

Referensmaterial
för
bättre användning
av ASI-intervjun
Slutrapport

Bengt-Åke Armelius, Siv Nyström, Christer Engström
och Jan Brännström

ims.

INSTITUTET FÖR UTVECKLING
AV METODER I SOCIALT ARBETE
Socialstyrelsen

Citera gärna Socialstyrelsens rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2009-10-120

Förord

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbetet (IMS) har i uppdrag att utveckla och sprida kunskap om standardiserade bedömningsmetoder och evidensbaserade behandlingsmetoder. Viktiga delar i detta arbete är att kvalitetssäkra metoder.

Addiction Severity Index (ASI) är en standardiserad metod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. När ASI först började användas i Sverige i början av 1990-talet, var det som ett instrument för att utvärdera missbruksbehandling. Idag har ASI-intervjun blivit den vanligaste bedömningsmetoden för utredning och uppföljning i den reguljära missbruks- och beroendevården. Med allt fler användare har behovet av referensmaterial, normer och riktvärden ökat. Denna rapport innehåller referensmaterial som kan leda till bättre nytta av ASI-intervjun.

Initiativet till en normeringsstudie av ASI-intervjun kommer från Hans Bergman, Karolinska institutet. År 2005 tog Mobilisering Mot Narkotika och IMS gemensamt initiativ till en forskningsplan som också kom att inkludera referensmaterial från kliniska grupper. Projektet fick beteckningen ”Referensmaterial för bättre användning av ASI-intervjun” och genomfördes mellan åren 2005 och 2008. Projektets mål var att tillhandahålla referensmaterial och normdata, dels från missbruks- och beroendeenheter som använder ASI-intervjun i reguljär verksamhet, dels från en normalgrupp utanför missbruksvården.

Projektet har i huvudsak finansierats av Mobilisering från narkotika och IMS, Socialstyrelsen, med vissa bidrag från Institutionen för psykologi vid Umeå universitet och från UFFE-enheten i Umeå kommun.

Professor Bengt-Åke Armelius vid Institutionen för psykologi vid Umeå universitet har varit vetenskaplig ledare för projektet. I forskargruppen har ingått fil dr Christer Engström och psykologstuderande Stefan Björk, båda vid Institutionen för psykologi vid Umeå universitet, fil dr Siv Nyström och utredaren Axel Fors, båda vid IMS, samt utredaren Jan Brännström, UFFE.

En referensgrupp har varit knuten till projektet, bestående av professor Hans Bergman, Karolinska institutet, professor Mats Fridell, Lunds universitet, docent Arne Gerdner, Mittuniversitetet, professor Vera Segreus, Växjö universitet, docent Magnus Stenbeck, Epidemiologiskt centrum vid Socialstyrelsen samt professor Agneta Öjehagen, Lunds universitet.

Förutom ovan nämnda riktas ett stort tack till alla klienter i missbruksvård som anonymt bidragit med information om sina problem och livsvillkor, till socialarbetare och behandlare som genomfört intervjuerna och matat in uppgifterna i databasen, samt till chefer och ansvariga för de enheter för missbruksvård som har gett forskarna tillgång till klientdata. Ett särskilt tack riktas till de socialarbetare som har deltagit i delstudien Prospektiv och som har läst och tolkat socialakter samt till de klienter som accepterat att delta i delstudien Prospektiva uppföljningsstudien. Ett tack även till företaget Råbe & Kobberstad AB, som administrerar ASI-net, för deras hjälp med de data-

baser som referensmaterialet hämtats från. Vidare vill vi tacka studenter på psykologprogrammet i Umeå som bidragit med att samla in och bearbeta data och som i sina uppsatser behandlat intressanta frågeställningar. Sist riktas ett tack till Niklas Lindberg, Jenny Armelius-Lindberg och Björn Andersson i Umeå för hjälp med att hantera databaser och server.

Under projekttiden har det producerats flera skrifter, informationsblad, anvisningar, frågeformulär och rapporter som inte ingår i denna rapport. Den intresserade hänvisas till projektets hemsida där det mesta finns tillgängligt: <http://130.239.156.105/bengt-akea/ASI/>

Stockholm i juni 2009

Bengt Westerberg
Ordförande i IMS styrelse

Knut Sundell
IMS chef

Innehåll

<i>Förord</i>	3
ASI-intervjun	6
Normdata	6
Normanvändning på gruppnivå	7
Normanvändning på individnivå	7
Att mäta och tolka förändring – ett komplicerat fenomen	8
Projektets syfte, uppläggning och resultat	10
Delstudie 1: Kliniska normer	10
Databasens representativitet	15
Delstudie 2. Prospektiv uppföljning	16
Delstudie 3: Interventioner i socialtjänstens missbruksvård	19
Förändring i relation till genomförda insatser	21
Delstudie 4: ASI Normal	24
Återblick på projektets genomförande och resultat	26
<i>Referenser</i>	28
<i>Bilaga 1. Medverkande enheter</i>	30
<i>Bilaga 2. Normtabeller</i>	32

ASI-intervjun

Addiction Severity Index, eller ASI-intervjun, skapades av McLellan i samband med ett forskningsprojekt 1980. I en tillbakablickande artikel över de 25 första åren beskriver McLellan et al (2006) hur intervjun utvecklats och numera används inom en rad områden och länder. I Sverige började ASI-intervjun användas i behandlingsforskning i början av 1990-talet och den första officiella svenska översättningen av ASI-5 publicerades 1996 (Andréasson et al, 1999). Den har sedan dess blivit alltmer använd av praktiskt yrkesverksamma i socialtjänstens missbruksvård, landstingens beroendevård och i kriminalvården.

Intervjun finns i två varianter, en grundintervju och en uppföljningsintervju. Båda varianterna innehåller frågor av relevans för klienter med missbruksproblem inom sju livsområden: fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol- och narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj/umgänge samt psykisk hälsa. Intervjun innehåller också bakgrundsfrågor om klientens ålder, kön, bostadsort med mera samt frågor om missbruk och psykiska problem i släkten. Inom varje livsområde finns frågor både om faktiska förhållanden och subjektiva upplevelser som ställs utifrån olika tidsperspektiv. Vissa frågor avser hela livstiden, andra går sex månader respektive tre år tillbaka i tiden, medan ytterligare några avser aktuella förhållanden och sträcker sig 30 dagar tillbaka i tiden. I uppföljningsintervjun gäller frågorna huvudsakligen den senaste tiden. I både grund- och uppföljningsintervjun finns några centrala mått på klientens problemtyngd och hjälpbehov: klientens skattningar av a) ”dagar med problem under de senaste 30 dagarna”, b) ”oro och besvär” samt c) ”hjälpbehov”. För de två sistnämnda (b och c) används en skala från 0 (Inget problem eller behov av hjälp) till 4 (Mycket stort problem eller behov av hjälp). Ett fjärde mått är intervjuarens sammanfattande bedömning av den intervjuade personens problem och behandlingsbehov, som görs på en skala från 0 (Inget problem. Hjälp krävs inte) till 9 (Mycket stort problem. Hjälp krävs absolut). Dessutom finns ett matematiskt beräknat sammanvägt mått av problemens svårighetsgrad, Composite Score (CS) som är tänkt att vara ett mer objektivt och förändringskänsligt index.

Normdata

I återblicksartikeln ger McLellan et al (2006) normdata, baserade på ett urval om 8429 klienter från en databas med 70000 klienter som deltar i olika amerikanska program för missbruksvård. Demografiska data redovisas i en tabell och i en annan tabell redovisas medelvärden, standardavvikelse samt procenttal för problem inom de sju huvudområdena av ASI. Varje tabell redovisar värden för hela gruppen samt uppdelat på följande grupper: män, kvinnor, huvudsakligt missbruk (alkohol, opiater eller flera droger), öppenvård och heldygnsvård. Tabellerna och svenska motsvarigheter från föreliggande projekt återges som bilaga 2 till denna slutrapport.

Normtabeller fyller flera syften och är centrala vid användning av standardiserade bedömningsinstrument och test. Syftet med föreliggande projekt var att ta fram normer som ska underlätta och förbättra användningen av

ASI-intervjun både på gruppnivå och på individnivå. En viktig förutsättning för att använda normer är att de klienter som ingår i normgruppen är representativa för den population som man vill veta något om.

Normanvändning på gruppnivå

På gruppnivå är ett syfte med normer för ASI att ge en bild av hur genomsnittliga klienters problemnivåer och hjälpbehov ser ut i allmänhet eller i en population. Med stora normgrupper kan man jämföra undergrupper med varandra, till exempel män med kvinnor, unga med gamla. Det krävs ett stort antal fall att utgå från om man vill undersöka kombinationer av kategorier, till exempel unga män med narkotikamissbruk jämfört med äldre män med narkotikamissbruk, eftersom antalet klienter som uppfyller alla urvalskriterier snabbt minskar då antalet kategorier ökar.

Utifrån lokala missbruksenheters perspektiv är syftet med gruppnormer att enskilda ASI-användare och missbruksenheter ska kunna jämföra sina egna klienter med ett nationellt genomsnitt. Det ger en bild av hur den egna gruppen skiljer sig från liknande grupper i missbruksvården. Överensstämmer kvinnliga narkomanernas problembild i den egna enheten med kvinnliga narkomaner i allmänhet? Överensstämmer den med kvinnliga narkomaner i liknande kommuner eller med manliga narkomaners problembild? Om gruppdata används lokalt skapas förutsättningar för en nyanserad verksamhetsplanering utifrån de problembilder som olika undergrupper av klienter uppvisar.

När det finns både grundintervjuer och uppföljningsintervjuer som genomförts vid olika tidpunkter erbjuds en speciell användning av normdata på gruppnivå. Då kan man beskriva vilka förändringar som inträffat mellan de två intervjuerna, det vi här kallar förändringsnormer eller längdsnittsnormer. Har klienterna blivit bättre eller sämre? Idealt skulle tillförlitliga normer kunna utvecklas för olika klientgruppers förändring under en viss tidsperiod. Är det så att kvinnor förbättras mer än män oavsett insatser? Hur ser förändringen ut för unga narkomaner efter 1–2–3 år? Finns det några skillnader i förbättring mellan grupper som fått olika interventioner eller grupper som fått respektive inte fått någon intervention?

Till skillnad från effektstudier som genomförs under kontrollerade förhållanden har denna typ av uppföljningsstudie ingen fördefinierad kontrollgrupp som är jämförbar i alla avseenden förutom det man vill uttala sig om. Därför kan man inte avgöra om de observerade förändringarna är effekter av en specifik intervention eller inte (Shadish et al, 2002). Det rör sig snarare om en beskrivning och analys av skillnader och likheter i förändringsmönster för olika grupper av klienter eller om att se vilka variabler som samvarierar med förändringarna, och inte om studier av vad som kan vara orsaksmekanismerna bakom en observerad effekt (Armelius & Armelius, 1999).

Normanvändning på individnivå

På individnivå kan normdata användas för att jämföra problembilden hos en enskild klient med en relevant normgrupp. Man kan då se om en klients problembild är vanlig eller ovanlig i jämförelse med liknande klienter. Så-

dan information kan användas för att se om det finns anledning att ta speciella hänsyn vid behandlingsplaneringen. Exempelvis kan en ung kvinna med alkoholproblem och en ovanligt svår familjesituation kräva andra insatser än en ung kvinna med alkoholproblem och en "normal" familjesituation. Ju mer specifika normerna är, desto mer användbara blir de för användning i det enskilda fallet. Om skillnaderna mellan två grupper, till exempel medelålders och äldre, inte är så stora kanske man inte behöver ta speciella hänsyn till ålder över en viss gräns vid behandlingsplanering.

Att mäta och tolka förändring – ett komplicerat fenomen

Först några inledande ord om psykologisk mätning i allmänhet. Enligt psykometrisk teori består en psykologisk mätning av ett "sant" värde och ett felaktigt. När det gäller en individs observerade värden (t.ex. intervjuarskattning eller klientskattning) kan felet uppstå därför att varje mättillfälle har sina speciella förutsättningar i termer av motivation, dagsform etc. hos såväl klienten som bedömaren. Osystematiska fel som är förknippade med själva mätningen kallas för reliabilitetsbrister och man brukar uppskatta storleken på felen genom att göra upprepade mätningar för att se hur stora skillnaderna blir mellan mättillfällena och var medelvärdet av mätningarna ligger. Medelvärdet representerar det "sanna" värdet och säkerheten, eller friheten från fel för en enskild individs värden uttrycks med reliabilitetskoefficienten (r_{tt}), som varierar mellan 0 och 1.0. Reliabilitetskoefficienter kan beräknas på lite olika sätt, men det förutsätter att man har tillgång till mätningar från flera individer vid minst två tillfällen så att man kan uppskatta hur mycket av variationen mellan mätningar som beror på skillnader mellan individer och skillnader inom individer. Variationen i mätvärden uttrycks statistiskt som standardavvikelse (SD) eller varians (SD^2), som är mått på spridningen av mätvärden. Den variation som uttrycker skillnader inom individer vid upprepad mätning betraktas som felvarians. Man kan alltså säga att det finns ett osäkerhetsområde kring varje mätvärde eller svar i ASI-intervjun, vilket man måste beakta när man tolkar skillnader mellan individer eller mellan två mättillfällen för samma individ. Osäkerheten kring mätvärdena uttrycks med standardavvikelsen för felen och kallas för *standard error of measurement* (SE) eller *enskilda mätningens medelfel* (Jacobsen & Truax, 1991, Jacobsen et al, 1999). SE baseras på instrumentets mätsäkerhet eller reliabilitet (r_{tt}) och på mätskalans eller variabelns standardavvikelse (SD) och beräknas som $SE = SD \times \sqrt{1 - r_{tt}}$. För ASI finns en svensk reliabilitetsstudie (Nyström et al 2007) som anger reliabiliteten för intervjuarskattningarna till cirka 0,85. Standardavvikelsen för intervjuarskattningar varierar för de olika områdena mellan 1,9 (kriminalitet) och 3,1 (alkohol) i vår databas (se normtabeller i bilaga). En uppskattning av SE varierar alltså mellan 0,74 ($= 1,9 \times \sqrt{1 - 0,85}$) och 1,2 ($= 3,1 \times \sqrt{1 - 0,85}$) för de olika områdena i ASI. Man kan nu använda SE för att bestämma ett osäkerhetsområde kring en individs mätvärde genom att bestämma ett konfidensintervall kring värdet.

