
Användning av ASI på individ- och gruppnivå

Beskrivning av det
praktiska ASI-arbetet
på Enheten för
hemlösa
Rapport från ett
ettårigt projekt med
stöd av Länsstyrelsen i
Stockholms län

Anna-Lena Cronqvist,
sektionschef
Katarina Eriksson, projektledare

Sammanfattning

Det finns ett stort behov av att utveckla socialtjänstens sätt att utreda och bedöma människor med missbruksproblem, att utveckla metoderna för att följa upp de egna insatserna och att i högre grad än hittills basera utredningsarbetet på empiriskt grundad kunskap. Stödteam för män har tidigare beviljats projektmedel från Länsstyrelsen för att utveckla detta – finns beskrivet i projektrapporten ”Utredning och uppföljning i samarbete med klienten” 2007.

De metoder som i huvudsak använts för att utredningsarbetet ska bli systematiskt och även medverka till att en arbetsallians skapas är Addiction Severity Index (ASI), som är en strukturerad utredningsteknik och Motiverande Samtal (MI), som är en samtalsmetodik och ett förhållningssätt. Båda metoderna är väl utprovade och adekvata.

Under projektåret har vi fortsatt arbetat med att sammanställa och analysera material från ASI-grundintervju samt återföra det till arbetsgruppen för diskussioner kring hur den nya kunskapen påverkar behovet av verksamhetsutveckling.

Vi har också tillsammans med arbetsgruppen tränat oss i att använda den kunskap som framkommer i ASI-intervjun för att formulera arbetsplaner utifrån klientens behov och förutsättningar. Genom att formulera tydliga, konkreta arbetsplaner blir det också lättare att följa upp beviljade insatser. Både stödteam för män och stödteam för kvinnor har deltagit i olika utbildningsinsatser för att utveckla arbetet med arbetsplaner utifrån ASI.

Då det i ASI-intervjun och det datorstöd som finns för ASI-användning helt saknas beskrivning av vilka insatser som kommit klienten till del under den tid som förflutit mellan grundintervjun och uppföljningsintervjun har vi arbetat fram en enkät för att beskriva detta.

En annan viktig del har varit att implementera ASI hos Kvinnoteamet på Enheten för hemlösa. Eftersom Kvinnoteamet arbetar med kvinnor som har såväl missbruks- som psykiatrisk problematik har man haft svårt att ta ställning till vilket utredningsinstrument man ska använda. Dock bestämde man sig för att använda ASI för de kvinnor som har missbruksproblem. Kvinnoteamet har fått stöd i det praktiska arbetet med intervjun samt hjälp att sammanställa materialet på gruppnivå för fortsatta diskussioner i arbetsgruppen.

Innehåll

1. Bakgrund.....	5
Enheten för hemlösa	5
Tidigare projekt med stöd av länsstyrelsen.....	5
Bakgrund till nuvarande projekt.....	6
Syfte med projektet.....	6
Vad är ASI?.....	6
ASI-bearbetning.....	7
2. Kartläggning av klientgruppen utifrån ASI.....	8
Beskrivning av klientgruppen	8
Resultat av insatser	8
Jämförelse klientgrupper.....	10
Ett annat sätt att analysera materialet på gruppnivå	13
3. Arbetsplaner utifrån ASI	17
Utbildningsinsatser.....	18
Blankett för arbetsplan.....	18
Behandlingsplanering utifrån ASAM	19
4. Beskrivning av insatser	20
5. Bortfall	21
6. Implementering av ASI på kvinnoteamet	23
7. Slutdiskussion	24
Bilagor:	
Beskrivning av männen och kvinnorna på Enheten för hemlösa	26
Bilaga Enkät Insatser	43
Bilaga Arbetsplan.....	45
Bilaga Bortfall/klientbeskrivning.....	47

1. Bakgrund

Enheten för hemlösa

Enheten för hemlösa uppdrag är att bedriva en socialtjänstverksamhet som riktar sig till hemlösa personer i Stockholm stad som är över 20 år och som inte har eller har haft kontakt med någon stadsdelsnämnd i Stockholm under de senaste två åren.

De arbetar för att förbättra de hemlösas livssituation och för ett varaktigt boende, samt att vara ett kunskapscentrum för hemlöshetsfrågor i staden.

Verksamheten är organiserad i flera team med olika inriktningar. Bland annat ett team som riktar sig till hemlösa kvinnor, ett team till personer med psykisk ohälsa och ett större team med inriktning på missbruksproblematik som heter Stödteam för män.

Föreliggande rapport avser ett projekt som drivits främst i det sist nämnda teamet – Stödteam för män - men som också aktivt arbetat med implementering i det team som arbetar med hemlösa kvinnor.

I Stödteamet för män finns 11 heltidstjänster, socialsekreterare, som arbetar med ungefär 400 män vid ett och samma tillfälle. Männen har en omfattande problematik av missbruk och hemlöshet. Många av dessa män har haft en svår livssituation under många år och har en sviktande motivation i sin syn på möjligheterna att faktiskt förändra sin livssituation.

Kvinnoteamet arbetar med de hemlösa kvinnor som hör till Enheten för hemlösa. Kvinnoteamet har funnits sedan 1994, det är det enda kvinnoteam som finns inom kommunal socialvård i hela Europa. Kvinnoteamet arbetar utifrån ett kvinnoperspektiv och en helhetssyn på kvinnans situation utifrån en relationsmodell. Arbetet handlar om att se kvinnans hela situation såsom barn och moderskap, relationer, fysisk och psykisk hälsa, prostitution och sexuella övergrepp, misshandel, missbruk, kriminalitet, boende, arbete och studier m.m. Kvinnoteamet har 5 stycken heltidstjänster alla är socionomer, de har ca 130 aktuella ärenden vid ett och samma tillfälle.

Tidigare projekt med stöd av länsstyrelsen

Stödteamet för män vid Enheten för hemlösa i Stockholm har tidigare beviljats projektmedel från Länsstyrelsen för att utveckla utrednings och uppföljningsarbetet med hemlösa klienter med missbruksproblematik. Projektet pågick under två år med start 040901.

I projektrapporten från ”Utredning och uppföljning i samarbete med klienten” sammanfattas arbetet enligt följande: ” Efter två års arbete kan vi idag säga att vi har infört ett systematiskt sätt att utreda våra klienter med, som omfattar alla socialsekreterare i arbetsgruppen och de klienter som kommer som nybesök eller blir återaktualiserade. Utredningsmaterialet utgör en grund för planering av insatser och uppföljning av klienterna. Vi har också ökat vår förmåga att skapa en arbetsallians med den enskilde klienten samt fått ökad kunskap och förmåga att arbeta med motivationsprocesser. Utredningsmaterialet ger gruppstatistik om vår målgrupp som används för att utveckla verksamheten.”

Bakgrund till nuvarande projekt

Under arbetet med det föregående projektet insåg vi att arbetet med att systematiskt dokumentera klienternas behov på ett sådant sätt som sker genom ASI innebär förändrade krav på organisationen. Behovet av en långsiktig plan för implementeringsarbetet är en del och efterfrågan av den information ASI genererar på individ respektive grupp nivå är en annan viktig del.

Vi insåg att det behövs stöd i olika former för att underlätta användandet av ASI i vardagen samt att det är av stor vikt att återkoppla resultaten på grupp nivå till arbetsgruppen för att på så sätt utveckla verksamheten.

Vår slutsats blev också att bedömningsinstrumentet ASI tydligare behöver kopplas till vårdplaner/arbetsplaner samt att vi behöver förbättra beskrivningen av de insatser klienterna tagit del av efter grundintervjun.

I den ursprungliga projektansökan angav vi också att vi skulle utveckla arbetet kring MBU (MBU=Motivationsbefrämjande utredningar) men den delen har vi valt bort för att istället stödja implementeringen av ASI i arbetsgruppen som arbetar med hemlösa kvinnor - stödteam för kvinnor. Tidigare var personalen i den arbetsgruppen kritisk till ASI-intervjun eftersom man saknade flera frågor som man bedömde var viktiga för de kvinnor man arbetar med. Teamet ansåg att DUR-utredning var lättare att använda med klientgruppen. Den nya versionen av ASI-intervjun som kom under våren 2007 och motsvarade bättre klienternas behov och arbetsgruppen bestämde sig under hösten 2007 att genomföra ASI-intervjuer med samtliga de kvinnor som bedömdes ha missbruksproblem.

Syfte med projektet

I ansökan till Länsstyrelsen beskrivs syftet med projektet enligt följande:

- ❖ Sammanställa och analysera material från ASI-grund på grupp nivå. Att fortlöpande kunna sammanställa den information som ASI genererar på grupp nivå och återföra den till arbetsgruppen för diskussioner kring hur den nya kunskapen påverkar behovet av verksamhetsutveckling.
- ❖ Tillsammans med arbetsgruppen ta fram en arbetsplan som är anpassad för ASI.
- ❖ Att utveckla metoder för att kunna se vilka insatser som klienten tagit del av efter grundintervju (insatser mellan grundintervju och uppföljningsintervju).
- ❖ Att titta på bortfallet på grupp nivå, de klienter som inte tar del av ASI-grund. Hur ser den gruppen ut? Vad är orsaken till att de klienterna inte blir intervjuade?
- ❖ Att implementera ASI i övrig verksamhet som vänder sig till klienter med främst missbrukproblem så som Stödteam för kvinnor.
- ❖ Utbilda och vara resurs samt extra stöd i ASI-användningen. Så som att påminna om ASI-intervjuer och stödja, hjälpa till med ASI-intervjuer för dem som inte känner sig så bekväma med metoden.

