningsrapport nr.1.* Statens Institutionsstyrelse.

Boman U., Selin K. H., Ramstedt M. & Svensson J. (2007). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till år 2006. Forskningsrapport nr. 48.* Stockholm, Centrum för socialvetenskaplig alkohol och drogforskning (SoRAD),

Brodey B.B., Winters K. C., Sheetz B. M., Steinfeld R. R., Craig S.R., Brodey I. S. & Kaminer Y. (2005). Conversion and Validation of the Teen-Addiction Severity Index (T-ASI) for Internet and Automated-Telephone Self-Report Administration. *Psychology of Addictive Behaviors. Vol. 19. No.1,* 54-61.

Brottsförebyggande rådet (2000). *Vanor och trygghet – intervjuundersökning av socialt utsatta personer och normalbefolkning. Undersökningsstrategi, bortfall och bortfallets betydelse för resultaten i BRÅ:s undersökning Vanor och trygghet (VoT).* Stockholm.

Brottsförebyggande rådet (2005). *Brottslighet bland personer födda i Sverige och i utlandet. Rapport 2005:17.* Stockholm.

Brottsförebyggande rådet (2007). *Kriminalstatistik 2006. Rapport 2007:20.* Stockholm.

Brottsförebyggande rådet (2008). *Nationella trygghetsundersökningen 2007. Om utsatthet, trygghet och förtroende. Rapport 2008:3*. Stockholm.

Butler S.F., Budman S.H., Goldman R.J., Newman F.L., Beckley K. E., Trottier D & Cacciola J.S. (2001). Initial Validation of a Computer-Administered Addiction Severity Index: The ASI-MV. *Psychology of Addictive Behaviors, 15:1*, 4-12.

Cacciola J.S., Alterman A.I., Fureman I., Parikh G. & Rutherford M. (1997). The use of case vignettes for Addiction Severity Index Training. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*, 439-443.

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

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (2008). *Kokain ett uppmärksammat problem, Rapport nr. 109.* Stockholm, 2008.

Drake R.E., McHugo G.J. & Biesanz J.C. (1995). The test-retest reliability of standardized instruments among homeless persons with substance use disorders. *Journal of Studies on Alcohol, 56,* 161-167.

Follette W. C. & Callaghan R.G.M. (2001). The Evolution of Clinical Significance. *Clinical Psychology: Science and Practice, 8,* 431-435.

Howell D.C. (2007). *Statistical Methods for Psychology.* 6th ed. Belmont CA, Thomson Wadsworth.

Kühlhorn E., Hibell B., Larsson S., Ramstedt M. & Zetterberg H. L. (2000). *Alkoholkonsumtionen I Sverige under 1990-talet.* Stockholm, Alkoholinspektionen, FHI, Svenska bryggarföreningen och Vin & Sprit AB.

Kraus L. & Augustin R. (2001). Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews. *Addiction, 2001, 96,* 459-471.

Leonhard C., Mulvey K., Gastfriend D.R. & Shwartz M. (2000). The Addiction Severity Index. A field study of internal consistency and validity. *Journal of Substance Abuse treatment, 18,* 129-135.

McDermott P.A., Alterman A.I., Brown L., Zaballero A., Snider E.C. & McKay J.R. (1996). Construct Refinement and Confirmation for the Addiction Severity Index. *Psychological Assessment, 8:2,* 182-189.

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. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 168,* 26-33.

McLellan A.T., Luborsky L., Cacciola J. & Griffith J.E. (1985). New data from the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9,* 199-213.

McLellan A.T., Kushner H., Metzger D., Peters R., Smith I., Grissom G., Pettinati H. & Argeriou M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment, 9,* 199-213.

McLellan A.T., Cacciola J.C., Alterman A.I., Rikoon S.H. & Carise D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, Contributions and Transitions. *The American Journal of Addictions, 15,* 113-124.

Nyström S. (red)., Cronqvist A-L, Engström C., Jäderland A., Ekblom G. & Lood C. (2003). *Metoder för missbrukarvården. ASI-intervjun i praktisk tillämpning.* CUS rapport, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport 2005.* Epidemiologiskt Centrum Socialstyrelsen.