Hur man mäter förändring är ett komplext område med många problem och möjligheter som vi inte kommer att gå in på här. Istället ska vi försöka

hålla oss till några centrala begrepp. Under förutsättning att felet är någorlunda normalfördelade kring mätvärdet så faller 5 % av alla mätvärden utanför $1,96 \times SE$. Detta kallar Jacobsen & Truax för *reliabel förändring*, RCI (Reliable Change Index), som anger den minsta förändring som krävs för att en enskild förändringsmätning ska betraktas som säker med 95 % säkerhetsmarginal eller konfidensintervall. En grov generell uppskattning av RCI för intervjuarskattningar kan nu beräknas som $(1,96 * 0,74 \text{ alt } 1,2)$, vilket ger ett RCI som varierar mellan 1,4 och 2,4 enheter för de olika livsområdena med 95 % konfidensintervall. Man använder helt enkelt samma teori som vid signifikanstestning av medelvärdesskillnader för bedömningen av hur stor avvikelse som krävs för att skillnaden mellan två mätningar av samma individ ska betraktas som "sann". Om man nöjer sig med 68 % säkerhet kan man i stället använda SE utan att multiplicera med 1,96. Lite förenklat kan man säga att om man nöjer sig med 68 % säkerhet är en förändring av intervjuarskattningen med 1 enhet för en enskild individ reliabel eller tillförlitlig, medan en förändring med cirka 2 enheter ger 95 % säkerhet.

Statistisk signifikans är användbart för att beräkna konfidensintervall etc. men det finns vissa problem som är förknippade med detta begrepp. Ett problem är att en statistiskt signifikant skillnad kanske inte är särskilt betydelsefull ur ett kliniskt perspektiv eller ur klientens perspektiv. Trots att skillnaden är statistiskt signifikant kan det hända att förändringen inte upplevs som meningsfull. Därför föreslår Jacobsen & Truax att man ska använda sig av begreppet *klinisk signifikans* som ett komplement eller ett alternativ till statistisk signifikans. Tanken är att en kliniskt signifikant förändring ska vara förankrad i vardagliga upplevelser och stå för en betydelsefull förändring för användare eller brukare. En vanlig definition av klinisk signifikans är att det förutom att förändringen ska vara reliabel (RCI) också krävs att mätvärdet förändras från ett dysfunktionellt område till ett funktionellt område. Detta brukar definieras så att ett mätvärde från början ska ligga utanför konfidensintervallet för en normalgrupp men vid eftermätningen ska det finnas innanför normalgruppens konfidensintervall. För att tolka förändring i termer av klinisk signifikans med denna innebörd skulle det alltså vara önskvärt med normdata från en normalgrupp som inte är utvald för att de är föremål för missbruksvård.

Ett annat problem med det statistiska signifikansbegreppet är att det är känsligt för storleken på de grupper som jämförs. En liten faktisk skillnad i medelvärden kan alltså bli statistiskt signifikant om man har många individer att basera sina jämförelser på. I databaser blir det snabbt stora grupper och därför blir ibland även triviala medelvärdesskillnader statistiskt signifikanta. Inom metaanalys och behandlingsforskning använder man ofta begreppet effektstorlek (ES, effect size) som ett sätt att uttrycka effekten av en intervention eller storleken på en förändring. ES är inte beroende av storleken på de studerade grupperna utan är ett direkt uttryck för skillnaden mellan medelvärdena. ES kan definieras på många sätt. Ett enkelt sätt är att ta differensen mellan två mätningar, till exempel skillnaden i intervjuarskattningar mellan två mättillfällen eller två grupper. ES uttrycks då som en skillnad i termer av den skala som intervjuarskattningen har, mellan 0 och 9. Detta har vissa fördelar när man vill göra jämförelser av olika slag med hjälp av samma mätmetod. Det kan däremot vara svårt att veta om en för-

ändring på 2 enheter i intervjuarskattning är lika ”stor” som en förändring på två dagar i klientens skattning av antalet dagar med problem under de sista 30 dagarna eftersom olika skalor används vid mätningarna. Ett något mer avancerat sätt att uttrycka ES är att transformera mätningarna till en standardskala med medelvärdet 0 och $SD = 1$. Man dividerar då värdena med SD . Fördelen med standardiserade ES-värden är att man får ett uttryck för effekten eller skillnaden mellan två mätningar som är densamma, oavsett vilken skala man ursprungligen använt för mätningarna. Det finns en standard för att tolka skillnaden mellan medelvärden uttryckta som standardiserade ES-värden (Cohen’s d); värden mellan 0,0 och 0,2 betraktas som ingen eller obetydlig effekt, värden mellan 0,2 och 0,5 som en liten effekt, värden mellan 0,5 och 0,8 som en måttlig effekt och värden över 0,8 som en stor effekt (Cohen, 1988). Inom psykoterapiforskning brukar meta-analytiska beräkningar av standardiserade ES-värden hamna strax över 0,8, medan värdena för missbruksbehandling brukar ligga kring 0,3–0,4 och för kriminalvård är de ännu lägre. I denna rapport används begreppet ES uteslutande som standardiserade värden. Även standardiserade ES-värden har nackdelar. Exempelvis är ES lika innehållslöst som statistisk signifikans. ES-värdena är beroende av vilken standardavvikelse som används och de tar inte hänsyn till att problem kan finnas kvar även efter en stor förändring.

Ett problem som är generellt för förändringsmått är att de klienter som har stora initiala problem ofta förändras mest, helt enkelt därför att utrymmet för förändring är större. Om en klient däremot inte har några problem inom ett område (t.ex. kriminalitet i ASI), så finns det inga möjligheter att förändras till det bättre. Ett alternativ som används ibland är att endast använda värdena vid eftermätningen, eventuellt efter statistisk korrektion, för att initialvärdena varit olika. Som framgått av detta avsnitt kan det vara nödvändigt att arbeta med flera olika uttryck för effekter eller förändring.

Projektets syfte, uppläggning och resultat

Projektets syfte var dels att tillhandahålla referensmaterial som kan förbättra tillämpningen av ASI-intervjun som metod för kartläggning, bedömning och uppföljning av enskilda och grupper av klienter, dels att bidra med kunskaper om hur klienter förändras till följd av de insatser som socialtjänsten bistår klienterna med. Ett av målen med att använda ASI-intervjun är att insatserna ska kunna relateras till förändringar i klientens situation. Förutom längdsnittsinformation från systematiskt genomförda ASI-intervjuer kräver det att de insatser som klienterna tar del av kan beskrivas med en enhetlig terminologi. Inom ramen för forskningsprojektet skulle ett förslag till enhetlig standard för beskrivning av insatser utvecklas.

Delstudie1: Kliniska normer

Intervjuer som genomförts i socialtjänstens missbruksenheter, landstingens beroendeenheter och privata vårdinrättningar samt intervjumaterial från forskningsprojekt som baseras på ASI-intervjun har samlats in vid två tillfällen och sammanställts i en forskningsdatabas.

Samtliga missbruksenheter som år 2006 använde ASI-intervjun och som vi visste var anslutna till det datorbaserade systemet ASI-net och andra enheter som forskargruppen hade kännedom om, fick en skriftlig förfrågan om tillstånd att samla in avidentifierade ASI-intervjuer för att ingå i projektet. Av de enheter som tillfrågades gav 51 missbruks- och beroendeenheter ett skriftligt tillstånd att samla in material från ASI-net. Endast ett fåtal enheter, av vilka de flesta ännu inte kommit igång med inmatning av intervjuer i databasen, blev inte inkluderade. Ett första uttag gjordes i november 2006 för att vi skulle få en uppfattning om hur stor databasen var och hur den skulle hanteras. Databasen innehöll ett relativt stort antal felinmatningar och andra inkonsistenser, varför en del åtgärder krävdes innan data kunde användas. Många av dessa felaktigheter har senare åtgärdats av ansvariga för ASI-net och arbetet med databasen har således bidragit till förbättringar av inmatningsfunktionen i senare versioner av dataprogrammet. Antalet intervjuer i ASI-net ökade kraftigt efter 2006 och för att antalet intervjuer i databasen skulle bli så stort som möjligt gjordes ett slutgiltigt uttag i oktober 2008. I den slutgiltiga databasen ingår 20 599 intervjuer av de totalt cirka 24 000 som då fanns i ASI-net (inklusive det första uttaget). Genom en första kvalitetssäkringsprocedur exkluderades totalt 1 715 (cirka 8 %) av inmatningarna. Den vanligaste orsaken till att intervjuer exkluderats är att inmatningar har påbörjats men inte avslutats. Andra orsaker är att inmatningarna är ofullständiga, att det skett en dubbelinmatning av en intervju eller att de värden som matats in i databasen är orimliga. Vissa av dessa problem kan åtgärdas genom förbättringar av dataprogrammet ASI-net, medan andra fel beror på inmatarna. En viktig erfarenhet är att många problem i databasen upptäcks först när man börjar bearbeta data. Några sådana problem är till exempel att de två versioner av ASI-intervjun (1998 och 2006) som numera finns innehåller vissa unika variabler, att numreringen i vissa av de gemensamma variablerna skiljer sig åt och att frågorna i något fall har olika innebörder. Att arbeta med två så pass olika versioner av samma intervju ställer stora krav på hanteringen av gruppdata.

Flera enheter matar in mer än en grundintervju för en del klienter, vilket ibland är nödvändigt, till exempel vid förnyad utredning. Flera enheter har också lagt in fler än en uppföljningsintervju, vilket sannolikt betyder att det finns en ambition att följa klientens utveckling över tid. I Bilaga 1 redovisas antalet grund- och uppföljningsintervjuer för var och en av de medverkande enheterna. I bilagan redovisas också det totala antalet intervjuer av olika slag. Förutom de nämnda intervjuerna från missbruksenheter har också intervjuer från fem forskningsstudier samlats in.

Normdata

Utförliga normtabeller för den första grundintervjun uppdelade på kön, ålder, dominerande drog med mera, finns som nämnts i Bilaga 2 till denna slutrapport. Tabellerna har gjorts enligt samma mall som de normtabeller för ASI-intervjun som publicerades av McLellan et al, 2006.

Andelen uppföljningsintervjuer utgör endast 22 % av samtliga intervjuer. Denna relativt stora skillnad mellan antalet grundintervjuer och uppföljningsintervjuer återspeglar svårigheterna att få till stånd uppföljningsinter-

vjuer i reguljär verksamhet. Sannolikt finns många mer eller mindre systematiska skillnader mellan de klienter som har följts upp och de som inte har följts upp, vilket gör att alla beräkningar av förändringar mellan grundintervju och uppföljningsintervju måste tolkas med stor försiktighet. En beräkning av skillnaderna mellan den första grundintervjun och den första uppföljningsintervjun kan ändå ha ett visst värde. Den genomsnittliga tiden mellan grundintervju och första uppföljningsintervju är elva månader men varierar kraftigt mellan några dagar och flera år för olika klienter. För att begränsa mängden information har vi i denna rapport valt att huvudsakligen använda oss av intervjuarskattningen för att visa resultat från intervjuerna. En anledning är att intervjuarskattningarna uppvisar störst variation och i den meningen är mest känsliga för att återspegla skillnader. En annan anledning är att intervjuarskattningen korrelerar väldigt högt med klientens skattningar av oro och hjälpbehov och med det sammansatta indexet composite score. I tabell 1 återges medelvärden för alla klienters första grundintervju och första uppföljningsintervju, differensen mellan dem samt standardiserade ES-värden beräknade på medelvärdena för varje livsområde.

Tabell 1. Genomsnittlig intervjuarskattning (skala 0–9) för grundintervju och uppföljningsintervju samt differens mellan medelvärdena (G–U), samt standardiserad effektstorlek (ES) beräknad som Cohen's d för differensen mellan medelvärdena.