Vad är ASI?

Addiction Severity Index, ASI (Andreasson, S. m.fl. 1999), är en strukturerad intervju som innehåller frågor som är relevanta för klienters missbruksproblem.

Intervjun täcker förutom alkohol- och narkotikamissbruk även andra livsområden som arbete, fysisk och psykisk hälsa, socialt umgänge och kriminalitet.

I slutet av varje område skattar klienten hur stort problem respektive hur stort hjälpbehov hon/han har inom just detta område. Efter intervjun gör intervjuaren en skattning baserad på vad klienten svarat på de kritiska, objektiva frågorna inom varje område. Intervjuaren kan sedan sammanställa det som framkommit under intervjun i ett feedbackformulär som också är lämpligt att använda vid återkopplingen av intervjun till klienten.

ASI-intervjun finns i två versioner, en grundintervju som innehåller drygt 180 frågor och en uppföljningsintervju med ungefär 150 frågor. Grundintervjun fokuserar både på klientens tidigare liv och aktuella förhållanden medan uppföljningsintervjun koncentreras till aktuella förhållanden. Vetenskapligt är ASI-intervjun utprövad för grupper av missbrukare. Flera studier har gjorts i USA och det finns även studier gjorda i Sverige. ASI-intervjun utvecklades i början på 1980-talet av den amerikanske missbruksforskaren Tom McLellan och hans kollegor vid universitet i Philadelphia. Ursprungligen konstruerades intervjun för en utvärdering av sex olika behandlingar. I dag är ASI-intervjun översatt till ett stort antal språk och används i många länder.

På initiativ av Centrum för utvärdering av socialt arbete, CUS (nuvarande IMS) och i samarbete med forskare på Karolinska institutet, Universitetssjukhus, MAS och Institutionen för psykologi i Umeå har en svensk version utarbetats. Denna första svenska officiella version gavs ut 1996. Den senaste och nu gällande versionen publicerades 2007.

I första hand är grundintervjun tänkt att användas som en personlig intervju i möte med klienterna medan uppföljningsintervjun kan genomföras per telefon. I Sverige används ASI-intervjun i missbrukarvården, både inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Den används också inom kriminalvården och vid flera behandlingshem och några av Statens institutionsstyrelses (SiS) institutioner. Internationellt används ASI-intervjun i Nordamerika och i flera europeiska länder. (<http://www.socialstyrelsen.se/IMS/ASI/index.htm>)

För att kunna använda sig av ASI krävs en utbildning på cirka tre dagar. IMS (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete) tillhandahåller en förteckning över de utbildare man godkänt.

ASI-bearbetning

Normalt har varje handläggare fört in ASI-grund i data programmet ASI-net. Varje handläggare har därefter kunnat få ut en textsammanställning och enhetschefer har kunnat plocka fram gruppstatistik. Under 2007 och hela våren 2008 har inte Stockholm stad haft möjlighet att använda sig av ASI-net. Detta har inneburit att det inte har varit möjligt att ta fram gruppsammanställningar som tidigare. Varje intervju har därför manuellt lagts in i statistik programmet SPSS för att kunna få ut statistik.

2. Kartläggning av klientgruppen utifrån ASI

I det här kapitlet beskrivs hur vi på olika sätt använt den mängd information som ASI ger på gruppnivå. Vi ger exempel på hur man kan:

- ❖ Beskriva den klientgrupp man arbetar med
- ❖ Jämföra klientgruppen över tid; före och efter en insats – resultat?
- ❖ Förändrad klientgrupp – förändrade behov. Verksamhetsutveckling utifrån klienternas behov.
- ❖ Jämföra olika klientgrupper – likheter och skillnader
- ❖ Beskriva klientgruppen utifrån ASAM:s sex dimensioner

Beskrivning av klientgruppen

Den första stora vinsten av att systematiskt sammanställa ASI-intervjun på gruppnivå är att det ger en omfattande och nyanserad bild av en specifik klientgrupp. I projektrapporten ”Utredning och uppföljning i samarbete med klienten” beskrivs hur vi återkopplade materialet på gruppnivå och resonerade kring detta med arbetsgruppen.

Vi tycker att det har stärkt oss i vår professionella socialarbetarroll att kunna beskriva vår klientgrupp utifrån reell fakta och inte utifrån en ”känsla” av hur gruppen ser ut. Mycket av det som framkommit på gruppnivå har stämt väl överens med det vi redan anade men vi har också upptäckt sådant som förvånat oss. I bilaga 1 finns en sammanställning av det material som framkommit på gruppnivå för såväl kvinnorna som männen.

Resultat av insatser

Vi har också påbörjat ett arbete som förhoppningsvis kommer att ge oss en bild av vilket resultat olika insatser inneburit för klienterna som grupp. Genom att systematiskt dokumentera gruppen med hjälp av ASI Grund när de kommer som nya klienter till oss, därefter beskriva vilken/vilka insatser de fått och sedan följa upp med ASI Uppföljning så räknar vi med att kunna få en uppfattning av vad de olika insatserna givit för resultat. Detta arbete är dock ännu inte helt slutfört.

Förändrad klientgrupp/ förändrade behov

Vi har använt vårt material på gruppnivå för att jämföra nya klienter till Stödteam för män under perioderna 2004-09-01–2005-08-31 respektive 2007-06-01 – 2008-05-31. I korthet beskrivs de skillnader vi noterat nedan:

Gruppens medelålder har sjunkit – första perioden var medelåldern 46,7 år, den senare perioden var medelåldern 43,6år. Den åldersgrupp som markant har ökat är gruppen 31-40 åringar.

Andelen svenskar har minskat något - från 81 % till 76 %.

Fysisk hälsa

En något mindre andel av männen uppger att man vårdats på sjukhus – i första gruppen var andelen 89 % , i den senare 80%. Andelen som uppger att man har någon form av kronisk sjukdom är oförändrad och uppgår till ca 60 %. Något färre i den senare gruppen har haft kontakt med läkare senaste halvåret (30% jämfört med 40% tidigare) och endast 12 % (tidigare 30 %) är ordinerade medicin för sina problem.

46 % uppger att man har hepatit C. Denna siffra är inte jämförbar då hepatit C inte var en separat fråga i den tidigare versionen av ASI-intervjun.

En något mindre andel (80 % jämfört med 86 % tidigare) uppgav att man HIV-testat sig och då i genomsnitt för något längre tid sedan (27 månader jämfört med 24 månader tidigare). Andelen med känd HIV-infektion hade minskat marginellt – från 7 % till 5 %.

Något färre (10 % jämfört med 16 % tidigare) uppgav att man hade sjukersättning p.g.a. fysiska problem.

Arbete och försörjning

Förändringen i anställningsmönster mellan de två perioderna beskrivs i tabellen nedan:

Anställningsmönster senaste tre åren	2004-2005	2007-2008
heltid	26 %	15 %
deltid	0 %	1 %
timanställd / deltid	2 %	4 %
studier		1
Ers. FK (sjukers, akt ers, ålderspens.)	30 %	20 %
ålderspensionär	0 %	2 %
Arbetslös	33 %	54 %
Intagen eller inlagd på institution	8 %	2 %
Bortfall	1 %	
Total	100 %	100 %

17 % av männen i den första gruppen hade ett giltigt körkort, motsvarande siffra för den senare gruppen är 8 % - bristen på körkort utgör ytterligare ett hinder för att få arbete.

Den genomsnittliga skuldbördan har ökat från ett genomsnitt på drygt 200 000 till ett genomsnitt på över 400 000.

Alkohol och narkotika

Andelen män som uppger alkohol som huvuddrog har minskat från 36 % till 27 %.

Andelen narkomaner har ökat men vi ser också en liten ökning vad gäller andelen som uppgivit att man inte är i missbruk - gäller främst de män som aktualiserats p.g.a. kriminalitet.

Andelen som uppger att man haft delirium har ökat från 9 % till 14 %. Andelen som uppgivit att man överdoserat narkotika har stigit från 29 % till 39 %.

Kriminalitet

Inga större skillnader framkommer mellan de båda perioderna – båda grupperna är tungt kriminellt belastade med i genomsnitt 13 fällande domar.

Familj och umgänge

En något större grupp uppger att man tidigare levt i ett förhållande (ökning från 73 % till 81 %). Andelen som saknar en nära vän har ökat från 20 % till 24 %

I intervjun efterfrågas också huruvida man tidigare i livet varit utsatt för fysiska, psykiska eller sexuellt övergrepp – där kan vi se en viss ökning av de som varit utsatta för fysiska övergrepp.

Psykisk hälsa

De psykiatriska symptom männen beskriver är i stort sett densamma under båda perioderna med ett par undantag – andelen som uppger att man har problem att förstå, minnas och koncentrera sig har ökat från 41 % till 48 % samt andelen som haft allvarliga självmordstankar har ökat från 27 % till 34 %.