Statistiska Centralbyrån (SCB b) (2008). *Sveriges officiella Statistik. Statistiska meddelanden AM 11 SM 0802.* Arbetskraftsundersökningarna 1a kvartalet 2008, Statistiska Centralbyrån.

Statistiska Centralbyrån (SCB c) (2008). *Sveriges officiella Statistik. Statistiska meddelanden AM 12 SM 0801.* Arbetskraftsundersökningarna 2007, Statistiska Centralbyrån.

Taylor S. E. (2005). *Health psychology 6th ed.* London, Mcgraw-Hill Education.

Wadman C., Boström G. & Karlsson A-S. (2007). *Hälsa på lika villkor. Resultat från nationella folkhälsoenkäten 2006. Rapport nr. A-2007-01.* Statens Folkhälsoinstitut.

Wallin E., Hjalmarson K., Brenemark T. & Danielson J. (1999). *Attityder och uppfattningar om narkotikasituationen på restauranger i Stockholms City. En intervjustudie med dörrvakter, restaurangpersonal och polis. Stadprojektet, rapport nr. 8.* Stockholm.

Weisner C., McLellan .A.T. & Hunkeler E.M. (2000). Addiction Severity Index data from general membership and treatment samples of HMO members. One case of norming the ASI. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19,* 103-109.

Wikström E. & Lindberg K. (2006). *Samverkan, vårdkedjor och standardiserade bedömningsinstrument i missbrukarvården. Utvärdering av Modellkommunprojektet. Mobilisering mot narkotika, rapport nr. 20.*

Internetkällor

Armelius B-Å., Nyström S., Bergman H. (2008-05-14) http://130.239.156.105/bengt-akea/ASI/Shared%20Documents/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2fbengt%2d akea%2fASI%2fShared%20Documents%2fInformationsmaterial&View=%7bF64 21E7E%2d2301%2d4681%2dA3A8%2dC2270E5FBAFA%7d

Statistiska Centralbyrån. (2008-05-02). Statistikdatabasen http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/start.asp

Folkhälsoinstitutet. (2008-04-14) http://www.fhi.se/templates/Page____12016.aspx

Otryckta källor

Nyström S., Andrén A., Zingmark D. & Bergman H. (2008). Den svenska ASI versionens reliabilitet.

ims.
INSTITUTET FÖR UTVECKLING AV METODER I SOCIALT ARBETE
Socialstyrelsen

UMEÅ UNIVERSITET

Vill du delta i en intervju för att förbättra missbruksvården?

Du är en av 600 personer som genom ett slumpmässigt urval ur befolkningen inbjuds att delta i ett forskningsprojekt. Forskningsprojektets mål är att förbättra vården för de personer som söker hjälp för missbruksproblem. Vi hoppas att du frivilligt vill bidra genom att ställa upp på en timmes lång intervju. Intervjuaren är i de flesta fall socialarbetare som gör intervjun på sin fritid och på vårt uppdrag. Du får fyra trisslotter efter intervjun som ett tack för att du ställer upp. Du tackar ja genom att kryssa för rutan **"Ja"** här nedan och stoppa blanketten i medföljande svarskuvert och posta brevet. Om du inte vill delta i intervjun kryssar du för rutan "**Nej**", samt returnerar brevet i medföljande svarskuvert. Du kan också låta bli att göra någonting, men då kommer en påminnelse.

Vad är syftet med vår studie?

Syftet är att samla in information om olika befolkningsgrupper som kan användas som jämförelsematerial. Jämförelser av detta slag gör det lättare att bedöma klienternas behov, värdet av de insatser som erbjuds och att förstå uppföljnings- och utvärderingsresultat. Forskningsprojektet bedrivs i samarbete mellan Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS), en forskningsenhet vid Socialstyrelsen och Institutionen för psykologi vid Umeå universitet. Statistiska Centralbyrån (SCB) har ansvaret för urvalsdragning, utskick av förfrågan, men vi forskare ansvarar för intervjuerna.

Intervjun

Den aktuella intervjun kallas ASI (Addiction Severity Index) och används vid utredningar av personer med alkohol och drogproblem och innehåller frågor om fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol/droger, kriminalitet, familj/umgänge, och psykisk hälsa. Eftersom intervjun är avsedd för personer med mer eller mindre allvarliga problem så kan det finnas frågor som inte är relevanta för din livssituation. Vi hoppas att du ändå försöker att svara på frågorna. Skulle du uppleva någon fråga som alltför påträngande eller kränkande så kan du avstå från att svara.