	Grund	Uppföljn	G-U	ES
	N 13750	N 3000		
Fysisk hälsa	2,01	1,77	0,24	0,11
Arbete, försörjning	2,63	2,05	0,58	0,23
Alkohol	3,83	2,14	1,69	0,64
Narkotika	2,81	1,69	1,12	0,39
Kriminalitet	0,95	0,47	0,48	0,30
Familj, umgänge	2,56	1,52	1,04	0,46
Psykisk hälsa	3,48	2,22	1,26	0,49

Som framgår av tabellen varierar differenserna mellan grundintervju och uppföljningsintervju (G–U) mellan 0,24 och 1,69 med ett totalt genomsnitt på 0,92 enheter på skalan för intervjuarskattningar (0–9). Alla differenser är starkt signifikanta. Hur ska man tolka detta? Den standardiserade skillnaden mellan medelvärdena (ES) för grund- och uppföljningsintervjuerna varierar mellan 0,11 och 0,64 och är beräknad som en skillnad mellan de två intervjutillfällena för samtliga klienter som har en grund- eller uppföljningsintervju. Om man i stället räknar ut förändringen endast för de knappt 3 000 klienter som har gjort både grundintervju och uppföljningsintervju blir värdena något högre, speciellt för alkohol. Det ger en antydning om att det rör sig om ett selektivt urval av klienter som följts upp. ES-värden beräknade på differensen mellan två tillfällen för samma grupp brukar bli något högre än om man jämför två olika grupper. Med detta i minne kan man, enligt gängse normer för hur man brukar tolka standardiserade ES-värden (Cohen, 1988), sluta sig till att effekterna är små till måttliga. Man kan också konstatera att de är i nivå med vad andra studier av missbruksvård har visat, till exempel de som ingår i faktaunderlaget till nationella riktlinjer.

Ett alternativt sätt att få en uppfattning om förändringens betydelse är att utnyttja beräkningen av RCI som nämndes inledningsvis. Vi kom fram till att en förändring med 1 (68 % säkerhet) eller 2 (95 % säkerhet) skalsteg på intervjuarskattningen för en enskild klient kan betraktas som tillförlitlig eller reliabel. I tabell 2 visas hur stor andel av klienterna som försämrats eller förbättrats med minst 1 skalsteg på intervjuarskattningen.

Tabell 2. Procentuell andel av klienter som är oförändrade, har försämrats eller har förbättrats med minst 1 steg på intervjuarskattningen.

	Alla N = 2890 (68 % CI)		
	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	25	38	38
Arbete försörjning	22	36	42
Alkohol	13	31	56
Narkotika	9	53	38
Kriminalitet	8	70	22
Familj umgänge	19	32	49
Psykisk hälsa	19	29	52

Hälften av klienterna har förbättrats i fråga om alkohol, psykisk hälsa och familj/umgänge. För livsområdena arbete/försörjning, fysisk hälsa och narkotika har drygt en tredjedel förbättrats med minst 1 steg. När det gäller kriminalitet är det inte så stor andel som ändras över huvud taget därför att många inte har några problem med kriminalitet. Försämringar inträffar främst för fysisk hälsa, arbete/försörjning, familj/umgänge och psykisk hälsa, där var fjärde till femte klient blivit sämre. För alkohol, narkotika och kriminalitet har ungefär var tionde klient blivit sämre.

Dessa resultat kan ses som en första indikator på att en relativt stor andel av missbruksvårdens klienter faktiskt får en bättre situation efter ett år än de hade innan. Det framgår också att det finns en relativt stor grupp som knappast förändras alls medan en mindre grupp får en sämre situation. En annan reflektion är att de genomsnittliga problemnivåerna vid uppföljningsintervjun ligger kvar på en relativt hög nivå, vilket betyder att det fortfarande finns hjälpbehov. Det är viktigt att komma ihåg att man inte kan dra slutsatsen att förändringarna beror på missbruksvårdens insatser eftersom det finns många andra tänkbara förklaringar, till exempel spontan förbättring, statistiska artefakter, selektivt urval av klienter till uppföljningsintervjuer med mera. Det kan ju till exempel vara så att man huvudsakligen följer upp klienter som det går bra för eller att de klienter som man följer upp hade mindre problem redan från början. Det kan å andra sidan också vara så att de klienter man följer upp är sådana som blir kvar i vården därför att deras problem inte försvunnit och att alla som avslutats på ett lyckat sätt försvinner ur vårdsystemet och inte kontaktas eller får kontaktas. Även om man inte kan utesluta alla tänkbara förklaringar är det intressant att det finns en förändring som behöver utredas och tolkas. Sannolikt rör det sig om ett flertal för-

klaringar och kombinationer av faktorer i, vad man kanske kan beskriva som, ett kausalt nätverk.

Interaktiv normdatabas

För att en normtabell ska bli riktigt användbar bör den återspegla den grupp eller individ som man vill jämföra med. Det ideala vore därför att användare kunde ha direkt tillgång till en stor datamängd för att göra sitt eget urval av klienter att jämföra sina egna klientgrupper med. I projektet har en prototyp för en interaktiv normdatabas skapats, som gör det möjligt att se hur normdata ser ut för materialet som helhet. Det finns viss möjlighet till urval av klienter avseende kön, ålder med mera. Adressen till normdatabasen och inloggningsuppgifter för den som vill pröva att använda databasen är:

<http://130.239.156.110>

Användarnamn: ad\Andra

Lösenord: ASIumu100

Med denna inloggning kan man se normdata i form av medelvärden med mera för olika urval i hela databasen, men inte för enskilda enheter. De medverkande enheterna har dock möjlighet att få inloggningsuppgifter så att de kan se sina egna enheter med eventuella underavdelningar genom att skicka ett e-postmeddelande till bengt-ake.armelius@psy.umu.se. Man kan välja att se antingen grundintervjuer, uppföljningsintervjuer eller både och. Väljer man det sista alternativet får man också standardiserade förändringsmått i form av s.k. effektstorlekar eller ES-värden, definierade som skillnaden mellan första grundintervju och uppföljningsintervju dividerat med den sammanvägda standardavvikelsen. I figur 1 nedan återges sidan där man kan välja vad man vill se.

The screenshot shows the 'ASI Urvalssida' web interface. At the top, there are three radio buttons for selecting the type of interview: 'Grundintervju', 'Uppföljningsintervju', and 'Båda intervjuerna'. Below these are two date pickers for 'Datum för grundintervju' and 'Datum för uppföljningsintervju'. The main section is titled 'Institutionstyp och stadsdel' and includes a dropdown menu for 'Stadsdelar inom institution: bengt-akea' with options like 'Akuten' and 'Alkohol och narkotika avdelningen'. To the right, there are sections for 'Dominerande drog' (with options like 'Inget', 'Alkohol', 'Narkotika'), 'Kön' (with options 'Man', 'Kvinna', 'Båda'), and 'Ålder' (with options '12 - 32', '33 - 44', '45 - 80', 'Visa alla'). At the bottom right, there are buttons for 'Visa resultat' and 'Avbryt'.

Figur 1. Urvalssida till den interaktiva databasen.

Resultaten återges för varje område av ASI och för 4 utfallsvariabler a) antal problemdagar under de sista 30 dagarna b) klientens skattning av oro c) kli-

entens skattning av hjälpbehov samt d) intervjuarens skattning. I figur 2 nedan återges ett exempel på hur resultatet redovisas för ett urval av klienter bestående av kommun, narkotika som dominerande drog samt kvinnorna.

Totalt antal intervjuer: 2898

Snitttid i månader mellan grund och uppföljning: 12

Snitttid i månader mellan grund och uppföljning inom urvalet: 11

Inst. typ	Dominerande drog	Kön	Antal inom urvalet	Fråga	Medel grund	Stdev grund	Medel uppf	Stdev uppf	ES
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Fysisk hälsa: Problem 30 dgr	11,41	12,67	9,6	11,98	0,14
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Fysisk hälsa: Oro/ besvär 30 dgr	1,57	1,51	1,39	1,46	0,13
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Fysisk hälsa: Hjälp	1,47	1,63	1,43	1,65	0,02
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Fysisk hälsa: Int.skattning	2,61	2,41	2,1	2,36	0,24
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Arbete: Problem 30 dgr	11,6	13,75	1,21	5,37	1,04
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Arbete: Oro/ besvär 30 dgr	1,44	1,56	1,08	1,39	0,24
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Arbete: Hjälp	1,57	1,66	1,27	1,62	0,2
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Arbete: Int.skattning	3,35	2,36	2,37	2,54	0,41
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Alkohol: Problem 30 dgr	2,09	6,79	3,12	8,46	-0,09
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Alkohol: Oro/ besvär 30 dgr	0,47	1,09	0,47	1,12	0
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Alkohol: Hjälp	0,57	1,29	0,5	1,22	0,06
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Alkohol: Int.skattning	1,54	2,34	1,28	2,23	0,1
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Narkotika: Problem 30 dgr	18,92	13,2	11,25	13,42	0,69
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Narkotika: Oro/ besvär 30 dgr	2,76	1,49	1,67	1,62	0,73
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Narkotika: Hjälp	2,96	1,54	1,8	1,85	0,73
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Narkotika: Int.skattning	5,78	2,15	3,49	3,02	0,8
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Kriminalitet: Problem 30 dgr	3,15	7,98	1,43	5,33	0,35
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Kriminalitet: Oro/ besvär 30 dgr	0,79	1,37	0,33	0,85	0,45
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Kriminalitet: Hjälp	0,7	1,35	0,26	0,86	0,44
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Kriminalitet: Int.skattning	1,35	2,21	0,61	1,42	0,46
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Familj: Problem 30 dgr	3,47	7,94	0,97	4,69	0,42
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Familj: Oro/ besvär 30 dgr	1,69	1,66	1,19	1,52	0,36
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Familj: Hjälp	1,4	1,71	0,94	1,56	0,34
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Familj: Int.skattning	3,59	2,41	2,19	2,44	0,63
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Övr. umgänge: Problem 30 dgr	1,82	5,03	0,72	4,26	0,31
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Psykisk hälsa: Problem 30 dgr	15,58	12,5	12,64	12,47	0,23
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Psykisk hälsa: Oro/ besvär 30 dgr	2,39	1,48	1,86	1,57	0,35
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Psykisk hälsa: Hjälp	2,5	1,63	1,64	1,72	0,53
Kommun	Narkotika	Kvinnor	210	Psykisk hälsa: Int.skattning	4,4	2,39	3,1	2,55	0,5

Spara som Excel-fil

Bakåt

Jag är klar

Figur 2. Exempel på resultat för grund- och uppföljningsintervjuer för ett urval av klienter.

I figur 2 kan man till exempel se att det finns 210 kvinnor inom socialtjänsten med narkotika som huvuddrog. Antalet dagar med problem kring arbete/försörjning har minskat från 11,6 till 1,21, vilket ger ett standardiserat ES-värde på 1,04, alltså en stor förbättring. ES-värdena för klientens skattning av oro och hjälpbehov samt intervjuarens skattning inom arbete/försörjning är dock betydligt lägre. Generellt finner man positiva förändringar för denna grupp inom alla områden, även om problemnivåerna vid uppföljningsintervjun fortfarande ligger relativt högt.

Databasens representativitet

En viktig fråga gäller hur pass representativa de ASI-intervjuer som finns i databasen är i förhållande till missbruksvården i Sverige. På enhetsnivå kan man få en uppfattning om detta genom att se hur många missbruksheter i landet som använder ASI. I en enkätundersökning riktad till alla kommuner och landstingsenheter undersöktes användningen av bedömningsinstrument inom missbruksvården under 2006–2007 (Abrahamsson & Tryggvesson,

2008). Enligt enkätsvaren var ASI det mest använda instrumentet och bland kommunerna använde drygt 50 % (169 kommuner) ASI. Andelen var ungefär densamma bland de 20 landstingsenheterna. I vår databas ingår knappt 50 kommunala enheter, vilket betyder att drygt en tredjedel av de kommunala enheter som då använde ASI finns med. Urvalet består, med något undantag, av alla enheter som i början av 2006 använde dataprogrammet ASINET och är i den meningen representativt för användare av ASI i datorversion. Det är dock bara en landstingsenhet av de 20 som finns med, så gentemot landstingsenheter saknas representativitet. ASI används även av några privata företag, varav några är med i vår databas. Även kriminalvården använder ASI, men där är förmodligen klientgruppen en annan än den som finns i socialtjänst eller beroendevård. Många klienter slussas mellan olika huvudmän, vilket kan utläsas i databasen.

Det kan vara så att enheter som tidigt börjar använda nya metoder med datorstöd är mer utvecklingsbenägna och därmed kanske också producerar bättre resultat än enheter som inte skaffar sig kompetens och förutsättningar för att använda bedömningsinstrument. Det behöver emellertid inte betyda att deras klienter är mindre eller mer problemtyngda än klienter vid andra missbruksenheter. En annan fråga man kan ställa sig är om klienterna i databasen är representativa för missbruksklienter i allmänhet. Eftersom alla klienter inte intervjuas med ASI på de enheter som använder ASI, uppstår frågan vilka som får och vilka som inte får en ASI-intervju. Den frågan undersöks vid några enheter inom ramen för delprojektet Prospektiv uppföljning. När resultaten är klara kan vi svara bättre på frågan hur pass representativa klienterna i databasen är genom att se hur urvalet till ASI-intervju går till på lokal nivå.