En väsentlig skillnad är att andelen som haft kontakt med psykiatrisk öppenvård ökat från 9 % till 37 %. Vi är osäkra på om det beror på att männen haft mer psykiatrisk öppenvård innan de kom till Enheten för hemlösa eller om det är så att de ganska snabbt fått kontakt med den psykiatriker som arbetar på vår läkarmottagning ”Pelarbacken”.

Jämförelse klientgrupper

Då nu även Kvinnoteamet på Enheten för hemlösa valt att använda ASI för att utreda sina klienter har vi kunnat jämföra männens och kvinnornas situation. Materialet är inte helt jämförbart eftersom urvalet är olika – männen är nya i kontakten med Enheten för hemlösa medan kvinnogruppen utgörs av såväl nya som gamla klienter.

Åldersmässigt är männen och kvinnorna lika varandra. Männen är i högre grad hemlösa än kvinnorna, det beror troligen på att männen intervjuades i början av sin kontakt medan kvinnorna hade varit aktuella en tid.

Fysisk hälsa: Kvinnorna i betydligt sämre skick än männen; andelen kvinnor med kroniska sjukdomar var 83 % och andelen män 60 %. 71 % av kvinnorna respektive 46 % av männen var smittade med hepatit C. På frågan om hur många dagar man besvärats av sin fysiska sjukdom har kvinnorna i genomsnitt uppgivit 10 dagar medan männen uppgivit 14 dagar.

Arbete och försörjning: Många kvinnor inte fullföljt grundskolan, 29 %, motsvarande för männen 14 %. Männen har hunnit arbeta i genomsnitt två år längre än kvinnorna. Det är ingen skillnad vad gäller andel som har yrkesutbildning respektive körkort.

Alkohol- och narkotikaanvändning: Mäns och kvinnors missbruk ser olika ut, 44 % av kvinnorna respektive 24 % av männen har amfetamin som huvuddrog . Det dominerande preparatet för män är alkohol, 28 % medan endast 7 % av kvinnorna har uppgivit alkohol som sin huvuddrog. 78 % av kvinnorna uppger att man har injicerat narkotika, bland männen är det 60 %. Männen och kvinnorna var ungefär lika gammal när de injicerade för första gången, mellan 19-20 år.

Kriminalitet: Ca 30 % av männen och kvinnorna har frivårdspåföljd eller är villkorligt dömda. Fördelningen av brott ser också väldigt lika ut förutom att våldsbrott är mer vanligt hos männen.

Familj och umgänge: Männen uppger i högre grad att de ensamma på fritiden. (41 % av männen och 32 % av kvinnorna). Männen har i genomsnitt fler vänner än kvinnorna. 63 % av kvinnorna och 49 % av männen har barn. Ingen kvinna hade blivit utsatt någon form av övergrepp de senaste 30 dagarna. Några män hade blivit misshandlade både psykiskt och fysiskt samt även utsatt för sexuella övergrepp de senaste 30 dagarna. Tidigare i livet hade 78 % av kvinnorna och 35 % av männen blivit psykiskt misshandlade. 83 % av kvinnorna och 30 % av männen hade blivit fysiskt misshandlade tidigare i livet. 46 % av kvinnorna och 6 % av männen har utsatts för sexuella övergrepp tidigare i livet.

Psykisk hälsa: Ungefär 20 % av kvinnorna och männen har varit i sluten psykiatrisk vård samt något fler män har vårdats inom psykiatrisk öppenvård (32 % av kvinnorna och 37 % av männen).

Tabell: Problem de senaste 30 dagarna och tidigare i livet, män och kvinnor, procent.

Problem	Senaste 30 dgr män	Senaste 30 dgr kvinnor	Tidigare i livet män	Tidigare i livet kvinnor
Depression	19	32	48	63
Ängest	23	37	46	47
Koncentrationsproblem	38	56	48	61
Hallucinationer	2	5	12	29
Svårigheter att kontrollera våldsamt beteende	5	17	32	39
Allvarliga självmordstankar	9	9	34	34
Självmordsförsök	1	0	18	37
Ordinerad psykofarmaka	8	24	31	46
Andra känslomässiga eller psykiska problem	11	24	21	54

Kvinnor har större bekymmer på alla områden förutom allvarliga självmordstankar där män och kvinnor har lika stora problem. Kvinnor har också i högre grad fått psykofarmaka utskrivet än männen. När kvinnorna och männen hade specificerat vad ”andra känslomässiga och psykiska problem” skilde de sig mycket åt. Majoriteten av kvinnorna hade ätstörningar (9 stycken) men även sömnproblem, personlighetsstörning och social fobi. För männen var det mer varierande problem, två stycken hade ätstörningar, panikångest, damp, ADHD och mytomani.

Genusdiskussion

I början av 2007 fattade ledningsgruppen ett beslut om att en genusgrupp skulle bildas med representanter från samtliga sektioner. Gruppen hade sitt första möte i maj 2007. Deras uppdrag beskrivs enligt följande: ”Syfte med genusgruppen har varit att fungera som en ”tankesmedja”, det vill säga ett forum för förutsättningslösa diskussioner kring genus. Syftet är också att genom detta tanke- och kunskapsutbyte skapa förutsättningar för att höja kunskaps och kompetensnivån i frågor gällande mäns och kvinnors särskilda behov med särskilt fokus på mansperspektivet. Uppfattningen är att detta är ett perspektiv som fallit i skymundan för kvinnoperspektivet i genusdiskussioner.

Den 5:e maj 2008 ordnade Genusgruppen ett seminarium för all personal på Enheten för hemlösa där delar av materialet ovan presenterades. Gruppen hade valt ut ett antal frågor där kvinnornas och männens svar skilde sig åt och vi fick sedan gruppvis fundera över vad de olika svaren kunde betyda.

En kortfattad sammanställning av den diskussion som följde

Vi kunde konstatera att en del av skillnaderna i statistiken beror på att det i gruppen män är nyttillkomna klienter medan kvinnorna har varit aktuella under en längre tid. Många tyckte också att det var bra att konfrontera sina förutfattade meningar genom att jämföra med ASI-materialet.

Fysisk hälsa

När det gäller andelen av respektive grupp som har hepatit C så ger det upphov till flera funderingar; hepatit C ger inte några större besvär inledningsvis men kommer troligen påverka klienterna som grupp inom en tioårsperiod. Fler av kvinnorna är smittade med hepatit C men är inte så besvärade av sin fysiska hälsa - kan det vara så att männen har andra sjukdomar som gör sig påmind tidigare? Båda grupperna förefaller ”avtrubbade” när det gäller hepatit C – skattningarna av hjälpbehov är låga samt antal problemdagar är få trots att man bär på en kronisk sjukdom.

Män förefaller oftare vara drabbade av trafikolyckor, hjärtproblem, magsjukdomar. Kvinnorna förefaller i högre grad döva sina fysiska problem genom narkotika. Såväl kvinnor som män har lättare att prata om fysiska problem än om missbruk. Förr sa man att män

hamnade i fängelse oftare och därför fick perioder av återhämtning – kvinnor kunde hålla på längre och bli mer fysiskt sjuka, är det något som fortfarande stämmer?

Ensamhet

Frågorna kring antal nära vänner, ensamhet och problem i kontakten med familj och anhöriga väckte en rad olika tankar: Kvinnor förefaller ge mer adekvata svar på hur många vänner de har. Män frågar efter sysselsättning/jobb när de kommer i försöks- eller träningslägenhet - är det en omskrivning? Genom jobb får man vänner och bekanta. Kvinnor pratar i större grad om att skaffa förhållande, ensamheten blir påträngande. Har man inget ordnat nätverk är behandling i hög grad bortkastad. De som gått i vår Bogrupp (obligatorisk grupp för de som står i kö till försöks- eller träningslägenhet) och flyttat in i lägenhet säger att problem med ensamhet borde tas upp mer.

Det framkom att det fanns olika erfarenheter av kvinnors inställning till sina medboende. Kvinnorna på vårt boende för psykiskt funktionshindrade umgås de inte mycket inom gruppen, däremot med andra kontakter. Kvinnorna i vårt kollektivboende för kvinnor med metadonbehandling tyckte å ena sidan att det var jobbigt att bo ihop men å andra sidan var de medboende deras enda nätverk.

Kvinnor förefaller ta tag i kontakten med barn, föräldrar osv. Män knyter egna kontakter.

Frågan om var socialtjänstens ansvar går kom också upp.

Ett annat sätt att analysera materialet på gruppnivå

I slutet av november fick vi möjlighet att lyssna på en föreläsning av Thomas Coyne, en av USA:s främsta ASI-utbildare. Även denna föreläsning handlade om behandlingsplanering utifrån ASI. Denna intervju gav ytterligare material för behandlingsplanering då han berättade om ASAM:s (*ASAM: American Society of Addiction Medicine*) sex dimensioner för utvärdering. Väldigt kortfattat så innebär det att systematiskt gå igenom den information som finns om klienten för att ta ställning till hur akut klientens behov av beroendevård är, om vården kan ske i öppen- respektive slutenvård samt vilken omfattning vården ska ha. ASAM talar om sex olika dimensioner. De tre första dimensionerna indikerar huruvida behandlingen kan ske i öppenvård eller om heldygnsvård är nödvändig, de tre sista dimensionerna indikerar omfattningen av behandlingen - d.v.s. antal timmar/vecka.

I ett samarbete med representanter från socialtjänsten i Karlstad och Umeå tog vi fram de frågor i ASI-intervjun som bäst ger en bild av klientens situation inom de olika dimensionerna.