Sekretess

Efter avslutad intervju skickas det ifyllda formuläret till Institutionen för psykologi vid Umeå Universitet, endast märkt med ett kodnummer som inte kan kopplas till dig som person. All information som samlas in stannar i

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete
Socialstyrelsen
106 30 Stockholm
Projektledare: Siv Nyström
Telefon: 08-555 530 54
E-post: siv.nystrom@socialstyrelsen.se

Institutionen för psykologi
Umeå universitet
901 87 Umeå
Projektansvarig: Bengt-Åke Armelius
Telefon: 090-786 59 49, 070-417 60 27
E-post: bengt-ake.armelius@psy.umu.se

forskningsprojektet och inga uppgifter lämnas vidare till någon annan myndighet. Numret högst upp på blanketten finns för att SCB skall veta vilka som har svarat och vilka som ska få en påminnelse. När SCB avslutat sin bearbetning avlägsnas alla dina identitetsuppgifter.

Publicering av resultat

Resultatet av intervjuerna kommer att sammanställas för att publiceras i forskningsrapporter och artiklar. Sammanställningar redovisas endast i statistiska tabeller, vilket innebär att enskilda personers identitet inte kan identifieras. Lagring och hantering följer de regler som finns för forskningsmaterial vid Umeå Universitet.

Har Du frågor

Om du har frågor som du vill ha svar på så kan du kontakta mig på adressen nedan. Du kan kontakta mig innan du tar ställning till studien och om du efter intervjun vill diskutera innehållet i din intervju. I så fall måste du identifiera dig med ett kodnummer som du får av intervjuaren. Information finns även på www.socialtyrelsen.se/IMS se projekt "Referensmaterial för bättre användning av ASI-intervjun".

Christer Engström
Institutionen för psykologi
Umeå Universitet 907 81 UMEÅ

Tfn. 090-7869745, eller 070-3284429
Christer.engstrom@psy.umu.se

Om du efter att ha läst igenom denna information kryssar för rutan "**Ja**" samt returnerar brevet i medföljande svarskuvert ger du oss tillåtelse att ringa upp dig och bokar tid och plats för intervjun. Om du inte vill delta i intervjun kryssar du för rutan "**Nej**", samt returnerar brevet i medföljande svarskuvert. Du kan också låta bli att göra någonting, men då kommer en påminnelse.

☐ Ja	☐ Nej

För att underlätta vår möjlighet att få kontakt med dig önskar vi vänligen att du fyller i ditt/dina telefonnummer nedan.

Hem ☎ _____ – _____
Riktnummer Nummer

Arbete/mobil ☎ _____ – _____
Riktnummer Nummer

_____ **Din** underskrift

ims.
INSTITUTET FÖR UTVECKLING AV METODER I SOCIALT ARBETE
Socialstyrelsen

UMEÅ UNIVERSITET

SCB

Statistiska centralbyrån Statistics Sweden

Påminnelse

För en tid sedan fick du ett brev med rubriken "Vill du delta i en intervju för att förbättra missbruksvården?" från Socialstyrelsen samt Umeå universitet. Syftet med undersökningen är att samla in information om olika befolkningsgrupper som kan användas som jämförelsematerial inom missbruksvården. Forskningsprojektets mål är att förbättra vården för de personer som söker hjälp för missbruksproblem.

Vi har ännu inte noterat något svar från dig. Det kanske är så att du har varit bortrest eller inte haft möjlighet att svara på brevet. Vi ber dig att besvara brevet och återsända det så snart som möjligt i det medföljande svarskuvertet.

Intervjun är naturligtvis frivillig, men för att resultatet ska bli så tillförlitligt som möjligt är din medverkan viktig.

Om du har skickat in brevet till oss de senaste dagarna ber vi dig bortse från denna påminnelse.