Delstudie 2. Prospektiv uppföljning

Delstudien Prospektiv uppföljning har flera delsyften. Ett delsyfte var att få bättre kontroll över vilka klienter som missbruksvården väljer att intervjua med ASI-intervjun och vilka som inte intervjuas och varför. Det ger en uppfattning om representativiteten i databasen i förhållande till klienter i missbruksvård. De flesta missbruksenheter i socialtjänstens missbruksvård som använder ASI-intervjun har som mål att en ASI-intervju ska genomföras för alla klienter som utreds för missbruk. I vilken utsträckning enheterna klarar detta mål är dock okänt. Det saknas också kunskap om varför vissa klienter följs upp medan andra inte följs upp. Även denna fråga undersöks i delstudien. Ett annat delsyfte med den prospektiva uppföljningsstudien var att följa nya klienter från grundintervju till uppföljningsintervju för att kunna beskriva klientgruppernas utveckling och sedan sätta resultatet i relation till insatser som gjorts mellan intervjutillfällena. Ytterligare ett syfte var att göra uppföljningar med register av olika slag, först ett år efter grundintervjun och sedan fem år efter grundintervjun. Med registerdata minskar risken för bortfall då ingen ytterligare medverkan krävs av klienten. Samtidigt får man tillgång till relevanta utfallsvariabler som kan användas för att validera klientens intervjuvar.

I delstudien Prospektiv uppföljning ingår nio missbruksenheter vid kommuner som utreder klienternas behov med hjälp av ASI. De enheter som

valdes ut skulle dels ha några års erfarenhet av att arbeta med ASI, dels tillsammans representera storstad, större kommuner och landsbygdskommuner. Storstadsområden representeras av missbruksvården i Malmö och Enheten för hemlösa män i Stockholm samt Täby och Huddinge kommuners missbruksvårdsenheter. I Malmö ingår samtliga stadsdelar utom Rosengård. De större kommunerna representeras av Umeå och Jönköping, medan Landsbygdkommunerna representeras av Arvidsjaur, Arjeplog och Vansbro kommuner.

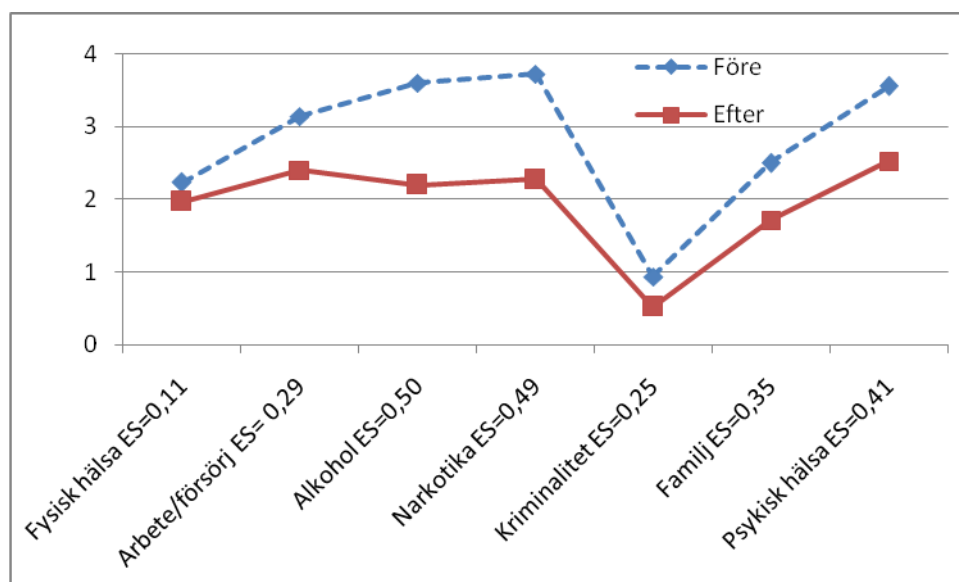
I dessa enheter noterades varje missbruksklient som skulle utredas i samband med missbruk. För klienter som inte intervjuades med ASI dokumenterades bakgrundsuppgifter samt orsaken till att de inte blev föremål för ASI-intervju på särskilda blanketter. Kontrakt skrevs med de klienter som valde att medverka och vid samma tillfälle fick de ta ställning till om de accepterade att ingå i en registerstudie. Klienterna följdes sedan från grundintervju till uppföljningsintervju. För varje klient har hela utredningen, inklusive de insatser som klienten tagit del av under tiden mellan grund- och uppföljningsintervjuerna, dokumenterats via studier av socialtjänstens akter. Uppföljning genomfördes ett år efter grundintervjun oavsett om klienten då befann sig i behandling eller inte. Uppföljningsintervjuerna kompletterades dessutom med frågor om specifika insatser och förändringar inom varje livsområde samt med alliansfrågor till både socialsekreterare och klient. Rekrytering till studien skedde under perioden september 2006 till och med mars 2007. Insamling av uppföljningsintervjuer påbörjades i september 2007 och pågick till juni 2008. I syfte att få med så många som möjligt inbjöds också klienter som hade gjort en grundintervju från september 2005 att delta i projektet, om de enligt planerna skulle följas upp senast under hösten 2007.

Insamling av uppgifter om själva utredningen och interventioner mellan grund- och uppföljningsintervju för varje klient gjordes från och med april 2008 av forskare och kontaktperson/socialarbetare vid varje deltagande enhet. Informationen fördes in i en databas, men inga bearbetningar har ännu gjorts av den insamlade informationen från socialakterna. Detta projekt har tagit betydligt mer tid och resurser i anspråk än vad som förutsågs i projektplanen. De medverkande enheterna krävde mer stöd från forskargruppen, till exempel för implementering av uppföljningsintervjun, än vad som förutsågs vid planeringen av projektet. Detta föranledde ett stort antal besök i samtliga medverkade kommuner. Projektet innebar också betydande utvecklingsarbete, till exempel av nya formulär och modeller för att kategorisera insatser. I tabell 3 nedan redovisas vilken information (förutom dokumentation om insatser) som samlats in för de klienter som ingår i delstudien Prospektiv uppföljning.

Tabell 3. Antal insamlade intervjuer och uppföljningsfrågor i delstudien *Prospektiv uppföljning* (preliminära data).

	ASI grund	ASI uppf	Enkäter handläggare	Enkäter klient	Tillstånd till register
Arvidsjaur	8	4	0	0	8
Älvsbyn	9	7	3	0	9
Vansbro	7	5	5	2	7
Enheten för hemlösa	19	16	16	16	23
Jönköping	46	38	30	30	30
Malmö	113	82	64	60	112
Täby	24	19	12	13	19
Huddinge	23	13	14	14	11
Umeå	21	17	18	19	24
Summa	270	201	162	154	243

Som framgår av tabell 3 är andelen uppföljningsintervjuer relativt stor och betydligt större i den prospektiva studien (74 %) än i det kliniska referensmaterialet (22 %). Med kontrakt för att ta in registerdata är det möjligt att följa upp 90 % av klienterna. Så gott som allt material, förutom registerdata, är nu insamlat men det är ännu inte sammanställt och bearbetat. I figur 3 visas en preliminär analys av utfallet avseende skillnad i intervjuerskattning mellan grundintervju och uppföljningsintervju för de 183 klienter som har fått både grundintervju och uppföljningsintervju.



Figur 3. Medelvärden före och efter ett år samt ES-värden för 183 klienter i delstudien *Prospektiv uppföljning*.

Den största differensen återfinns inom områdena alkohol och narkotika, medan den minsta och enda icke signifikanta differensen finns inom området fysisk hälsa. Om detta resultat jämförs med de värden som registrerades i det större kliniska referensmaterialet (tabell 1) finner man många likheter. De skillnader som finns är att i det kliniska referensmaterialet är intervjuar-skattningarna före något högre för alkohol och något lägre för narkotika än för gruppen som ingår i delstudien Prospektiv uppföljning. ES-värdena är något lägre för alkohol, familj och psykisk hälsa, men något högre för narkotika i gruppen som ingår i Prospektiv uppföljning.

Delstudie 3: Interventioner i socialtjänstens missbruksvård

Syftet med denna delstudie är att utveckla en modell för att kategorisera interventioner som kan användas för att beskriva socialtjänstens missbruksvård. Vi har valt att använda begreppet psykosocial intervention snarare än insats eller åtgärd. Avsikten är att endast inkludera sådana åtgärder eller insatser som är avsedda att förändra en klients förhållningssätt till sina problem. Det innebär att normalt utredningsarbete och ekonomiskt bistånd med mera inte inkluderas i definitionen av psykosocial intervention. I en och samma intervention kan således många olika insatser eller åtgärder ingå.

Modellens ena dimension har vi kallat *Innehåll* och den består av två huvudkategorier:

Psykosocial behandling. Denna kategori ställer krav på evidens, intention, kompetens och kontext. Behandlingen baseras på systematiskt och teoretiskt grundade tekniker eller metoder (12-steg, KBT, MI osv.).

Psykosocialt stöd. Åtgärder som syftar till att stödja den enskilde i dennes livssituation. Stödet behöver inte baseras inte på en specifik metod eller teknik och det kan vara både systematiskt och strukturerat (arbetsträning, boende, stödjande samtal osv.).

Dessa definitioner är konsistenta med bland annat riktlinjerna för missbruksvård. Den andra dimensionen har vi kallat *Form* och den består av två huvudkategorier av central betydelse i missbruksvården, nämligen öppen-vård och heldygnsvård.

Öppenvård. Individuellt behovsprövad vård som inte innebär dygnet-runt-vistelse (dagavdelning, individuella samtal, arbetsträning).

Heldygnsvård. Frivillig institutionsvård, frivillig familjehemsvård, tvångsvård på institution eller familjehemsvård enligt 27 § LVM där man vistas dygnet runt.

Dessa definitioner överensstämmer i huvudsak med de definitioner som används internationellt (t.ex. ASAM, 2001). Var och en av de två dimensio-

nerna *Innehåll* och *Form* kan längre fram utvecklas med underkategorier för att möjliggöra mer nyanserade beskrivningar av interventioner.

Utvecklingen och utprövningen av modellen genomfördes i ett pilotprojekt där vi använde ett material som omfattade 72 personer i en medelstor svensk kommun. Samtliga hade sökt hjälp för missbruksproblematik i socialtjänstens missbruksvård. Vi studerade dokumentationen om genomförda interventioner för samtliga personer i socialtjänstens akter, journalanteckningar och beslut för att kunna beskriva interventionerna. Sammanlagt överfördes cirka 3 000 datapunkter (noteringar av olika slag, telefonsamtal, anteckningar, kontakter, beslut, besök etc.) för de 72 personerna till en egen databas. Denna genomgång av databasen gav en detaljerad bild av vilka interventioner som använts och vilken dokumentation som fanns tillgänglig. I tabell 4 visas hur de 108 interventioner som slutligen registrerades fördelar sig på de två dimensionerna i modellen.

Tabell 4. Fördelning av 108 interventioner på dimensionerna *Innehåll* och *Form*.

Innehåll	Form	Antal interventioner	Procent
Stöd	Öppen	27	25%
Stöd	Heldygn	48	45%
Behandling	Öppen	26	24%
Behandling	Heldygn	7	6%

Kartläggningen visar att stöd (70 %) är vanligare än behandling, som svarar för 30 %. Heldygnsvård är ungefär lika vanligt som öppenvård. Kombinationen heldygnsvård och stöd är vanligare (45 %) än kombinationen heldygnsvård och behandling, som förekommer mycket sällan (6 %).

Av de 72 personerna som deltog i studien har 52 personer (72 %) fått minst en intervention under den aktuella mätperioden, som omfattar i genomsnitt elva månader, medan 20 personer (28 %) under denna tid inte varit föremål för någon intervention. Det kan verka förvånande att så stor andel inte har fått någon intervention alls, men det beror delvis på att definitionen av interventionsbegreppet exkluderar de personer som utreds utan att man kommer fram till en insats eller ett beslut om insats. Sannolikt finns i denna grupp även personer som under en period sökt bistånd från socialtjänsten men sedan har avbrutit kontakten, som erbjudits interventioner som inte passade eller som har löst sin situation på något annat sätt. I denna kategori ingår även ett antal personer som avslutat interventionen i ett så tidigt skede att den inte kan förväntas ha påverkat personen. Tjugosex personer fick endast en intervention och sju personer fick fyra eller fler interventioner under den aktuella mätperioden. Av hela den grupp som ingick i denna undersökning deltog 36 % i mer än en intervention under den aktuella tidsperioden. Dessa interventioner har antingen genomförts parallellt eller efter varandra; i båda fallen är det svårt att bestämma effekten av en enskild intervention. Detta speglar sannolikt situationen för ett stort antal personer inom missbruks- och beroendevården, speciellt för klienter med större behov av hjälp

och som i ett längre tidsperspektiv präglas av många försök med olika åtgärder och insatser. Det kan vara lika viktigt att undersöka resultat av en kombination av interventioner som av en enskild intervention (Anglin, Hser & Grella, 1997). I många fall rör det sig inte om interventioner som planeras samtidigt utan man avvaktar resultatet av en intervention innan man bestämmer sig för att eventuellt gå vidare med ytterligare en intervention. ASI-intervjun bygger på det teoretiska antagandet att missbruksklienter har multidimensionella problem som kräver insatser inom flera områden, antingen parallellt eller i en viss ordning. Man måste då också beakta effekter av successiva insatser inom samma område. Hur sådana kombinationer av insatser bör utformas och hur de ska utvärderas är angelägna frågor som dock är svåra att hantera, inte minst i kontrollerade studier som bygger på att en intervention renodlas medan annan samtidig behandling ska undvikas.