Längre fram i rapporten beskriver vi hur vi använt ASAMS sex olika dimensioner för behandlingsplanering. När vi arbetade med detta så började vi fundera över om vi inte kunde använda de olika dimensionerna för en djupare analys av vår klientgrupp.

Vi började således med att ur vårt gruppmaterial gällande männen plocka fram information från de frågor i ASI-intervjun som motsvarade de olika dimensionerna.

Första dimensionen

Syftet är att finna de klienter som är i behov av mycket snabba insatser för att förhindra ett livshotande tillstånd p.g.a. överdosering eller abstinens. Normalt ska denna grupp inte förekomma inom socialtjänsten i det akuta skedet varför vi inte fördjupat oss i detta. Dock finns det ett par grupper vi kan känna ett visst bekymmer för och det är männen som antingen haft upprepade överdoser eller upprepade delirium tremens under pågående nedtrappning.

Andra dimensionen

Den andra dimensionen gäller fysiska problem och komplikationer som behöver tas hänsyn till i den fortsatta vårdplaneringen. Hur ser klientens fysiska hälsa ut? Behöver klienten vård akut eller på längre sikt för att vårdplanering ska kunna göras. Vad kan göras för att förhindra ytterligare fysiska komplikationer.

60 % av männen hade i ASI-intervjun uppgivit att man hade en kronisk sjukdom eller skada. Vid en mer noggrann genomgång av materialet så framkommer att ytterligare ett antal män uppgivit att man har hepatit C men **inte** svarat jakande på frågan om kronisk sjukdom. Detta innebär att 77 % av hela gruppen har någon form av kronisk sjukdom. Anledningen till att 14 stycken inte har uppgivit att de är sjuka kan bero på att Hepatit C är en sjukdom som många inte har några symptom alls av.

Smittskyddsinstitutet beskriver Hepatit C enligt följande: ” I minst 50 % får patienten en kronisk leverinflammation och kan bli bärare av virus under lång tid, kanske hela livet. En del av de kroniska bärarna utvecklar så småningom en levercirrhos (skrumplever) eller levercancer. Det finns numera läkemedel som i många fall tycks kunna bota den kroniska infektionen och förebygga dess senkomplikationer.”

Många av de klienter som är aktuella på Enheten för hemlösa, har insjuknat i hepatit C för många år sedan via intravenöst missbruk. För dessa män är hepatiten kronisk men väldigt få har fått medicin eller hjälp för sin sjukdom. 60 % i denna grupp har inte träffat någon läkare på 6 månader och 84 % är inte heller ordinerad någon medicinering.

Hepatiten är sällan akut men det är väldigt viktigt att socialsekreterarna aktivt arbetar med att motivera klienterna till att ha kontakt med smittskyddsläkare för att få adekvat behandling.

Förutom hepatit C uppgav männen att de hade stora besvär med smärta i leder, ont i ryggen, olika slags infektioner - många gånger till följd av trafikolyckor, slagsmål och skador från tidigare arbeten. Trots allvarliga sjukdomstillstånd hade endast en tredjedel av männen med kroniska sjukdomar/skador fått läkarvård de senaste 6 månaderna.

80 % av hela gruppen män har HIV-testat sig och då för i genomsnitt två år sedan. Spridningen var mycket stor – någon hade testat sig samma månad som man genomförde ASI-intervjun medan andra testat sig för 8-9 år sedan.

Fyra män har uppgivit att de har HIV. Tio har inte svarat på frågan eller inte fått svar på sitt test ännu. . Tre av männen med HIV hade även på hepatit C. Samtliga hade uppgivit ett narkotiskt preparat som huvuddrog.

För majoriteten av våra män är den fysiska hälsan ett stort problem som behöver tas hänsyn till i den fortsatta behandlingsplaneringen.

Tredje dimensionen

Syftet är att kartlägga känslomässiga, beteendemässiga och/eller kognitiva komplikationer som man behöver ta hänsyn till när det gäller behandlingsplaneringen.

Indikationer på att sådana problem finns kan man hitta inom flera livsområden. Psykiatriska symptom under nyktra/drogfria perioder är viktigt att ta hänsyn till. Att inte ha slutfört grundskolan kan vara en viktig faktor liksom åtal p.g.a. våldsbrott. Även långa perioder med problem i kontakt med föräldrarna kan tyda på att det finns problem inom detta område.

75 % av männen har tidigare i livet, under nyktra/ drogfria perioder, haft allvarliga psykiatriska symptom som ångest, depression, koncentrationsproblem och/eller svårigheter att kontrollera våldsamt beteende.

34 % har haft allvarliga självmordstankar tidigare i livet och 18 % har tidigare i livet gjort självmordsförsök. De senaste 30 dagarna hade 9 % haft allvarliga självmordstankar och en person hade gjort ett självmordsförsök.

15 % av männen har inte slutfört grundskolan, 35 % har åtalats för våldsbrott.

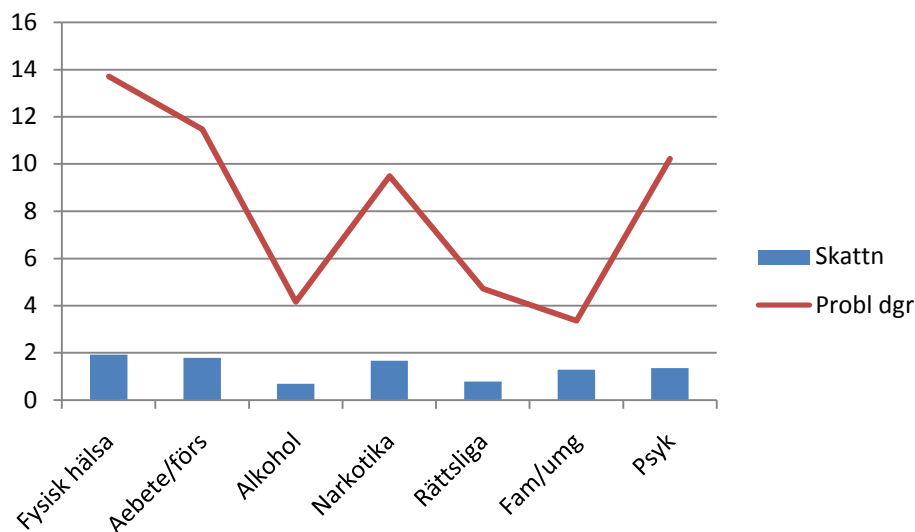
54 % av männen har tidigare i livet haft stora problem att komma överens med en eller båda föräldrarna.

Det som till viss del förvånar inom denna dimension är att så stor andel haft allvarliga, psykiatriska symptom även i opåverkat tillstånd samt att så många som en tredjedel haft allvarliga självmordstankar tidigare i livet. Det är också värt att notera att mer än hälften av våra män haft svåra konflikter med en eller båda sina föräldrar tidigare i livet. För männen som grupp innebär detta att det med stor sannolikhet finns någon form av känslomässiga, beteendemässiga och/eller kognitiva komplikationer att ta hänsyn till vid den fortsatta behandlingsplaneringen.

Fjärde dimensionen

Här handlar det om klientens inställning till behandling för sitt beroende/missbruk. Vid en genomgång av hur klienternas egen skattning av hjälpbehov ser ut inom de olika områdena så visade det sig att man bedömde sig ha störst behov av hjälp med den fysiska hälsan, strax därefter kom behovet av hjälp med arbete/försörjning tätt följt av hjälp för narkotikamissbruk. Alkohol samt ”familj/umgänge” är de områden man anser sig ha minst behov av hjälp med. Se diagram nedan.

Tabell: klientskattning behov av hjälp samt problemdagar av senaste 30 inom samtliga områden



Vad gäller klientskattningarna av hjälpbehov för narkotika så finns en relativt stor grupp, nästan 30 %, som uppger att man har ett mycket stort behov av hjälp för sitt missbruk – man kan anta att männen i denna grupp också är motiverade till att göra något åt sitt missbruk.

Trots att de män vi intervjuat uppger ett omfattande missbruk av såväl alkohol som narkotika så är de mest bekymrade över sin hälsa samt bristen på arbete. Den fortsatta behandlingsplaneringen måste utgå från detta och med stor sannolikhet innebär det att vi behöver utveckla metoder för att motivera männen till att förändra sitt alkohol- och narkotikaintag.

Femte dimensionen

Här handlar det om att bedöma risk för återfall, fortsatt användning eller fortsatta problem. Har klienten tidigare genomgått någon behandling och var han i så fall nykter/drogfri efter behandlingen? Har han varit nykter/drogfri på egen hand?

Av hela klientgruppen har 66 % av männen någon gång fått behandling för sitt missbruk – då är ren avgiftning samt tvångsvård borträknad. Efter behandling har man i genomsnitt varit fri från alkohol i sju månader och fri från narkotika i tio månader.

Av de som genomgått behandling har ungefär en tredjedel av männen uppgivit att alkohol är huvuddrogen – hälften av dessa har varit nyktra en månad eller mer efter behandling.

Två tredjedelar av männen har uppgivit något/eller några narkotiska preparat som huvuddrog - drygt hälften av dessa hade varit drogfria en månad eller mer efter behandling .

Drygt 70 % av männen uppger att man varit nykter/drogfri på egen hand – i genomsnitt har man varit nykter/drogfri i tio månader.