Med vänlig hälsning

Christer Engström

Institutionen för psykologi
Umeå universitet

Kontakta oss gärna

Om du vill ha information om undersökningen och dess syfte eller har övriga frågor:

Christer Engström **Tfn: 090-7869745, eller 070-3284429**
e-post: Christer.engstrom@psy.umu.se

www.scb.se

Bilaga 2

ims.
INSTITUTET FÖR UTVECKLING AV METODER I SOCIALT ARBETE
Socialstyrelsen

UMEÅ UNIVERSITET

Påminnelse och förändrade villkor

För en tid sedan fick du ett brev med rubriken "Vill du delta i en intervju för att förbättra missbruksvården?" från Socialstyrelsen samt Umeå universitet. Syftet med undersökningen är att samla in information om olika befolkningsgrupper som kan användas som jämförelsematerial inom missbruksvården. Forskningsprojektets mål är att förbättra vården för de personer som söker hjälp för missbruksproblem.

För att göra det mer attraktivt att delta har vi lyckats utverka ett arvode på 500 kr för varje person som intervjuas som ett alternativ till de fyra Trisslotterna. En annan förändring är att alla intervjuer kommer att göras per telefon och av forskningspersonal. En telefonintervju tar normalt 30-45 minuter. Förändringen innebär att det kan ta lite längre tid innan vi hinner kontakta dig eventuellt till efter årsskiftet.

1. Du kan alltså välja en ersättning på fyra trisslotter.
2. Eller att välja en ersättning på 500 kr. Men det förutsätter att vi får ett konto av dig där vi kan sätta in din ersättning, samt ditt personnummer för den inkomstuppgift vi måste skicka till skattemyndigheten.

Vi har ännu inte noterat något svar från dig. Det kanske är så att du har varit bortrest eller inte haft möjlighet att svara på brevet. Vi ber dig att besvara brevet och återsända det så snart som möjligt i det medföljande svarskuvertet. Intervjun är naturligtvis frivillig, men för att resultatet ska bli så tillförlitligt som möjligt är din medverkan viktig eftersom vi gjort ett slumpmässigt urval av intervjupersoner och vill ha en representativ bild av hur befolkningen har det.

Om du har skickat in brevet till oss de senaste dagarna ber vi dig bortse från denna påminnelse.

Med vänlig hälsning
Christer Engström

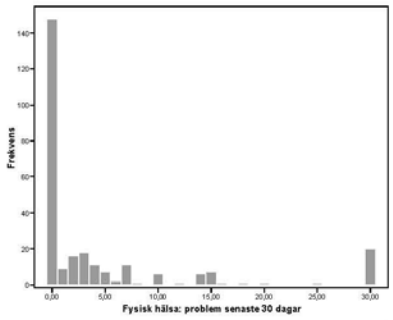
Institutionen för psykologi Umeå Universitet

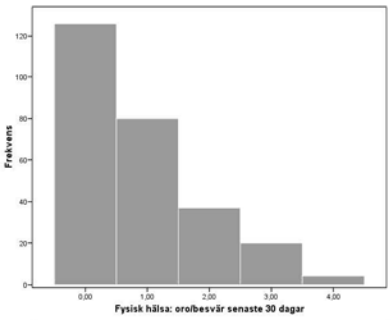
Kontakta oss gärna

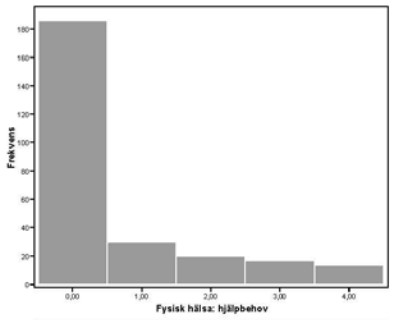
Om du vill ha information om undersökningen och dess syfte eller har övriga frågor:

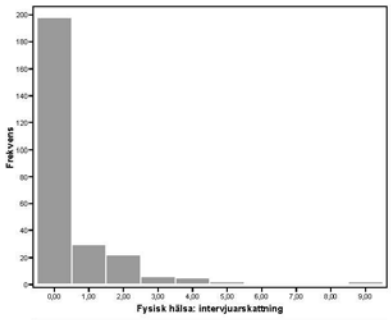
Christer Engström **Tfn: 090-7869745, eller 070-3284429**
e-post: Christer.engstrom@psy.umu.se