Förändring i relation till genomförda insatser

Hur förhåller sig dessa interventionskategorier till klienternas förändringar? I den undersökta gruppen ingår både personer som inte fått någon intervention alls och personer som fått del av flera av de kombinationer som fyrfälts Tabellen anger. I gruppen fanns således personer som fått både stöd och behandling i öppenvård samt både stöd och behandling i såväl heldygnsvård som öppenvård. I tabell 5 redovisas medelvärdena för intervjuarskattningen för grundintervjun, uppföljningsintervjun, ES-värden samt antal personer för varje interventionskategori eller kombinationer av interventioner. Interventionskategorin ”stöd behandling heldygn öppen” betyder till exempel att gruppen ifråga har fått såväl stöd som behandling i både öppenvård och heldygnsvård, alltså minst fyra olika insatser. I tabellen finns ingen tidsordning mellan de olika interventionerna och flera interventioner kan ha förekommit samtidigt eller efter varandra för en enskild person mellan de två intervjutillfällena, vilket naturligtvis kan ha betydelse för utfallet.

Tabell 5. Intervjuarskattning vid grundintervju och uppföljningsintervju samt ES-värden för olika kategorier av interventioner.

Intervjuarskattning	Skala 0-9	N	Grund	Uppf	ES
	Interventionskategori		Medelv	Medelv	
Fysisk hälsa	Ingen	10	1,5	1,3	0,09
	stöd öppen	8	2,5	2,38	0,06
	behandling öppen	17	1,18	1,06	0,05
	stöd och behandling öppen	7	2,29	0,71	0,73
	stöd heldygn	8	2,63	2,25	0,17
	stöd behandling heldygn öppen	7	1,86	1,14	0,33
	Total	58	1,81	1,4	0,19
Arbete och försörjning	Ingen	10	2,1	0,8	0,49
	stöd öppen	8	2,5	0	0,95
	behandling öppen	17	2,82	0,24	0,98
	stöd och behandling öppen	7	2,71	0,71	0,76
	stöd heldygn	8	2,88	1,88	0,38
	stöd behandling heldygn öppen	7	3,29	1,43	0,7
	Total	58	2,69	0,72	0,75
Alkohol	Ingen	10	4,1	2,1	0,72
	stöd öppen	8	3	1,38	0,59
	behandling öppen	17	3,12	1,18	0,7
	stöd och behandling öppen	7	2,86	1,29	0,57
	stöd heldygn	8	4,38	2,38	0,72
	stöd behandling heldygn öppen	7	5,71	1,86	1,4
	Total	58	3,76	1,67	0,76
Narkotika	Ingen	10	2,5	1	0,53
	stöd öppen	8	4	1	1,05
	behandling öppen	17	2,82	1,18	0,58
	stöd och behandling öppen	7	4,71	1,29	1,2
	stöd heldygn	8	2,25	1,75	0,18
	stöd behandling heldygn öppen	7	3,43	1,43	0,7
	Total	58	3,1	1,22	0,66
Kriminalitet	Ingen	10	0,2	0	0,21
	stöd öppen	8	0	0	0
	behandling öppen	17	0,59	0	0,62
	stöd och behandling öppen	7	0,43	0	0,45
	stöd heldygn	8	0,38	0	0,39
	stöd behandling heldygn öppen	7	0	0	0
	Total	58	0,31	0	0,33
Familj och umgänge	Ingen	10	1,7	0	0,71
	stöd öppen	8	3,13	0	1,31
	behandling öppen	17	2,94	0,18	1,16
	stöd och behandling öppen	7	1,57	0,71	0,36
	stöd heldygn	8	1,88	0,5	0,58
	stöd behandling heldygn öppen	7	3,86	1,29	1,08
	Total	58	2,59	0,36	0,93
Psykiska problem	Ingen	10	2,8	1,8	0,35
	stöd öppen	8	3,25	1,88	0,49
	behandling öppen	17	3,47	2,24	0,44
	stöd och behandling öppen	7	3,43	2,57	0,3
	stöd heldygn	8	1,5	1,13	0,13
	stöd behandling heldygn öppen	7	4,29	2,86	0,51
	Total	58	3,19	2,09	0,39

Modellen utvecklades på data för 72 personer, men både grundintervju och uppföljningsintervju fanns för endast 58 av dessa. Varje interventionskategori består av litet antal personer, vilket gör resultaten osäkra (i kategorin *behandling heldygn* och *öppenvård* fanns till exempel en enda person som inte visas i tabellen, men som inkluderats i Totalvärdena). Några generella slutsatser om förändringar i relation till interventionskategorierna kan naturligtvis inte dras med ett så litet material, utan tabellen bör ses som ett försök att illustrera hur resultaten som bygger på modellen kan presenteras. Tabellen innehåller mycket information och vi väljer att endast kommentera några enstaka resultat för att underlätta läsningen. Inga skillnader i tabellen är signifikanta.

Ett intressant resultat är att situationen har förbättrats nästan lika mycket som genomsnittet även för den grupp som inte har fått någon intervention. Denna grupp skiljer sig initialt inte från övriga grupper i något annat avseende än att de är något yngre, i genomsnitt (31 år jämfört med 36 år). Inom exempelvis alkohol har de relativt höga intervjuarskattningar men trots att de inte fått någon intervention uppvisar de en relativt stor förbättring. Det kan till exempel handla om spontanläkning, självhjälp, vård utan socialtjänstens kännedom, stöd och hjälp från familj och anhöriga. En annan möjlighet är att utredningen har bidragit. Som tidigare forskning har visat kan själva utredningen påverka klienternas insikt och inställningen till sina problem (Engström, 2005). Vi vet också att i utredningen ingår vanligtvis ett antal kontakter med socialtjänstens handläggare, personliga samtal, råd, stöd med mera, som sällan dokumenteras och alltså inte ingår bland våra interventioner (Billqvist & Johnsson, 2007).

Inom området alkohol finns en grupp som har deltagit i samtliga typer av interventioner och har större hjälpbehov (medelvärde för intervjuarskattningar är 5,7). I denna grupp förefaller problemen också att minska mest och effektstorleken visar en mycket stor effekt. Det skulle kunna tyda på att det i denna grupp finns personer som har behov av många alternativ. Inom området narkotika finns två grupper som initialt har större problem med narkotika än övriga (4 respektive 4,7 i intervjuarskattningen). Den ena har enbart fått stöd i öppenvård och den andra har fått både stöd och behandling i öppenvård, i båda fallen med goda resultat. Man kan också notera att effektstorlekarna (ES) för familj och umgänge är höga för de grupper som har fått stöd eller behandling i öppenvård. Inom området psykiska problem ligger medelvärdet även i uppföljningsintervjuerna över 2, vilket innebär att flertalet klienter vid uppföljningstillfället fortfarande har ett hjälpbehov för sina psykiska problem. Medelvärdena ligger betydligt lägre för vissa andra områden.

De genomsnittliga effektstorlekarna (ES) för intervjuarskattningarna har också beräknats för var och en av interventionskategorierna som ett genomsnitt över samtliga livsområden. Resultaten visar att behandling i öppenvård ger den största effekten, medan stöd i öppenvård ger betydligt mindre effekt. Det bör påpekas att denna typ av jämförelser inte kan bidra med kunskap om vilka orsaker som ligger bakom de uppmätta effekterna, främst därför att man inte har tillgång till relevanta kontrollgrupper. En rimlig alternativ tolkning är att grupperna är olika i en rad avseenden som vi inte känner till redan från början. Sådana skillnader kan mycket väl förklara varför grup-

perna förändras olika. Selektionseffekter är en av orsakerna till att man fäster sådan vikt vid att fördela klienterna slumpmässigt till de grupper som ska jämföras eftersom de då enligt slumpens lagar blir lika i alla avseenden. När man följer upp klienter i reguljär missbruksvård får man oftast nöja sig med att i efterhand jämföra grupperna med hjälp av ingångsvärden. I ASI finns en stor mängd variabler vilket skapar förutsättningar för att i efterhand matcha grupper eller justera för initiala olikheter som kan förväntas ha betydelse för utfallet. På så sätt får man bättre kontroll och kan undersöka rimligheten i just denna förklaring. Det finns dock en rad andra faktorer än initiala skillnader som kan förklara varför grupper som fått olika interventioner förändras olika. Som vi tidigare påpekat är det svårt att mäta och tolka förändring. Att dessutom visa att förändringen beror på en specifik intervention och inget annat är en uppgift som faller utanför denna typ av studier.

De resultat som har presenterats här kan inte användas för att uttala sig om vilka interventioner som är mer effektiva än andra utan ska endast ses som ett försök att belysa modellens användbarhet. Vår förhoppning är emellertid att modellen ska ge värdefull information när den används på ett större material. I *delstudie 3: Prospektiv uppföljning* har vi samlat in information om de deltagande klienterna utifrån denna modell. Där finns också en kompletterande del som ger specifik information om insatsernas art och omfattning för varje klient.

Delstudie 4: ASI Normal

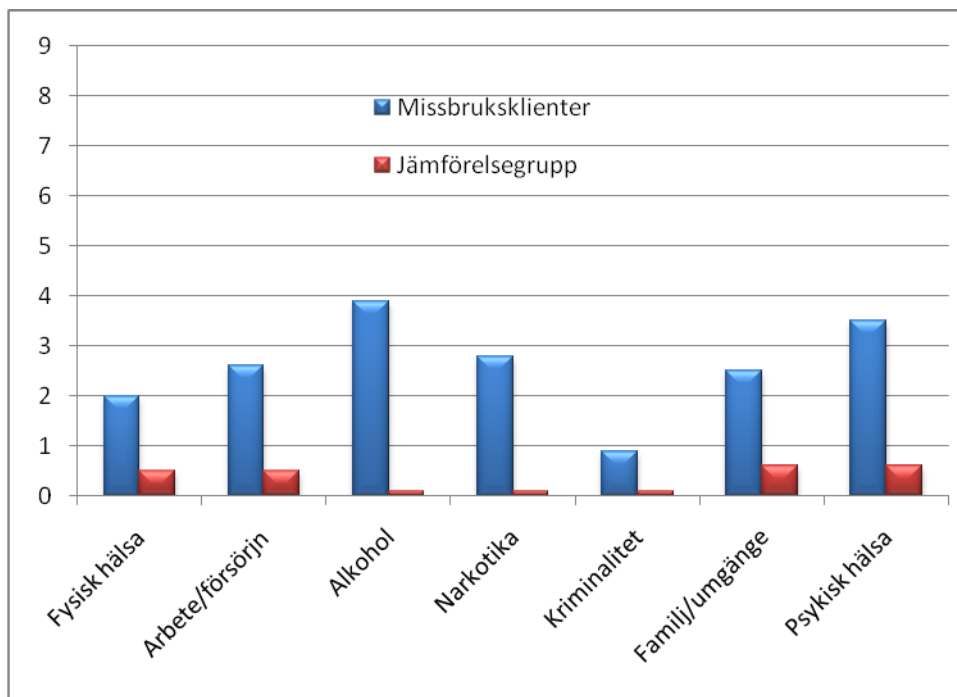
Trots att ASI-intervjun har använts i snart 30 år och är spridd över hela världen finns det endast en publicerad studie med normdata från en befolkningsgrupp utanför missbruksområdet (Weisner et al, 2000). Denna studie baserades emellertid på en amerikansk population från en primärvårdsenhet (HMO) och är därför mindre relevant för svenska förhållanden. I studien exkluderades dessutom två av ASI-intervjuns livsområden, nämligen familj och umgänge och rättsliga problem samt ASI-intervjuns intervjuar- och klientskattningar, vilket begränsar möjligheterna till jämförelser.

Det ursprungliga syftet med projektet ”Referensmaterial för bättre användning av ASI-intervjun var att undersöka hur en grupp ur den svenska så kallade normalbefolkningen svarar på ASI-intervjun. I *delstudie 4: ASI-normal* gjordes ett försök att skapa en svensk jämförelsegrupp baserad på ett antal slumpmässigt utvalda personer i åldrarna 20–55 år på de orter och upptagningsområden som ingår i *delstudie 3: Prospektiv uppföljning*. I samråd med SCB gjordes ett urval som var tre gånger större (1 800 individer) än den förväntade svarsfrekvensen på 600 individer. Samtliga personer fick via SCB en förfrågan om att delta i studien mot en ersättning av två trisslotter. Redan efter det första utskicket fick vi tydliga indikationer på att bortfallet skulle bli mycket större än förväntat. Efter andra påminnelsen bekräftades farhågorna och det stod klart att studiens vetenskapliga värde skulle reduceras avsevärt genom det stora bortfallet. För att ändå få data från någon form av jämförelsegrupp till missbruksgruppen reviderades planen för studien. I planen ingick att ASI-intervjuerna skulle genomföras av särskilda intervjuare i ett direkt personligt möte med personerna i urvalet. I samråd med IMS ledning förändrades planerna så att kostnaderna kunde minskas. Specialut-

bildade psykologstudenter fick istället i uppdrag att genomföra telefonintervjuer. Kostnaden blev på så sätt väsentligt lägre och ersättningen till intervjupersonerna kunde höjas till 500 kronor vid den tredje påminnelsen.

Det slutgiltiga antalet genomförda intervjuer blev 267 eller 14,8 % av urvalet. Det stora bortfallet gör att alla uppskattningar av hur vanliga olika problem etc. är i en normalbefolkning blir ytterst osäkra och det vetenskapliga värdet av delstudiens resultat blir ytterst begränsat. Mot bakgrund av den låga svarsfrekvensen anser vi det inte motiverat att skapa en normtabell motsvarande den som finns för den kliniska gruppen. En utförlig beskrivning av gruppen som svarat på frågorna i ASI, hur bortfall etc. ser ut, finns i en psykologexamensuppsats av Bergvall och Vigen, 2008.