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att en stor del av männen fått någon form av beteendeförändrande behandling och ungefär hälften lyckats vara drogfria minst en månad efter behandling. En majoritet av männen hade också lyckats vara nyktra/drogfria på egen hand under en relativt lång period.

Sjätte dimensionen

Finns det stöd i den närmaste omgivningen – stödjande vänner, ekonomiska förutsättningar och/eller utbildningsmässiga/arbetsrehabiliterande resurser som kan öka förutsättningarna för en lyckad behandling?

Våra män är bostadslösa och lever ensamma. De har tidigare levt i ett förhållande men lever nu ensamma. Det vanligaste sättet att tillbringa sin fritid är ensam (41 %) – därefter kommer att tillbringa fritiden med vänner med aktuella missbruksproblem (25 %). En fjärdedel av männen uppger att man helt saknar en nära vän.

Majoriteten har endast genomgått grundskola – endast 20 % har genomfört gymnasiet. 14 % har inte slutfört grundskolan. Nästan hälften uppger sig ha ett yrke – även om endast tio procent uppger att man arbetat heltid större delen av de senaste tre åren. Vi kan bara konstatera att de män vi kommer i kontakt med som regel har ett bristfälligt nätverk och att de är i stort behov av insatser för att få arbete/sysselsättning.

3. Arbetsplaner utifrån ASI

Här beskriver vi arbetet med att förstå och analysera det som framkommer i ASI-intervjun samt arbetet med att skapa en fungerande arbetsplan för detta ändamål.

I socialstyrelsens skrift ”Handläggning och dokumentation inom socialtjänsten”(2006) betonas vikten av att såväl beskriva den enskildes behov och förutsättningar som att formulera konkreta, mätbara mål för att kunna följa upp behovsprövade insatser.

”(...) i andra situationer kan det vara viktigt att ange konkreta etappmål för en förändring på lång sikt. Det kan t.ex. gälla socialtjänstens insatser för personer med långvariga missbruksproblem, där målet om ett drogfritt liv kan ligga långt fram i tiden(.....)Oavsett vilken verksamhet det gäller är det viktigt att målen formuleras tillsammans med den enskilde och i termer som gör att målen kan följas upp.”

Under ASI-intervjun hjälps socialsekreterare och klient åt att så långt som möjligt separera de sju olika livsområdena från varandra för att få en bild av hur det ser ut inom respektive område. I samband med återkopplingen till klienten ska sedan socialsekreteraren återföra vad som framkommit under intervjun samt motivera de egna skattningsarna inom varje område. Eftersom intervjuarens skattningsar bygger på de uppgifter som klienten lämnat så är vår erfarenhet att klienten, även om han/hon inte delar socialsekreterarens bedömning, kan förstå och acceptera att socialsekreterarens bedömning. Intervjuaren ska också göra en sammanfattande bedömning av hur de olika områdena påverkar varandra och presentera en hypotes kring detta för klienten.

Det fortsatta arbetet med arbetsplanen handlar mycket om att bryta ned och beskriva de olika steg som behöver vidtas för att så småningom nå klientens mer långsiktiga mål samt vem som ansvarar för de olika delarna. Då våra klienter oftast har en omfattande problematik med behov inom många av de olika livsområdena så handlar arbetsplanen ofta även om vad andra huvudmän ska göra och naturligtvis vilka delar som klienten är ansvarig för.

Utbildningsinsatser

Då det vid projektets inledning inte fanns så mycket kunskap att tillgå om behandlingsplanering utifrån ASI så tog vi kontakt med Steve Wicks, psykolog/socionom samt utbildare i bl.a. ASI och MI, för att be honom om en skraddarsydd utbildning i detta ämne.

I mitten av november hade stödteamen för män och kvinnor en gemensam utbildningsdag i hur man kan använda informationen i ASI-intervjun för behandlingsplanering. Vi lärde oss bl.a. hur man kan systematisera den kunskap som framkommer i intervjun för att få en bild av klientens resurser respektive svagheter samt yttre och inre motivation till förändring inom ASI-intervjuns olika livsområden. Dagen var mycket uppskattad av båda teamen och utbildaren fick mycket goda omdömen.

Vi har också haft regelbundna utbildningsinsatser av Kristina Öberg Östergren, utredare på IMS med ett speciellt ansvar för implementering av ASI i hela Sverige, kring utarbetandet av arbetsplaner utifrån ASI-intervjun. Utbildningarna har varit i form av workshops där vi fått hjälp att systematisera informationen från ASI-intervjun och formulera en arbetsplan.

Blankett för arbetsplan

Rent praktiskt var det viktigt att teamet (Stödteam för män) tillsammans funderade ut hur man ville att arbetsplanen skulle se ut samt hur man skulle använda sig av den. Tid för att diskutera arbetsplaner avsattes en gång i veckan under ordinarie mötestid. Vi samlade in arbetsplaner från andra socialkontor (bland annat arbetsplan från missbruksgruppen Södermalm, arbetsplan från socialtjänsten i Umeå samt psykolog/socionom Steve Wicks arbetsplan) för att titta hur de rent grafiskt var uppbyggda och tänkta att användas. Arbetsgruppen var överens om att arbetsplanerna som hade samlats in inte passade oss, vi ville göra en arbetsplan som var mer användarvänlig. De arbetsplaner vi hade samlat in hade stora likheter; bland annat var de flera sidor långa och varje arbetsområde i ASI var uppdelat i underavdelningar. Tanken var att man skulle göra en plan för varje delområde inom ASI.

Vi beslutade att ha med en grafisk bild av hur klient och socialsekreterare hade skattat hjälpbehovet inom varje område för att få en översikt över hela klientens situation. Tanken var att arbetsplanen skulle utgå från de områden som klienten var mest bekymrad över. Då boendet är det mest akuta för våra hemlösa klienter var det av stor vikt att få med detta i arbetsplanen.

Under våra möten under våren tog vi fram olika konkreta förslag som alla i gruppen kunde tycka till om, och till slut var hela gruppen överens om utformningen (se bilaga Arbetsplan).

Behandlingsplanering utifrån ASAM

Tidigare i rapporten finns beskrivet mer om vad ASAM är (se sid.11). När vi lyssnade på föreläsningen om ASI kopplat till ASAM tyckte vi att det var ett tilltalande sätt att sortera den information som framkommer i ASI-intervju och bedömde även att det skall vara till hjälp vid den fortsatta behandlingsplaneringen.

ASAM utgår från de förhållanden som råder i USA och det finns starka skäl till att inte acceptera modellen förbehållslöst men vi tycker ändå att den på ett relativt enkelt sätt är en hjälp att fundera över lämplig nivå samt innehåll i vården.

ASAM talar om sex olika dimensioner att ta hänsyn till vid behandlingsplaneringen:

- ❖ Den första handlar om att ta ställning till den medicinska risken för akut överdosering och/ eller risk för allvarlig abstinens.
- ❖ Den andra gäller fysiska problem och komplikationer som behöver tas hänsyn till i den fortsatta vårdplaneringen – hur ser klientens fysiska hälsa ut? Behövs en längre tids fysisk återhämtning?
- ❖ Den tredje gäller känslomässiga, beteendemässiga eller kognitiva problem och komplikationer som kan påverka vården. Finns det psykiatriska eller beteendemässiga komplikationer att ta hänsyn till?
- ❖ Den fjärde gäller klientens beredskap för förändring – hur motiverad är klienten till förändring och vilka erfarenheter har han av tidigare förändringar?
- ❖ Den femte gäller risk för återfall, fortsatt användning eller risk för fortsatta användning av alkohol/narkotika.
- ❖ Den sjätte gäller möjlighet till återhämtning – hur ser klientens sociala situation ut; vad är det han/hon ska återvända till?

De tre första dimensionerna ger en indikation om huruvida vården behöver bedrivas i slutenvård eller om det är tillräckligt med öppenvård. Om missbruket inte är akut och det inte heller finns fysiska eller kognitiva komplikationer finns goda förutsättningar för att klara en behandling i öppenvård.

De tre sista dimensionerna ger information om vad behandlingen ska innehålla samt vilken omfattning som är lämplig. En klient som inte uttrycker någon som helst egen motivation till förändring behöver i första hand motivationssamtal medan en klient som tidigare varit på behandling och varit nykter/drogfri under en längre period istället behöver återfallsprevention. Klientens behov av intensitet i behandlingen varierar också beroende på vilken social situation han/hon befinner sig i samt hur man klarat eventuell tidigare behandling.

4. Beskrivning av insatser

I det här avsnittet beskrivs arbetet med att beskriva de insatser klienterna tagit del av under den period som förflutit mellan grund- och uppföljnings ASI:n.