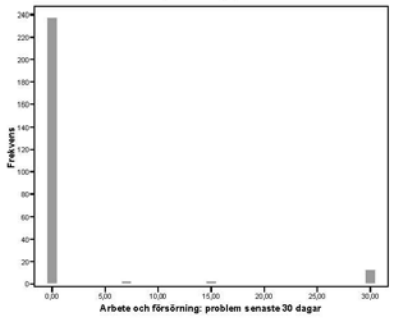
SCB
Statistiska centralbyrån Statistics Sweden
www.scb.se

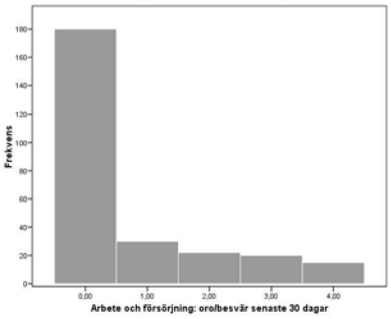

Frekvens
Fysisk hälsa: problem senaste 30 dagar

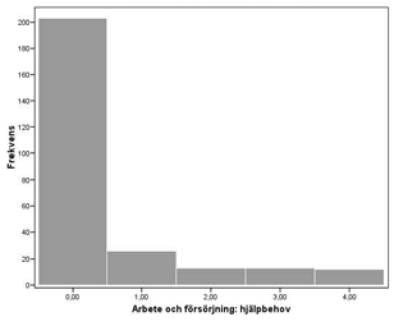

Frekvens
Fysisk hälsa: oro/besvär senaste 30 dagar

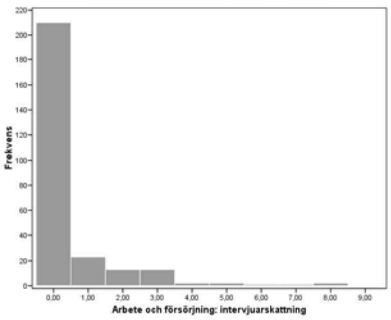

Frekvens
Fysisk hälsa: hjälpbehov

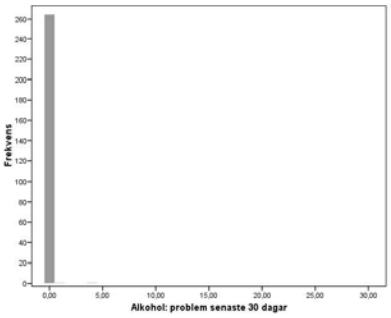

Frekvens
Fysisk hälsa: intervjuarskattning

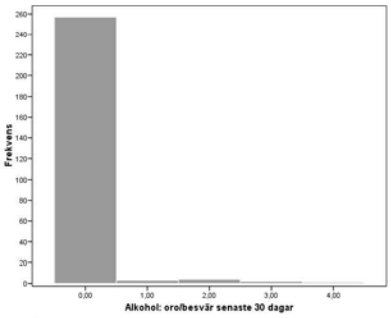

Frekvens
Arbete och försörning: problem senaste 30 dagar

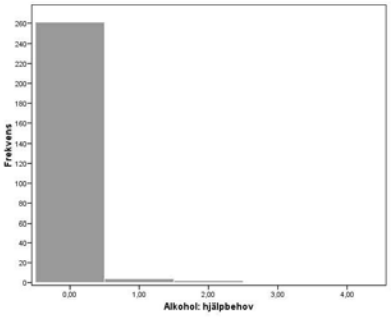

Frekvens
Arbete och försörjning: oro/besvär senaste 30 dagar

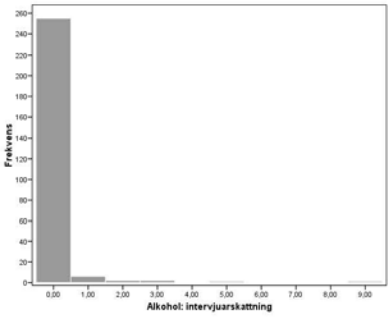

Frekvens
Arbete och försörjning: hjälpbehov

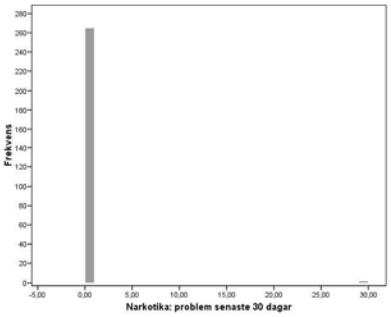