Även om svaren inte kan användas för att uttala sig om normalbefolkningen på ett tillförlitligt sätt kan det vara av visst intresse att se vilka problemnivåer man kan förvänta sig i en jämförelsegrupp som inte är i missbruksvård. När det gäller hur jämförelsegruppens hjälpbehov ser ut visar såväl intervjuarskattningarna som intervjupersonernas skattningar av hjälpbehov och oro sällan värden över 1, vilket de inte heller bör göra då ASI är avsett att mäta hjälpbehov och problemtyngd i grupper som har problem (Weisner et al, 2000). I figur 4 nedan visas hur de genomsnittliga intervjuarskattningarna från första grundintervjun ser ut i missbruksgruppen (N = 13 800) och i jämförelsegruppen (N = 267).



Figur 4. Genomsnittliga intervjuarskattningar för missbruksklienter och jämförelsegrupp inom de olika områdena av ASI-intervjun.

Som framgår av figuren uppvisar jämförelsegruppen nämnvärda problem endast inom områdena fysisk hälsa, psykisk hälsa, arbete/försörjning och familj/umgänge och även inom dessa områden ligger problemnivån långt under problemnivån för missbruksklienterna. Kunskap om vilka problemnivåer

vår och hjälpbehov som kan förväntas i en jämförelsegrupp som inte är i missbruksvård kan bidra till att skapa realistiska förväntningar om vilka förändringar som är möjliga och vilka som är orealistiska för grupper med missbruksproblem.

Återblick på projektets genomförande och resultat

Även om ett antal ändringar varit nödvändiga har projektets alla delar genomförts. Tidsplanen var optimistisk i det avseendet att den förutsatte en snabbare och mer effektiv datainsamling än vad som visade sig vara möjligt. Det gällde i första hand delstudien Prospektiv uppföljning, där det tog längre tid att få till stånd ett samarbete med de aktuella enheterna än planerat. Kvalitetsgranskningen av den befintliga databasen tog också mer tid än beräknat. Det mesta av den planerade datainsamlingen har dock genomförts inom projektets tidsram.

Eftersom projektets huvudsyfte var att samla in referensmaterial har vi prioriterat datainsamling och granskningen av det dataset som utgör underlag för ett nyanserat referensmaterial. Materialet kan också användas som underlag för framtida forskning och undersökning av många olika frågeställningar. Vi har bedömt att det för framtida utnyttjande av normdata krävs en plattform som kan utnyttjas av såväl missbruksvården som forskare. Hur den ska utformas, administreras etc. är en fråga som ligger utanför detta projekts ram.

Kliniska normer. Vår bedömning är att det insamlade kliniska referensmaterialet kan ge en bild av läget i svensk missbruksvård under 2000-talets första decennium. Så gott som alla större enheter som använder ASI-intervjun inom socialtjänstens område finns med i databasen, vilket torde vara unikt för svenska förhållanden. Om antalet personer med missbruksproblem uppskattas till 100 000, så finns cirka 14 % av dessa i databasen. Det skapar förutsättningar för nedbrytning av normgrupper i många led. Med 4 000 uppföljningsintervjuer finns också möjlighet att skapa relativt stabila längdsnittsnormer även om det finns vissa svårigheter att hantera i samband med analys av förändringar. Trots en del oklarheter kring representativiteten hos uppföljningsintervjuerna kan man se att det är lägre probleminivåer och mindre hjälpbehov i uppföljningsintervjuerna än i grundintervjuerna. Det visar att situationen för många av missbruksvårdens klienter förbättrats efter något år. För något fler har inga större förändringar skett och för en mindre grupp, som ur missbruksvårdens perspektiv kanske är den viktigaste, har situationen försämrats. Innan slutsatser kan dras om vad som kan tänkas bidra till en positiv respektive negativ förändring krävs en ingående analys av materialet i syfte att kontrollera flera tänkbara förklaringar, till exempel att det är en selekterad grupp som har följts upp eller att det rör sig om statistiska artefakter till följd av reliabilitetsbrister eller mätproblem.

Prospektiv uppföljning. Detta delprojekt har genomförts enligt planen, men har tagit betydligt mer tid i anspråk än vad vi trodde. Gensvaret för att delta i projektet bland socialsekreterare och personer med missbruksproblematik har varit över förväntan. Endast ett fåtal klienter avböjde medverkan i denna delstudie och de allra flesta av sammanlagt 270 klienter har gett sitt medgivande till att ta del av deras sociala akter och att göra en register-

uppföljning upp till fem år efter grundintervjun. Med stöd från forskningsprojektet uppnåddes en imponerade frekvens av uppföljningsintervjuer i de deltagande missbruksenheterna. Det visar att missbruksvården kan uppnå uppemot 70 % uppföljningsintervjuer med vissa ansträngningar. De preliminära analyserna visar på ungefär samma förändringar som i det större kliniska referensmaterialet, men innan data har granskats är det inte möjligt att dra några slutsatser om utfallet.

Effekter av interventioner. Arbetet med att utveckla en modell för att kategorisera missbruksvårdens interventioner har varit krävande, men det har givit ett positivt resultat så här långt. Det som återstår är att analysera och systematisera de data som redan samlats in. Det är möjligt att modellen kommer att behöva revideras och justeras för att återspegla den komplexitet som utmärker missbruksvårdens interventioner. En enhetlig modell för kategorisering av insatser kan bli ett viktigt bidrag till utvecklingen av en lokalt förankrad evidensbaserad missbruksvård.

ASI-Normal. Ett ursprungligt syfte med projektet var att ta fram normer för en normalgrupp. Försöket gav dock inte det resultatet som vi hade hoppats på. Bortfallet blev stort, cirka 85 %, vilket gör att det inte går att förlita sig på den slutliga datamängden för en rad frågeställningar. Att bortfallet skulle bli så stort var helt oväntat och är svårt att förklara. Eftersom bortfallet gör att det insamlade materialet inte kan ses som representativt för normalbefolkningen kan mer precisa estimat av till exempel droganvändning i normalpopulationen inte skapas. Om man däremot ser materialet som en jämförelsegrupp utanför missbruksvården finns emellertid ett värde i att analysera resultaten. Teoretiskt kan man i en normalgrupp endast förvänta sig en liten variation kring 0–1 på variabler som ska mäta kliniska problemnivåer och behandlingsbehov, vilket bekräftas av jämförelsegruppens resultat. För mer specifika behov, som till exempel att uppskatta klinisk signifikans i behandlingsstudier, jämförelser mellan undergrupper eller för studier av samband mellan variabler är en jämförelsegrupp inom normalzonen av stort värde, förutsatt att man beaktar den låga svarsfrekvensen och obalansen i förhållande till normalgruppen.

Referenser

- Abrahamson, M., & Tryggvesson, K. (2007). Användning av bedömningsinstrument i missbrukarvården – en nationell kartläggning och fallstudier av två län. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet.
- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D. & Tengvald, K. (1999). En strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Anglin, M. D., Hser, Y. & Grella, C. E. (1997). Drug addiction and treatment careers among clients I: the Drug Abuse Treatment Outcomes Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, s. 308–323
- Armelius, B-Å. & Armelius, K. (1999). Kausalfrågor och effektfrågor vid utvärdering av behandling. SIS-rapport 1999:4.
- ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders. Second Edition-Revised (2001). American Society of Addiction Medicine, Inc. Chevy Chase, Maryland.
- Bergvall, L. & Vigen, M. (2008). Referensdata för ASI-intervjun från ett stratifierat urval om 267 personer ur den svenska befolkningen. Examensuppsats, psykologutbildningen, Institutionen för psykologi, Umeå Universitet.
- Billqvist, L. & Johnsson, L. (2007). Sociala akter som empiri. Om möjligheter och svårigheter med att använda socialarbetares dokumentation i forskningssyfte. *Socialvetenskaplig Tidskrift*, 14, Nr 1, s. 3–18.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Ed.2, Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Engström, C. (2005). Implementering och utvärdering av Addiction Severity Index (ASI) i socialtjänsten. Akademisk avhandling. Institutionen för psykologi, Umeå Universitet.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12–19.
- Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B. & McGlinchey, J.B. (1999). Methods for Defining and Determining the Clinical Significance of Treatment Effects: Description, Application, and Alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 67, No. 3, 300–307.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1980;168, 26–33.

- McLellan, A.T, Cacciola, J.C Alterman, A.I, Rikon S.H. & Carise, D. (2006). The addiction severity index at 25: Origins, contributions and transitions. *The American journal on addiction*, 15, 113–124.
- Nyström, S., Andrén, A., Zingmark, D. & Bergman, H. (2007). Den svenska ASI-intervjuns reliabilitet. Opublicerat manuskript.
- Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.

Bilaga 1. Medverkande enheter

Antal grundintervjuer och uppföljningsintervjuer för medverkande enheter i oktober 2008, se nästa sida.

	Grundintervjuer		Uppföljning		Totalt
	Första	G Totalt	Första	U Totalt	Summa
Arjeplog	1	1		0	1
Arvidsjaur	52	52	10	11	63
Attendo	1199	1203	259	264	1467
Boden	104	112	5	5	117
Borås	427	466	76	83	549
Bromma	81	82	2	2	84
Enskede-Årsta-Vantör	75	76	4	4	80
Familjevårdskonsulenterna	4	4		0	4
Farsta	48	51	6	6	57
Gävle	126	128	8	8	136
Huddinge	412	414	72	75	489
Hägersten-Liljeholmen	62	63	4	4	67
Hässelby-Vällingby	127	128	31	32	160
Jönköping	585	646	200	295	941
Karlstad	377	429	105	147	576
Kiruna	40	41	6	6	47
Kungsholmen	124	127	35	45	172
Landskrona	233	238	24	25	263
Linköping	145	148	6	7	155
Ljungby	44	47	3	3	50
Luleå	125	129	6	7	136
Malmö stad	784	800	185	210	1010
Maria Beroendecentrum	3557	3860	600	861	4721
Norrköping	581	674	130	168	842
Norrmalm	77	77	14	17	94
Nässjö	152	178	60	97	275
Oskarshamn	100	112	6	6	118
Rinkeby-Kista	168	172	22	24	196
Sala	91	93	23	25	118
Sandviken	93	96	31	46	142
Skarpnäck	59	61	1	1	62
Skellefteå	205	214	59	69	283
Skärholmen	65	67			67
Skövde	117	117	16	18	135
Stockholm hemlösa	252	255	103	121	376
Spånga-Tensta	132	136	35	39	175
Sundbyberg	60	61	15	16	77
Svalöv	45	47	5	5	52
Södermalm	426	465	116	141	606
Södertälje	420	441	200	344	785
Täby	168	171	51	56	227
Umeå	420	446	156	229	675
Upplands Väsby	145	150	17	18	168
Upplands-Bro	67	71	21	26	97
Vansbro	56	56	13	16	72
Västerås	517	556	186	264	820
Älvsbyn	61	69	14	21	90
Älvsjö	16	16			16
Öckerö	10	10			10
Örebro	600	648	179	237	885
Östermalm	68	70	6	6	76
Summa	13903	14774	3126	4110	18884

Bilaga 2. Normtabeller

Tabell 1. Bakgrund och tidigare problematik för klienter i missbruksvård, grupperad efter kön respektive dominerande problem

	Alla N = 13795	Män N = 9535	Kvinnor N = 4260	Alkohol N = 7071	Narkotika N = 5032	Alk. & nark N = 797	Ingen N = 895
Demografiska data							
Ålder	40 (13)	40 (13)	40 (13)	46 (12)	33 (10)	38 (11)	35 (13)
Kön (%män)	69	100	0	68	73	67	59
% svenska medborgare	90	89	93	91	88	93	88
Civilstånd							
% ensamstående	19	22	14	13	25	21	32
% gifta/sambo	27	26	31	32	23	21	25
% fränskilda	53	53	55	55	53	58	43
% nöjda med civilstånd	55	53	60	57	53	47	58
Utbildning							
% < 9 år	11	12	8	11	10	10	8
% 9 år	27	28	27	22	34	30	27
% 10–12 år	43	43	43	43	43	43	43
% > 12 år	19	18	23	24	13	18	23

Alkoholproblem

% tidigare behandling	35	36	33	51	13	52	10
% delirium	12	13	9	16	7	21	3
% druckit alkohol mer än 3 dgr/vecka	76	77	75	90	61	90	36
% druckit alkohol till berusning	72	72	70	86	56	89	29

Narkotikaproblem

% tidigare behandling	27	28	25	6	57	47	8
% överdos	21	22	19	6	44	33	6
% använt heroin \geq 1 år	14	16	10	1	35	13	3
% använt metadon \geq 1 år	4	4	3	0	10	2	0
% använt subutex \geq 1 år (N = 3197)	8	9	5	0	23	7	2
% använt opiater \geq 1 år	17	16	18	6	32	26	6
% använt dämpande \geq 1 år	27	26	30	13	47	48	11
% använt kokain \geq 1 år	9	10	6	3	17	14	3
% använt amfetamin \geq 1 år	32	34	29	12	61	53	11
% använt cannabis \geq 1 år	38	43	26	16	69	58	15
% använt hallucinogener \geq 1 år	7	8	5	2	14	10	2
% använt ecstasy \geq 1 år (N = 3197)	5	6	4	1	12	14	3
% använt lösningsmedel \geq 1 år	7	8	5	3	11	14	3
% använt annan drog \geq 1 år	7	8	5	2	15	8	1
% använt flera preparat samtidigt \geq 1 år	35	37	31	14	64	68	10

Fysisk hälsa

% kroniska problem	49	48	51	48	52	49	45
% tar medicin	29	27	35	34	23	28	29

Psykisk hälsa

% tidigare behandling	52	46	65	50	52	60	53
% tidigare medicinerat	13	12	16	14	12	17	12
% tidigare depression	65	62	73	61	70	77	64
% tidigare ångest	69	65	77	64	74	81	63
% tidigare suicidförsök	27	23	36	24	31	38	20
% tidigare kontrollsvårigheter	35	37	32	27	46	52	27

Arbete och försörjning

% heltidsarbete	39	42	33	49	27	32	31
% arbete, hel- eller deltid	50	50	50	60	38	45	45
% arbetslös	27	29	22	18	40	27	28

Boendesituation senaste tre år

% bor med partner	36	34	40	39	32	31	29
% bor med familj/föräldrar	7	8	5	3	10	6	14
% bor med vänner	2	2	2	2	3	2	2
% instabil boendesituation	4	4	3	2	6	5	2
% nöjda med boendesituationen	53	51	56	57	48	43	56
% utsatta för fysisk misshandel	35	27	52	30	40	44	34
% utsatta för sexuell misshandel	12	5	30	10	15	16	12

Rättsliga problem

% lagförda	48	57	29	31	73	61	35
% frihetsberövade	31	40	12	21	46	39	18
% åtalade för våldsbrott	27	34	10	18	38	37	20

Tabell 2. Dagar med problem de senaste 30 dagarna, intervjuarskattningar och sammanfattande index för klienter i missbruksvård, grupperad efter kön respektive dominerande problem.