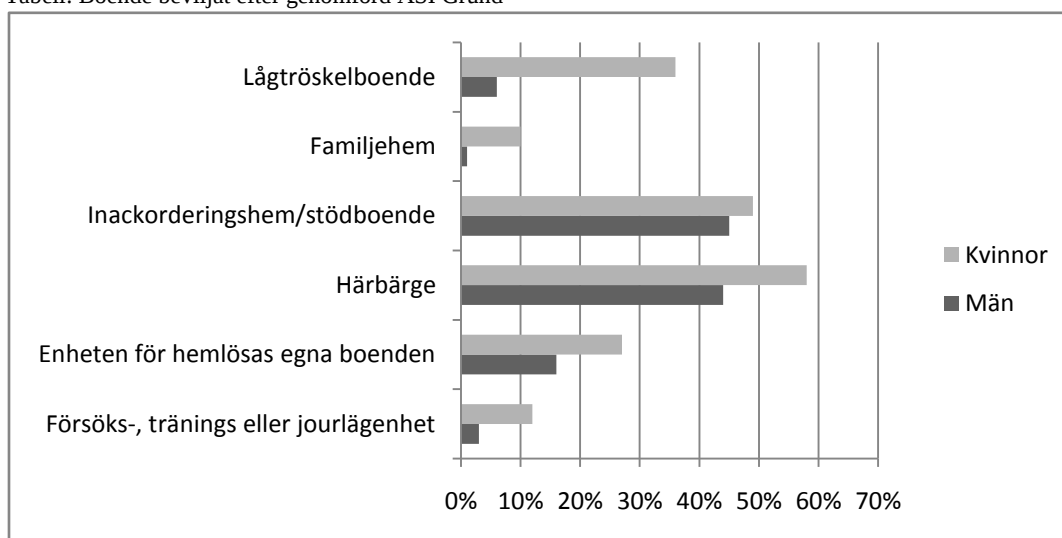
Ett av syftena med ASI-arbetet på Enheten för hemlösa var att utveckla metoder för att kunna kartlägga vilka insatser som klienten tagit del av efter grundintervju. Tanken är att påbörja ett utvärderingsarbete av de insatser klienterna tar del av. En enkät togs fram som ska användas mellan grundintervju och uppföljningsintervju. På sikt ska man kunna studera uppföljningsintervjuerna för att se vilka insatser som är verkningsfulla i det sociala arbetet med våra hemlösa klienter.

Vi valde att göra en enkät om de insatser som vi normalt använder oss av samt tog med en fråga om huruvida arbetsplan fanns eller ej. (se bilaga Insatsenkät)

Vi sorterade insatserna utifrån om det var egna insatser eller om det var köpta/externa insatser. Bland egna insatser finns deltagande i någon av Skyddsnätets (Enheten för hemlösas egen öppenvårdsverksamhet) öppna eller slutna grupper, s.k. egna medelsförvaltning, budgetrådgivning, försökslägenhet etc. Vi grupperade behandling utifrån om det var dygnetruntvård, öppenvård eller familjehem. Den vanligast förekommande insatsen är boende i någon form och vi valde därför att dela upp den kategorin i flera undergrupper; Härbärge, inackorderingshem/ stödboende, familjehem som boende, extern tränings/ försökslägenhet, äldreboende eller servicehus, lågtröskelboende samt sjukhem.

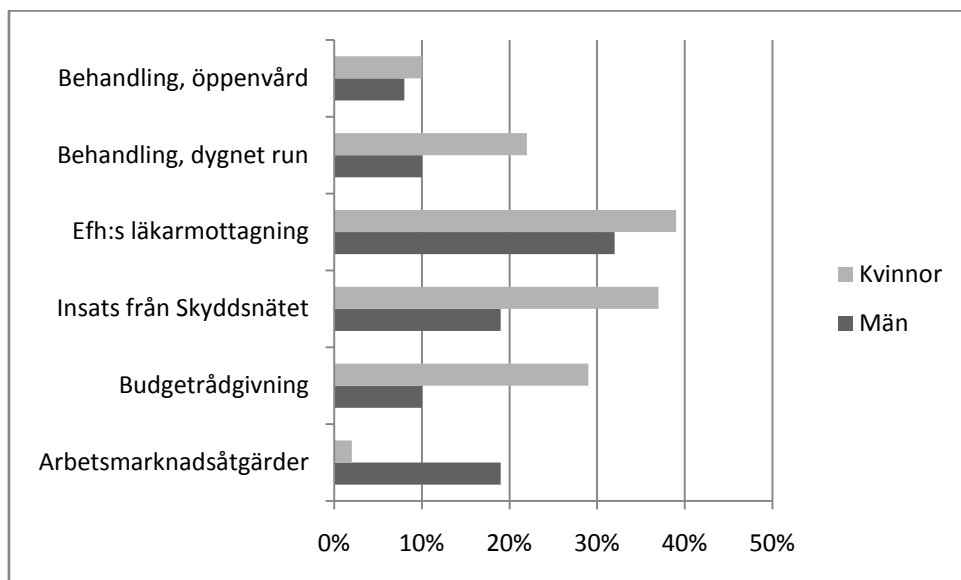
När vi gjorde en sammanställning av de insatser som klienterna fått efter grundintervjun så är det naturligtvis så att så gott som samtliga beviljats någon form av boende. Det som varit intressant för oss är vilken typ av boende som beviljats. Nedan finns en jämförelse mellan vad männen respektive kvinnorna har fått för boende. Viktigt att komma ihåg att männen nyligen fått kontakt med Enheten för hemlösa medan kvinnorna i vissa fall kan ha haft en långvarig kontakt med oss. Totalsumman blir inte 100 % eftersom samma individ kan ha beviljats flera typer av boende.

Tabell: Boende beviljat efter genomförd ASI Grund



Vi har också gjort en sammanställning av vilka övriga insatser männen och kvinnorna har beviljats efter grundintervjun. Även här gäller att totalsumman inte blir 100% p.g.a. samma individ kan ha beviljats flera insatser. När det gäller insatserna från Skyddsnätet (vår egen öppna verksamhet) kan det vara så att samma person varit med i flera av verksamheterna.

Tabell: Annan insats beviljat efter genomförd ASI Grund



Det visade sig att 85 % av de män som har gjort ASI har en arbetsplan medan det i borfallsgruppen endast är 46 %. Bland kvinnorna var det 83 % som hade arbetsplan av de som har gjort ASI. I gruppen bortfall bland kvinnorna var 79 % som hade arbetsplan. Frågan om arbetsplan finns med i den årliga klientinventeringen som Enheten för hemlösa gör. I den studien av 782 klienter har 71 % arbetsplaner. För männen finns det alltså en koppling mellan ASI och arbetsplaner. Det finns en tendens att man arbetar mer med de man gör en ASI med. Kvinnoteamet har hög andel arbetsplaner oavsett om ASI är gjord eller inte. Underlaget pekar dock på att om det finns ASI för klienten så är sannolikheten större att det finns en arbetsplan.

5. Bortfall

Här beskrivs bortfallet för männen respektive kvinnorna samt tänkbara orsaker till bortfallet.

De klienter som socialsekreteraren inte gjorde ASI med skulle beskrivas i en separat bortfallsenkät (se bilaga Bortfallsenkät). En mer detaljerad beskrivning av de klienter som vi inte kunde göra ASI med redovisas separat i statistikdelen.

Bortfallet bland männen var 48 män av 128 möjliga som inte intervjuades vilket är 38 % av hela klientgruppen. Bortfallet minskade efterhand till 40 män (32 %) – dock finns dessa män ej med i statistikmaterialet. Anledningen till att ASI-intervju inte är gjord beror till 21 % på att klienterna inte vill. 19 % av klienterna kommer inte på sina besök. 8 % är i så svårt missbruk att det inte är möjligt att göra en intervju. 8 % har språksvårigheter och därför är det inte

möjligt att göra ASI på svenska. 35 % uppger ”annan orsak” vilket innefattar sju som är i fängelse, en man som har avlidit, en som var aktuell på grund av LVM-anmälan och någon ville inte ha kontakt med socialtjänsten.

Vid en jämförelse mellan männen vi gjorde ASI med och männen vi bedömde att vi inte kunde göra ASI med så finns det några skillnader att notera: Männen vi inte gjorde ASI med är något äldre, har i större utsträckning haft kontakt med Enheten för hemlösa tidigare, försörjer sig i större utsträckning genom någon form av ersättning från försäkringskassan och i lägre utsträckning genom försörjningsstöd. Vad gäller huvuddrog förefaller fördelningen mellan alkohol, narkotika respektive flera preparat vara ungefär densamma.

Vid förra ASI undersökningen 2004-2005 var bortfallet 20 % vilket är mindre än nuvarande undersökning. Orsaken till det stora bortfallet under denna senare period kan bero på ett ökat antal klienter per socialsekreterare. Under 2007 och 2008 har Enheten för hemlösa haft en ökad ärendebelastning och till följd av detta ett budgetunderskott. Stöd teamet för män var speciellt utsatta för detta och antalet aktuella klienter ökade från knappt 360 män till, som högst, 415 män. I genomsnitt innebar det drygt 35 klienter/socialsekreterare. Enheten för hemlösa genomlystes därför av extern konsultfirma, Ramböll management, under våren och sommaren 2008.

I Rambölls slutrapport sammanfattar man läget enligt följande:

”Stödteamet för män har en mer ansträngd situation (fler ärende per handläggare) än övriga team, och denna utveckling kommer att accentueras under nästa år genom mindre personalresurser och en troligt ökad ärendebalans. Personalen har under året påtalat en hög arbetsbelastning och att detta i förlängningen är problematiskt ur ett arbetsmiljöperspektiv. Utan särskilda åtgärder kommer trycket på enheten att ytterligare öka inför 2009. Det blir därför viktigt att se över verksamhetens struktur och om den kan förändras för att utnyttja befintliga resurser på ett effektivare sätt.”