Frekvens
Arbete och försörjning: intervjuarskattning

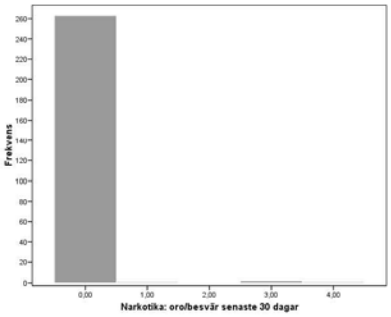

Frekvens
Alkohol: problem senaste 30 dagar

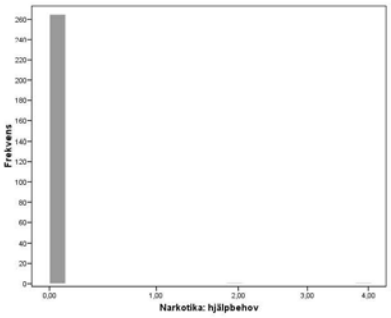

Frekvens
Alkohol: oro/besvär senaste 30 dagar

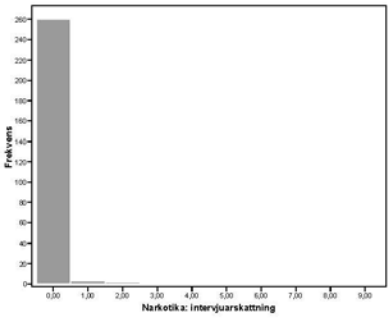

Frekvens
Alkohol: hjälpbehov

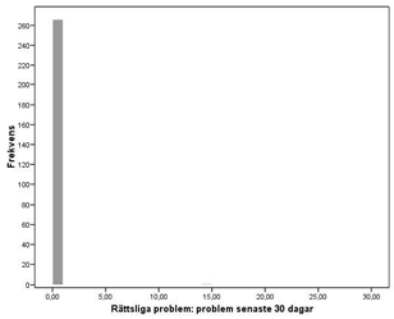

Frekvens
Alkohol: intervjuarskattning

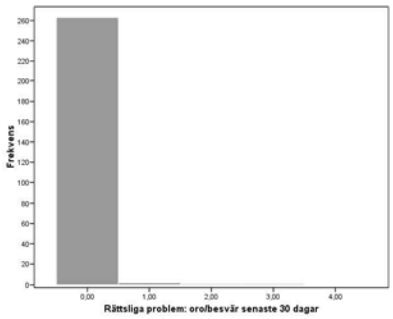

Frekvens
Narkotika: problem senaste 30 dagar

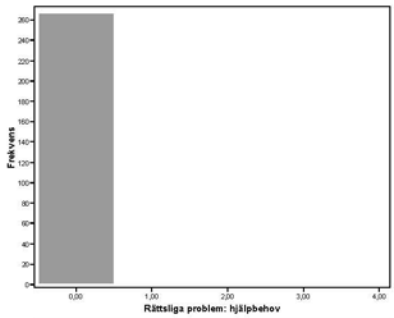

Frekvens
Narkotika: oro/besvär senaste 30 dagar

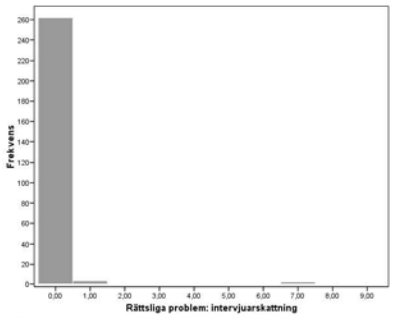

Frekvens
Narkotika: hjälpbehov

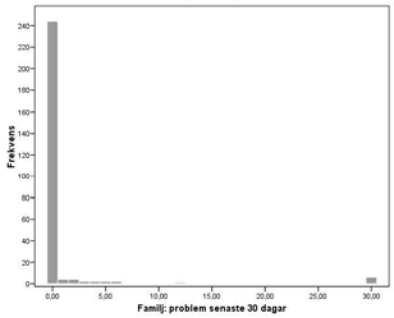

Frekvens
Narkotika: intervjuarskattning

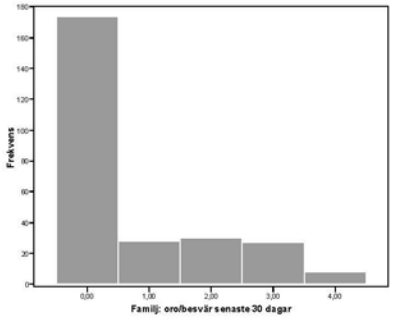

Frekvens