	Alla N = 13795	Män N = 9535	Kvinnor N = 4260	Alkohol N = 7071	Narkotika N = 5032	Alk. & nark. N = 797	Ingen N = 895
Alkoholmissbruk							
Kompositpoäng för alkohol	0,25 (0,25)	0,24 (0,24)	0,27 (0,25)	0,37 (0,22)	0,09 (0,16)	0,37 (0,23)	0,04 (0,11)
Dagar med alkoholkonsumtion	6 (9)	6 (9)	6 (9)	8 (9)	3 (6)	9 (10)	2 (5)
Dagar med alkoholkonsumtion till berusning	5 (8)	5 (8)	4 (7)	7 (9)	2 (5)	7 (9)	1 (3)
Intervjuarskattning alkohol	3,8 (2,8)	3,8 (2,8)	3,9 (2,8)	5,4 (1,9)	1,8 (2,4)	5,6 (2,0)	1,0 (1,9)
Narkotikamissbruk							
Kompositpoäng för narkotika	0,10 (0,13)	0,10 (0,13)	0,09 (0,13)	0,01 (0,04)	0,22 (0,12)	0,16 (0,12)	0,01 (0,05)
Dagar använt heroin	1 (5)	1 (5)	1 (4)	0 (1)	3 (7)	0 (3)	0 (1)
Dagar använt metadon	0 (3)	0 (3)	0 (2)	0 (1)	1 (4)	0 (2)	0 (1)
Dagar använt subutex (N = 3197)	1 (6)	2 (6)	1 (5)	0 (0)	4 (9)	1 (4)	1 (4)
Dagar använt opiater	1 (6)	1 (5)	2 (6)	0 (3)	3 (8)	2 (6)	1 (4)
Dagar använt dämpande	3 (8)	3 (7)	3 (9)	1 (6)	5 (9)	5 (10)	1 (6)
Dagar använt kokain	0 (2)	0 (2)	0 (1)	0 (0)	0 (2)	0 (2)	0 (0)
Dagar använt amfetamin	1 (5)	1 (5)	1 (5)	0 (1)	3 (8)	2 (6)	0 (2)
Dagar använt cannabis	2 (6)	2 (7)	1 (4)	0 (2)	5 (9)	3 (7)	0 (2)
Dagar använt hallucinogener	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Dagar använt ecstasy (N = 3197)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (1)
Dagar använt lösningsmedel	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (1)	0 (0)
Dagar använt andra droger	1 (4)	1 (4)	1 (4)	0 (2)	1 (5)	1 (4)	0 (1)

Dagar använt flera preparat	2 (6)	2 (6)	2 (6)	0 (3)	5 (9)	5 (8)	0 (3)
Intervjuarskattning narkotika	2,8 (3,2)	2,9 (3,2)	2,5 (3,1)	0,6 (1,6)	5,8 (2,1)	4,8 (2,6)	0,6 (1,6)
Fysisk hälsa							
Kompositpoäng för fysisk hälsa	0,33 (0,35)	0,31 (0,35)	0,37 (0,36)	0,31 (0,35)	0,35 (0,36)	0,35 (0,35)	0,28 (0,34)
Problemdagar fysisk hälsa	10 (13)	9 (13)	11 (13)	10 (13)	10 (13)	10 (13)	8 (12)
Intervjuarskattning fysisk hälsa	2,0 (2,3)	1,9 (2,3)	2,2 (2,3)	1,9 (2,3)	2,2 (2,3)	2,1 (2,3)	1,6 (2,2)
Psykisk hälsa							
Kompositpoäng för psykisk hälsa	0,27 (0,23)	0,25 (0,23)	0,30 (0,22)	0,24 (0,22)	0,31 (0,23)	0,35 (0,23)	0,23 (0,23)
% uppger depression	31	31	33	28	36	38	29
% uppger ångest	44	42	49	40	49	58	38
Problemdagar psykisk hälsa	13 (13)	12 (13)	15 (13)	11 (13)	14 (13)	17 (13)	11 (13)
Intervjuarskattning psykisk hälsa	3,5 (2,6)	3,3 (2,6)	4,0 (2,6)	3,1 (2,6)	3,9 (2,6)	4,4 (2,5)	3,0 (2,7)
Arbete och försörjning							
Kompositpoäng för arbete och försörjning	0,80 (0,24)	0,81 (0,24)	0,79 (0,24)	0,74 (0,26)	0,88 (0,20)	0,84 (0,23)	0,80 (0,25)
Antal arbetsdagar	5 (9)	5 (9)	5 (9)	7 (10)	3 (7)	4 (8)	5 (10)
Problemdagar arbete och försörjning	10 (13)	10 (14)	8 (13)	8 (13)	11 (14)	10 (13)	11 (14)
Intervjuarskattning arbete och försörjning	2,6 (2,5)	2,7 (2,5)	2,4 (2,5)	2,2 (2,5)	3,2 (2,5)	2,9 (2,5)	2,8 (2,6)
Familj och umgänge							
Kompositpoäng för familj och umgänge	0,23 (0,22)	0,22 (0,21)	0,26 (0,23)	0,21 (0,21)	0,25 (0,23)	0,29 (0,23)	0,23 (0,23)
Konfliktdagar med familjemedlemmar	3 (8)	3 (8)	4 (9)	3 (7)	4 (9)	4 (9)	4 (9)
Konfliktdagar med andra	1 (6)	1 (5)	2 (6)	1 (5)	2 (6)	2 (7)	1 (5)
% samlever med person med alkoholproblem	6	5	10	7	5	8	5
% samlever med person med narkotikamissbruk	5	4	8	2	10	7	2
Intervjuarskattning familj och umgänge	2,6 (2,4)	2,3 (2,3)	3,1 (2,5)	2,3 (2,4)	2,8 (2,3)	3,3 (2,4)	2,5 (2,6)

Rättsliga problem

Kompositpoäng för rättsliga problem	0,11 (0,21)	0,13 (0,22)	0,07 (0,17)	0,06 (0,15)	0,20 (0,25)	0,14 (0,22)	0,04 (0,13)
Dagar med olaglig verksamhet	1 (6)	2 (6)	1 (4)	0 (2)	4 (8)	1 (5)	0 (2)
Intervjuarskattning rättsliga problem	0,9 (1,9)	1,1 (2,0)	0,6 (1,5)	0,5 (1,4)	1,6 (2,3)	1,2 (2,0)	0,5 (1,4)

Tabell 3. Bakgrund och tidigare problematik för klienter i missbruksvård, grupperad efter bostadsort respektive ålder.

	Alla N = 13795	Storstad N = 8999	Mellanstor N = 3808	Landsbygd N = 988	–33 år N = 4728	34–46 år N = 4416	47– år N = 4651
Demografiska data							
Ålder	40 (13)	41 (13)	39 (13)	41 (13)	26 (4)	40 (4)	55 (6)
Kön (%män)	69	69	69	69	69	68	70
% svenska medborgare	90	89	91	95	90	89	91
Civilstånd							
% ensamstående	19	19	21	15	39	11	8
% gifta/sambo	27	28	24	36	21	29	33
% fränskilda	53	53	55	49	40	61	60
% nöjda med civilstånd	55	54	56	57	55	52	58
Utbildning							
% < 9 år	11	10	12	13	7	8	17
% 9 år	27	26	30	29	30	28	24
% 10–12 år	43	43	43	46	48	44	36
% > 12 år	19	22	16	13	15	20	24
Alkoholproblem							
% tidigare behandling	35	34	36	38	16	37	52
% delirium	12	10	15	14	7	13	16
% druckit alkohol mer än 3 dgr/vecka	76	76	75	83	66	77	85
% druckit alkohol till berusning	72	70	72	81	63	73	79

Narkotikaproblem

% tidigare behandling	27	28	28	21	39	29	13
% överdos	21	21	22	18	33	22	9
% använt heroin ≥ 1 år	14	16	13	9	22	16	6
% använt metadon ≥ 1 år	4	4	4	2	5	4	2
% använt subutex ≥ 1 år (N = 3197)	8	8	7	5	14	8	3
% använt opiater ≥ 1 år	17	16	19	18	23	17	10
% använt dämpande ≥ 1 år	27	27	29	27	37	27	18
% använt kokain ≥ 1 år	9	10	7	5	16	8	2
% använt amfetamin ≥ 1 år	32	31	36	33	45	35	17
% använt cannabis ≥ 1 år	38	38	38	32	57	36	18
% använt hallucinogener ≥ 1 år	7	7	7	6	13	4	3
% använt ecstasy ≥ 1 år (N = 3197)	5	6	5	5	13	3	0
% använt lösningsmedel ≥ 1 år	7	7	7	8	8	8	5
% använt annan drog ≥ 1 år	7	7	7	7	14	5	2
% använt flera preparat samtidigt ≥ 1 år	35	34	37	36	51	35	19

Fysisk hälsa

% kroniska problem	49	49	49	51	39	50	59
% tar medicin	29	30	28	32	16	28	44

Psykisk hälsa

% tidigare behandling	52	51	52	52	55	54	45
% tidigare medicinerat	13	13	15	10	12	14	13
% tidigare depression	65	65	66	64	72	68	56
% tidigare ångest	69	68	70	66	75	72	59
% tidigare suicidförsök	27	27	29	26	30	30	22
% tidigare kontrollsvårigheter	35	34	39	32	51	35	19

Arbete och försörjning

% heltidsarbete	39	39	37	48	33	43	42
% arbete, hel- eller deltid	50	50	46	58	46	52	51
% arbetslös	27	27	30	20	34	28	18

Boendesituation senaste tre år

% bor med partner	36	35	35	48	31	38	38
% bor med familj/föräldrar	7	6	8	6	17	2	1
% bor med vänner	2	2	3	2	4	1	1
% instabil boendesituation	4	4	4	2	5	4	2
% nöjda med boendesituationen	53	53	52	55	50	50	58
% utsatta för fysisk misshandel	35	35	35	33	39	38	27
% utsatta för sexuell misshandel	12	12	12	12	14	15	8

Rättsliga problem

% lagförda	48	48	51	43	61	51	33
% frihetsberövade	31	31	32	30	29	37	27
% åtalade för våldsbrott	27	26	29	24	36	28	16

Tabell 4. Dagar med problem de senaste 30 dagarna, intervjuarskattningar och sammanfattande index för klienter i missbruksvård, grupperad efter bostadsort respektive ålder.