Ramböll kunde konstatera att varje handläggare på en heltidstjänst har drygt 35 klienter med tung social problematik och alla klienter är hemlösa vilket kan förklara bortfallet i denna undersökning. Detta ska jämföras med de andra teamen på Enheten för hemlösa där Kvinnoteamet hade 25 ärende per handläggare och Socialpsykiatriskt stödteam för män hade 27 ärenden per handläggare. Under 2007 började även många nya handläggare på teamet de fick många nya ärenden och hade svårt att hinna göra ASI under första halvåret.

När det gäller männen kan man anta att de män vi inte kunnat göra ASI med inte skiljer sig så mycket från de män vi gjort ASI med utan att det mer varit praktiska orsaker som hindrat oss från att göra en intervju. Vid uppföljning under oktober 2008 visar det sig att en majoritet av de män som vi inte kunde göra ASI med har avbrutit kontakten med oss.

Bortfallet i Kvinnoteamet är 21 kvinnor av 69 möjliga, vilket motsvarar 41 % av klientgruppen. I 21 % av fallen beror det på att klienten uteblir från besöken, ytterligare 21 % beror på att klienterna inte vill medverka i intervjun. 18 % bedöms vara i så svårt missbruk att socialsekreteraren inte anser att det är möjligt att genomföra intervju. 7 % har psykiska svårigheter. Den största anledningen till att intervjun inte blev av är dock ”annat” (32 %)

vilket innefattar fyra kvinnor som avslutat kontakten med teamet, en kvinna som avled samt att socialsekreteraren inte hade hunnit.

Orsaken till att Kvinnoteamets bortfall är större beror troligen på att kvinnoteamet under den här perioden bytte chef och ASI-arbetet kom i bakgrunden i samband med detta, vilket beskrivs mer ingående i nästa kapitel. Troligen blev implementeringstiden för kort på grund av avbrottet vilket gjorde att alla handläggare inte hann med de intervjuer man bestämt.

Bortfallet på Kvinnoteamet är mer kopplat till enskilda handläggare medan det på Stödteamet för män är jämnt fördelat mellan de olika handläggarna.

6. Implementering av ASI på kvinnoteamet.

I det här kapitlet beskrivs arbetet med implementeringen av ASI på kvinnoteamet.

Stödteamet för kvinnor tar emot alla kvinnor som blir aktuella på Enheten för hemlösa oavsett problematik. Männen som blir aktuella på Enheten för hemlösa delas upp mellan två olika team; Stöd team för män eller Stödteam för män med socialpsykiatrisk inriktning. Detta har gjort att det har varit svårt för kvinnoteamet att ta ställning till vilken utredningsmetod som passar dem bäst. De flesta på teamet kan göra både DUR-utredningar (DUR= Dokumentation, utredning och resultat, används främst inom socialpsykiatri i Stockholm) och ASI-intervjuer. Socialsekreterarna har tyckt att det har varit enklare att göra DUR-utredningar och man har bara gjort några få ASI-utredningar vardera. Under en period övervägde man att endast göra DUR-utredningar - d.v.s. även med de klienter som endast har missbruksproblem för att underlätta för socialsekreterarna. Det blir otympligt att arbeta med två utredningsinstrument och man tyckte det saknades viktiga frågor i ASI-intervjun.

Då en ny metodutvecklare skulle rekryteras till Stödteam för män beslutade ledningsgruppen att erbjuda tjänsten till en medarbetare i kvinnoteamet för att på det sättet stödja implementeringen av ASI i kvinnoteamet

Under hösten 2007 blev metodutvecklaren inbjuden till kvinnoteamets planeringsdag för att diskutera ett eventuellt införande av ASI. Vi förde en diskussion om hur man skulle gå till väga, vad syftet skulle vara samt eventuella fördelar och nackdelar. Man diskuterade även vilka klienter man skulle erbjuda ASI-intervju.

Kvinnoteamet kom överens om att det var en bra idé att systematiskt börja använda ASI även på deras team. Kvinnoteamet såg fördelen att det fanns en metodutvecklare på plats, ”det var nu de kunde få hjälp och stöd”, det fanns någon där för saken skull.

Kvinnoteamets arbete är unikt och det var viktigt för dem att kunna beskriva klientgruppen så som Stödteamet för män hade gjort. Äntligen skulle man kunna se om dessa grupper skiljer sig åt. Handläggarna tyckte det var spännande att kunna jämföra klientgruppen med andra klientgrupper inom socialtjänsten.

Man kom överens om att de klienter på kvinnoteamet som var jämförbara med männen på Stödteam för män skulle ges möjlighet att delta i en ASI-intervju. Resterande skulle erbjudas DUR-utredning.

I första skedet skulle socialsekreterarna göra ASI-intervjuer med sina klienter samt beställa redan gjorda intervjuer från andra huvudmän som t.ex. beroendevården och kriminalvården. Man tyckte det var viktigt att göra så många ASI-intervjuer som möjligt för att få en bra gruppsammanställning. Metodutvecklaren återkom regelbundet till kvinnoteamets veckomöten och diskuterade hur det gick. Handläggarna tyckte att det var svårt att komma igång. Tillsammans med metodutvecklaren gick teamet igenom ASI-intervjuer och gjorde återkopplingar och skattningar tillsammans. Intervjuarskattningar var det man tyckte var svårast. Några i gruppen gick en endagsutbildning hos Mary Hill-Berg, projektledare för Stockholms stads ASI-projekt, för att lära sig mer om skattningar. En nyanställd handläggare gick ASI-utbildning, alla andra hade gått utbildning år 2004 för David Zingmark. Det var lång tid sedan handläggarna hade gått ASI-utbildningen och sedan dess hade man inte använt sig av ASI, vilket ansågs vara ett problem. Själva implementeringen handlade inte bara om att övertyga att ASI är ett bra verktyg utan också om att fräscha upp tidigare kunskap.

Under december månad 2007 beslutade ledningsgruppen att Kvinnoteamet och det socialpsykiatriska stödteamet skulle byta chef. Detta fick till följd att implementeringen av ASI lades åt sidan under en period. I februari hade gruppen fått ny chef och ASI fördes in på agendan igen.

Under andra perioden av ASI-arbetet på kvinnoteamet började man se fördelarna med att göra ASI, bl.a. att det utgjorde en bra stomme i en grundutredning om klienten. Kvinnoteamet var med på Kristina Öberg Östergrens föreläsningar om arbetsplaner och teamet började alltmer se nyttan med ASI för den enskilda klienten. Under processens gång ser handläggarna olika för- och nackdelar med ASI arbetet. En del tycker att det är bra, andra tycker efter ett år att det fortfarande är svårt.

7. Slutdiskussion

I detta avslutande kapitel resonerar vi kring huruvida vi uppnått de syften vi hade med projektet samt vad som varit till hjälp respektive hinder i vårt arbete.

ASI-intervjun som en grund för utredning tillsammans med klienten var väl förankrat hos Stödteam för män redan när detta projekt inleddes. Vi har under projektets gång fått fortsatt stöd med att sammanställa materialet på gruppnivå som vi sedan använt på olika sätt. Vi är på väg att kunna beskriva hur klientens situation förändras mellan grund- och uppföljningsintervju samt vilken insats klienten har fått däremellan. Syftet är att kunna utvärdera resultatet av de insatser som klienterna erhåller. Under tiden vi gjort detta har det blivit tydligt för oss att våra klienter som regel beviljas en rad olika insatser, och då oftast samtidigt, vilket komplicerar utvärderingen.

Då vi också arbetat med implementering av ASI hos kvinnoteamet har vi fått material för att kunna beskriva kvinnornas situation på gruppnivå och kunnat jämföra männens och kvinnornas situation.

Genom att använda ASI-intervjun som grund för behandlingsplanering har metoden fått en annan förankring i arbetsgruppen; intervjun är inte bara en bas i utredningsarbetet utan en grund för den fortsatta planeringen tillsammans med klienten. Då projektet är ettårigt har vi ännu inte kunnat följa upp behandlingsplanerna systematiskt med hjälp av ASI-uppföljning – förhoppningen är att en behandlingsplan formulerad i huvudsak utifrån ASI-intervjun också blir mer naturlig att följa upp med ASI-uppföljning.

Under projekttiden har det blivit allt tydligare för oss att vi behöver fundera mer över hur uppföljningsintervjun ska användas så att det dels finns en systematik men också för att den ska kännas meningsfull för såväl klient som handläggare. Kopplingen till behandlingsplanering känns angelägen men då behandlingsplaner/arbetsplaner normalt görs för tre månader i taget är risken att klienterna blir uttröttade på ideliga ASI-intervjuer som inte visar någon större förändring samtidigt som det också innebär en ökad arbetsbelastning för en redan hårt pressad arbetsgrupp.

En tanke är att välja att göra uppföljningsintervjuer med olika intervaller utifrån olika insatser; en klient som genomgår någon form av beteendeförändrande insats följs upp oftare än en klient som är långvarigt placerad i ett boende som inte aktivt arbetar med beteendeförändring.

Vi har under projekttiden även kommit i kontakt med ASAM:s sex dimensioner som hjälper till att sortera all den information som framkommer i ASI-intervjun så att socialsekreteraren lättare kan bedöma huruvida klienten klarar en behandling i öppenvård eller behöver institutionsvård, intensiteten i behandlingen samt ger också vägledning i vad vården ska innehålla. Det här sättet att sortera informationen tror vi är till stor hjälp i att ta ställning till klientens behov av vårdnivå och vårdinnehåll även om metoden i sig behöver utvecklas och anpassas till svenska förhållanden.