Rättsliga problem: problem senaste 30 dagar

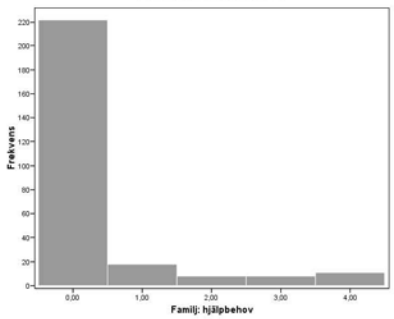

Frekvens
Rättsliga problem: oro/besvär senaste 30 dagar

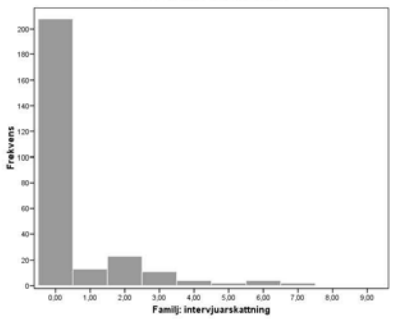

Frekvens
Rättsliga problem: hjälpbehov

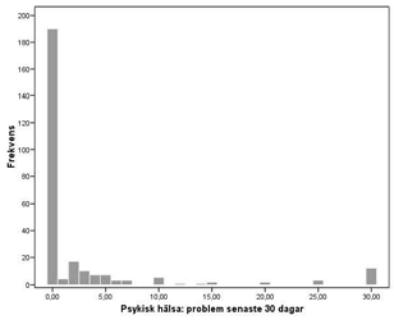

Frekvens
Rättsliga problem: intervjuarskattning

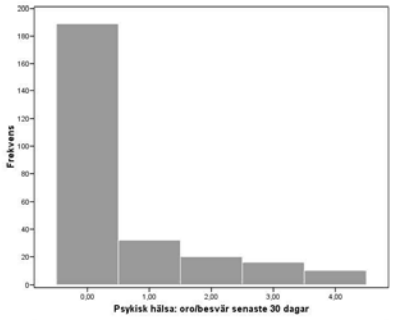

Frekvens
Familj: problem senaste 30 dagar

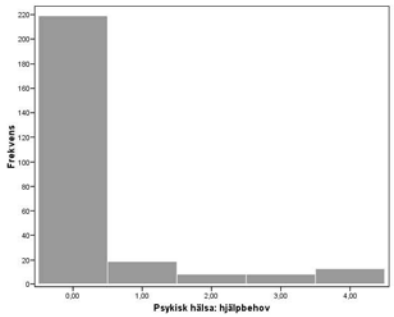

Frekvens
Familj: oro/besvär senaste 30 dagar

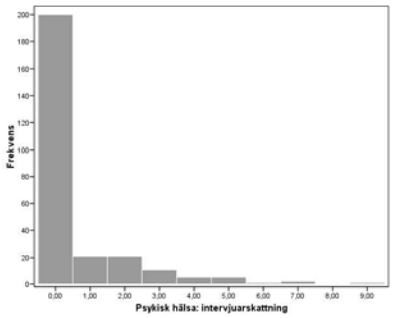

Frekvens
Familj: hjälpbehov


Frekvens
Familj: intervjuarskattning


Frekvens
Psykisk hälsa: problem senaste 30 dagar


Frekvens
Psykisk hälsa: oro/besvär senaste 30 dagar


Frekvens
Psykisk hälsa: hjälpbehov


Frekvens
Psykisk hälsa: intervjuarskattning