	Alla N = 13795	Storstad N = 8999	Mellanstor N = 3808	Landsbygd N = 988	–33 år N = 4728	34–46 år N = 4416	47– år N = 4651
Alkoholmissbruk							
Kompositpoäng för alkohol	0,25 (0,25)	0,25 (0,25)	0,24 (0,24)	0,28 (0,25)	0,16 (0,21)	0,28 (0,26)	0,32 (0,24)
Dagar med alkoholkonsumtion	6 (9)	6 (9)	6 (8)	7 (9)	4 (7)	6 (9)	8 (10)
Dagar med alkoholkonsumtion till berusning	5 (8)	5 (8)	4 (7)	5 (7)	3 (6)	5 (8)	6 (8)
Intervjuarskattning alkohol	3,8 (2,8)	3,7 (2,8)	4,0 (2,8)	4,4 (2,5)	2,8 (2,8)	4,0 (2,8)	4,7 (2,4)
Narkotikamissbruk							
Kompositpoäng för narkotika	0,10 (0,13)	0,10 (0,13)	0,10 (0,13)	0,08 (0,12)	0,15 (0,14)	0,10 (0,13)	0,04 (0,10)
Dagar använt heroin	1 (5)	1 (5)	1 (4)	0 (3)	2 (6)	1 (5)	0 (3)
Dagar använt metadon	0 (3)	0 (3)	0 (3)	0 (1)	0 (3)	0 (3)	0 (2)
Dagar använt subutex (N = 3197)	1 (6)	1 (6)	1 (5)	1 (4)	2 (7)	1 (6)	0 (3)
Dagar använt opiater	1 (6)	1 (6)	1 (6)	1 (5)	2 (6)	2 (6)	1 (5)
Dagar använt dämpande	3 (8)	3 (8)	3 (7)	2 (7)	3 (8)	3 (8)	2 (8)
Dagar använt kokain	0 (2)	0 (2)	0 (1)	0 (1)	0 (2)	0 (1)	0 (1)
Dagar använt amfetamin	1 (5)	1 (5)	2 (6)	1 (5)	2 (6)	2 (6)	1 (3)
Dagar använt cannabis	2 (6)	2 (6)	2 (6)	2 (5)	4 (8)	2 (5)	1 (3)
Dagar använt hallucinogener	0 (1)	0 (0)	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Dagar använt ecstasy (N = 3197)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Dagar använt lösningsmedel	0 (0)	0 (0)	0 (1)	0 (1)	0 (1)	0 (0)	0 (0)
Dagar använt andra droger	1 (4)	1 (4)	0 (3)	0 (2)	1 (5)	0 (4)	0 (3)

Dagar använt flera preparat	2 (6)	2 (6)	2 (6)	2 (5)	3 (7)	2 (7)	1 (4)
Intervjuarskattning narkotika	2,8 (3,2)	2,8 (3,1)	2,9 (3,2)	2,4 (3,0)	4,3 (3,0)	2,8 (3,2)	1,2 (2,4)
Fysisk hälsa							
Kompositpoäng för fysisk hälsa	0,33 (0,35)	0,33 (0,35)	0,33 (0,34)	0,31 (0,34)	0,27 (0,32)	0,34 (0,36)	0,38 (0,36)
Problemdagar fysisk hälsa	10 (13)	10 (13)	10 (13)	10 (13)	8 (11)	10 (13)	12 (14)
Intervjuarskattning fysisk hälsa	2,0 (2,3)	2,0 (2,3)	2,1 (2,3)	2,0 (2,2)	1,6 (2,0)	2,1 (2,3)	2,3 (2,4)
Psykisk hälsa							
Kompositpoäng för psykisk hälsa	0,27 (0,23)	0,27 (0,23)	0,27 (0,22)	0,25 (0,21)	0,31 (0,23)	0,28 (0,23)	0,21 (0,21)
% uppger depression	31	32	30	29	36	33	25
% uppger ångest	44	44	44	41	49	47	36
Problemdagar psykisk hälsa	13 (13)	13 (13)	12 (13)	13 (13)	14 (13)	13 (13)	10 (13)
Intervjuarskattning psykisk hälsa	3,5 (2,6)	3,4 (2,7)	3,7 (2,6)	3,5 (2,5)	4,0 (2,6)	3,7 (2,6)	2,8 (2,6)
Arbete och försörjning							
Kompositpoäng för arbete och försörjning	0,80 (0,24)	0,80 (0,24)	0,82 (0,24)	0,74 (0,28)	0,88 (0,20)	0,78 (0,25)	0,74 (0,25)
Antal arbetsdagar	5 (9)	6 (10)	4 (9)	6 (10)	4 (8)	6 (10)	6 (10)
Problemdagar arbete och försörjning	10 (13)	9 (13)	11 (14)	8 (13)	12 (14)	9 (13)	7 (12)
Intervjuarskattning arbete och försörjning	2,6 (2,5)	2,5 (2,6)	2,9 (2,5)	2,6 (2,5)	3,3 (2,5)	2,7 (2,5)	1,9 (2,4)
Familj och umgänge							
Kompositpoäng för familj och umgänge	0,23 (0,22)	0,23 (0,22)	0,23 (0,22)	0,24 (0,22)	0,25 (0,22)	0,25 (0,22)	0,19 (0,21)
Konfliktdagar med familjemedlemmar	3 (8)	3 (8)	3 (8)	4 (9)	4 (9)	4 (8)	2 (7)
Konfliktdagar med andra	1 (6)	1 (5)	2 (6)	2 (7)	2 (6)	2 (6)	1 (4)
% samlever med person med alkoholproblem	6	6	7	9	7	6	7
% samlever med person med narkotikamissbruk	5	5	5	5	8	5	2
Intervjuarskattning familj och umgänge	2,6 (2,4)	2,5 (2,5)	2,7 (2,3)	2,7 (2,2)	2,9 (2,4)	2,8 (2,4)	2,0 (2,3)

Rättsliga problem

Kompositpoäng för rättsliga problem	0,11 (0,21)	0,11 (0,20)	0,13 (0,22)	0,11 (0,20)	0,17 (0,24)	0,11 (0,21)	0,06 (0,15)
Dagar med olaglig verksamhet	1 (6)	1 (6)	1 (6)	1 (5)	3 (7)	1 (6)	0 (3)
Intervjuarskattning rättsliga problem	0,9 (1,9)	0,9 (1,8)	1,1 (2,0)	1,0 (1,8)	1,4 (2,2)	0,9 (1,9)	0,5 (1,4)

Tabell 5. Bakgrund och tidigare problematik för ett representativt urval av amerikanska behandlingsprogram.

	All N = 8429	Male N = 5539	Female N = 2890	Alcohol N = 1935	Opiate N = 611	Polydrug N = 2129	Inpatient N = 3133	Outpatient N = 3885
Demographic factors								
Age	34 (11)	35 (11)	34 (10)	36 (12)	38 (10)	34 (11)	36 (10)	33 (11)
Gender (%male)	66	100	0	73	60	55	61	69
Race/ethnicity								
% White	60	61	60	75	55	61	48	68
% Black or African American	23	21	27	6	24	27	28	20
Marital Status								
% Never married	53	55	45	46	49	51	48	54
% Married or living as married	17	16	16	19	22	14	14	16
% Separated or divorced	29	26	33	31	27	31	32	26
% Satisfied with marital status	72	72	71	77	69	68	63	77
Years of education								
% < 12 yrs.	33	32	34	25	33	36	36	32
% High school graduate	53	53	51	60	48	51	47	54
% 2 yrs. college/technical school	9	9	10	8	12	10	11	9
% College graduate or more	4	5	4	6	8	3	5	4

Substance use: alcohol

% Previously treated	49	51	44	77	20	64	57	44
% With past history of DT's	8	6	11	3	30	15	13	4

Substance use: drugs

% Previously treated	47	43	54	7	86	70	63	37
% With past history of overdoses	9	10	8	11	6	10	15	6
% Used heroin	17	15	17	1	57	17	22	7
% Used cocaine	41	37	50	9	64	62	61	30
% Used amphetamines	20	16	26	6	21	35	26	18
% Polydrug users	49	47	53	18	75	77	62	41

Personal health: medical

% Reporting a chronic medical problem	29	25	35	24	45	31	32	26
% Taking medications	25	21	33	27	32	25	26	24

Personal health: psychiatric

% Previously treated	19	15	27	15	22	27	26	17
% Taking medications	29	23	40	28	37	33	31	28
% Lifetime history of depression	49	41	64	38	55	61	63	43
% Lifetime history of anxiety	44	38	57	35	54	54	58	38
% Lifetime history of suicide attempts	15	10	24	10	14	21	20	14

Social functioning: employment

% Who have worked full-time	82	82	77	83	84	78	79	81
% Working (full-time or part-time)	72	77	61	76	63	66	72	73
% unemployed	15	8	27	8	23	20	20	12

Social functioning: family/social

Living situation past three years

% With sexual partner	36	34	40	37	38	36	34	36
% With family	32	30	35	29	30	32	29	34
% With friends	7	7	6	10	6	7	7	7
% Other living situation	23	26	16	22	25	23	27	21
% Satisfied with living	65	66	63	78	65	56	54	70
% Reporting pshysical abuse in lifetime	36	23	61	25	38	50	48	31
% Reporting sexual abuse in lifetime	21	8	45	12	23	31	28	17

Social functioning: legal

% Convicted of crime	62	66	53	47	66	65	62	64
% Incarcerated in lifetime	51	58	40	35	60	57	59	50

Tabell 6. Dagar med problem de senaste 30 dagarna och sammanfattande index för ett representativt urval från amerikanska behandlingsprogram.

	Total N = 8429	Male N = 5539	Female N = 2890	Alcohol N = 1935	Opiate N = 611	Polydrug N = 2129	Inpatient N = 3133	Outpatient N = 3885
Substance use								
Alcohol composite score	0,21 (0,26)	0,22 (0,25)	0,20 (0,26)	0,29 (0,22)	0,06 (0,13)	0,26 (0,27)	0,33 (0,27)	0,16 (0,23)
Alcohol clinical index	55 (10)	56 (10)	54 (10)	60 (6)	48 (9)	58 (9)	60 (9)	53 (9)
Mean days of alcohol drinking	5 (8)	5 (8)	5 (9)	7 (8)	1 (4)	6 (9)	8 (10)	4 (7)
Mean days of heavy drinking	3 (7)	3 (7)	3 (7)	4 (7)	3 (2)	4 (8)	5 (9)	2 (6)
Drug composite score	0,12 (0,13)	0,10 (0,13)	0,15 (0,14)	0,07 (0,03)	0,26 (0,13)	0,15 (0,13)	0,11 (0,14)	0,09 (0,11)
Drug clinical index	40 (11)	38 (11)	42 (10)	30 (3)	51 (9)	43 (9)	39 (12)	38 (9)
Mean days of heroin use	2 (6)	2 (6)	2 (7)	0 (1)	10 (12)	1 (5)	2 (8)	0 (2)
Mean days of cocaine use	3 (7)	2 (6)	4 (9)	0 (0)	3 (7)	4 (8)	3 (8)	2 (6)
Mean days of marijuana use	2 (6)	2 (6)	2 (6)	0 (2)	2 (6)	3 (7)	2 (6)	2 (6)
Personal health: medical								
Medical composite score	0,17 (0,30)	0,15 (0,28)	0,21 (0,32)	0,14 (0,27)	0,30 (0,37)	0,30 (0,37)	0,16 (0,29)	0,15 (0,28)
Medical clinical index	44 (13)	43 (13)	47 (13)	44 (12)	50 (14)	50 (14)	45 (13)	43 (12)
Mean days of medical probs,	5 (10)	4 (9)	6 (10)	4 (9)	8 (12)	8 (12)	4 (9)	5 (10)
Personal health: psychiatric								
Psychiatric composite score	0,19 (0,23)	0,15 (0,21)	0,27 (0,25)	0,15 (0,21)	0,22 (0,24)	0,22 (0,24)	0,20 (0,24)	0,16 (0,22)
Psychiatric clinical index	51 (9)	50 (9)	54 (9)	49 (9)	53 (9)	53 (9)	51 (10)	50 (9)
% Reporting depression	30	24	44	22	33	33	31	25
% Reporting anxiety	34	28	45	27	39	39	35	29
Mean days of psych probs,	8 (11)	6 (10)	10 (12)	5 (10)	8 (12)	8 (12)	8 (12)	6 (11)

Social functioning: employment

Employment composite score	0,65 (0,32)	0,62 (0,32)	0,70 (0,30)	0,55 (0,31)	0,70 (0,32)	0,70 (0,32)	0,65 (0,32)	0,63 (0,32)
Employment clinical index	52 (8)	52 (8)	52 (8)	51 (7)	52 (8)	52 (8)	52 (8)	52 (8)
Mean days paid for working	8 (10)	9 (11)	5 (9)	11 (11)	6 (10)	6 (10)	8 (10)	9 (11)
Mean days of employment probs,	8 (12)	8 (12)	9 (13)	6 (11)	9 (13)	9 (13)	8 (12)	9 (12)

Social functioning: family/social

Family composite score	0,16 (0,21)	0,13 (0,20)	0,22 (0,23)	0,10 (0,17)	0,15 (0,19)	0,15 (0,19)	0,15 (0,21)	0,13 (0,20)
Family clinical index	45 (10)	44 (9)	49 (10)	42 (8)	46 (9)	46 (9)	46 (10)	44 (10)
Mean days family conflicts	3 (7)	2 (6)	4 (9)	1 (5)	2 (6)	2 (6)	0 (8)	2 (7)
Mean days of social conflicts	1 (5)	1 (4)	2 (6)	1 (3)	1 (5)	1 (5)	2 (6)	1 (5)
% Currently living with person with alcohol problem	12	10	15	9	11	11	13	11
% Currently living with person using or abusing drugs	9	7	12	2	15	15	7	8

Social functioning: legal

Legal composite score	0,18 (0,21)	0,18 (0,21)	0,19 (0,21)	0,21 (0,22)	0,17 (0,22)	0,17 (0,22)	0,20 (0,22)	0,18 (0,20)
Legal clinical index	52 (9)	53 (8)	50 (9)	49 (8)	53 (10)	53 (10)	50 (9)	53 (8)
Percent in controlled environment	44	43	45	49	36	36	68	28
Mean days illegal activity	1 (4)	1 (4)	1 (5)	0 (0)	1 (5)	1 (5)	1 (5)	1 (4)
Mean days incarcerated	3 (7)	3 (7)	2 (7)	1 (4)	3 (8)	3 (8)	2 (6)	3 (8)

ims.

INSTITUTET FÖR UTVECKLING
AV METODER I SOCIALT ARBETE
Socialstyrelsen