Med ett fortsatt utvecklingsarbete tror vi att det finns gott hopp om att beslut om klienters behandling fattas utifrån klientens faktiska behov och motivation till förändring istället för att baseras på enskilda socialsekreterares ”magkänsla” av vad som skulle vara rätt behandling.

När vi har tittat närmare på de klienter som vi inte kunna göra ASI med så är vår uppfattning att dessa klienter inte skiljer sig så mycket från övriga klientgruppen utan att det mer handlar om praktiska hinder för såväl klient som socialsekreterare.

I slutet av projekttiden stod det klart att även det socialpsykiatriska stödteamet för män bestämt sig för att använda ASI tillsammans med sina klienter. Orsaken var att en klientgenomgång visade att en stor andel av deras klienter också har en beroendeproblematik och därför skulle ha god nytta av en ASI-intervju. Därmed är ASI på god väg att vara en grund för samtliga klienter med en beroendeproblematik på Enheten för hemlösa.

Beskrivning av männen och kvinnorna på Enheten för hemlösa

Urval

Alla män som blev aktuella på Stödteam för män under perioden juni 2007 till maj 2008 skulle vara med i undersökningen. Om det fanns ASI gjord med klienten kunde handläggarna rekvirera den, men vi kom överens om att inte använda ASI äldre än ett år.

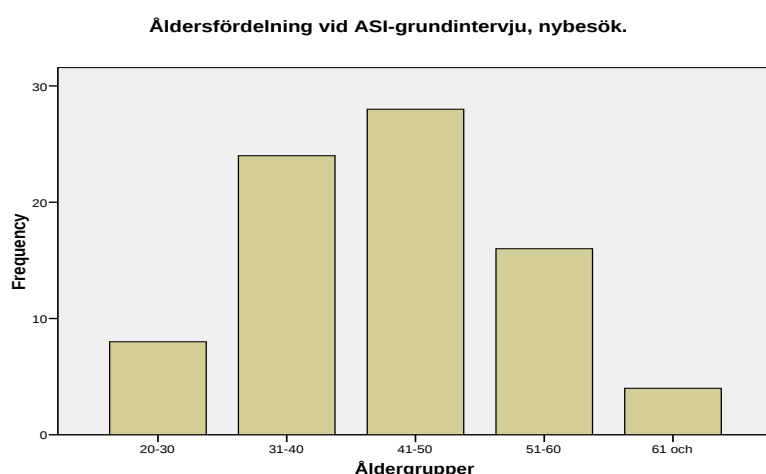
Dåvarande chefen för Kvinnoteamet valde ut de kvinnor som hade missbruk som huvudsakligt problem. Det var ca 65 kvinnor, sedan tillkom några nybesök som var lämpliga. Varje handläggare hade ca 12 klienter de skulle göra ASI med - detta skulle vara klart senast sista maj 2008. Många av dessa kvinnor hade varit aktuella under en längre tid, för några klienter fanns det sedan tidigare ASI. Även här bestämde vi att de kunde rekvirera gamla ASI men att inte använda ASI som var äldre än ett år.

Vi har valt att redovisa statistiken i två grupper, män respektive kvinnor. Intervjuerna är gjorda under perioden juni 2007 till och med maj 2008. Vi har valt att titta på grundintervjuer i och med att projektiden var kort och vi därmed inte hunnit få med så många uppföljningsintervjuer. Vi vill redovisa hur klientens situation var när han eller hon blev aktuell på Enheten för hemlösa. Statistiken är indelad utifrån intervjuens sju olika livsområden.

Män, grundintervju

Det var totalt 128 män unika män (en del män kom flera gånger på nybesök och då användes bara en av intervjuerna), 80 stycken intervjuades med ASI-grund samt 48 intervjuades inte utan socialsekreteraren fyllde i en separat bortfallsenkät. (Bortfall 37,5 %). Ytterligare 8 klienter har intervjuats med ASI efter att vi har sammanställt statistiken men finns inte med i detta material. Detta innebär att det slutliga bortfallet blev 31,5%

Diagram 1: Åldersfördelning vid grundintervjun



Medelåldern är 43,6 år och medianåldern är 43 år, den yngsta var 26 år och den äldsta var 66 år.

Av dessa 80 män var 64 %, var bostadslösa, 10 % bodde hos släktingar eller inneboende,

16 % bodde på institution, 4 % uppgav att man bodde i egen bostad. 4 % uppgav att de hade annat boende. Ingen bodde på hotell eller i andrahand. I snitt hade männen bott under dessa förhållanden i 2 ½ år, medianen var 3 månader. Den som hade haft sin bostadssituation längst var 20 år. Av de männen som var bostadslösa så hade de varit bostadslösa i medel i 3,9 år (median 1,2 år)

Huvuddelen, 76 %, av männen är svenskar, 10 % finländare, resterande är enstaka män från Somalia, Chile, Italien, Malta, Grekland och Eritrea.

Fysisk hälsa

80 % av männen har någon gång legat på sjukhus – i genomsnitt har man legat på sjukhus drygt 3 ggr, medianvärde 2 ggr.

60 % av männen uppger att man har någon långvarig kroppslig åkomma. 30 % har haft läkarkontakt under det senaste halvåret. 12,5 % är ordinerade mediciner för sin fysiska hälsa. 20 % uppger att de får hjälp som rör sin fysiska hälsa.

46 % uppger att de har eller haft hepatit C.

80 % har HIV-testat sig och det var i genomsnitt för 27 månader sedan – medianvärde, 12 månader sedan. 81 % fick ett negativt besked, 5 % (vilket motsvarar 4 stycken) fick reda på att de var HIV-positiva och resterande 3 stycken hade ännu inte fått besked eller kände inte till svaret.

10 % uppger att man har pension p.g.a. fysiska problem.

31 män uppskattade att de hade 0 problemdagar vad gäller den fysiska hälsan per månad (vilket motsvara 39 %). Medan 28 män hade problem varje dag de sista 30 dagarna. Medel ”problemdagar” var 14 dagar och median 10 dagar. När det gäller sitt hjälpbehov angående den fysiska hälsan svarade 31 %, 25 personer att de inte hade något behov av hjälp medan 20 personer, 25 %, har ett ”mycket stort behov av hjälp”.

Diagram 2: Oroad fysiskhälsa

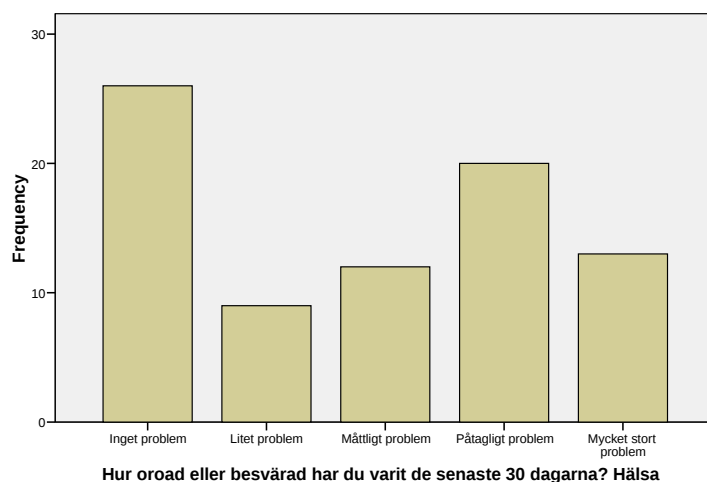
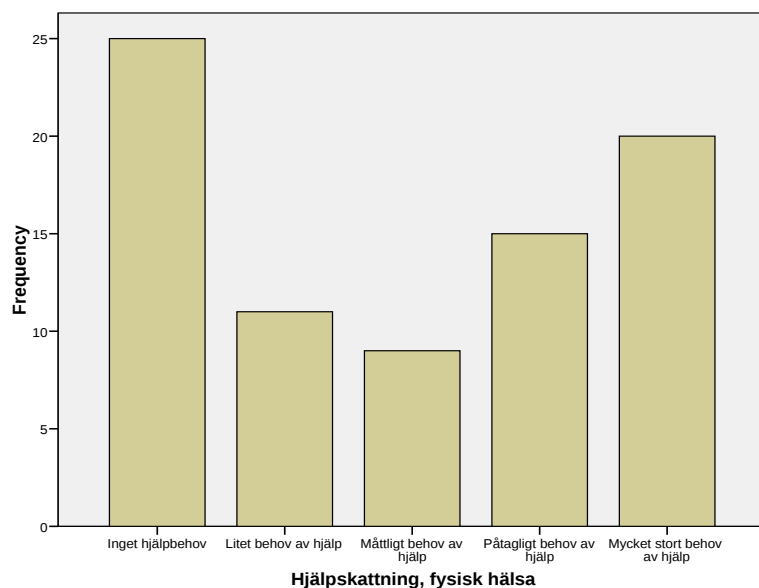


Diagram 3: Hjälpsskattning, fysisk hälsa



Arbete och försörjning

Männen har i genomsnitt gått i skolan i 10,3 år, medianvärde 9 år. Av kommentarerna framgår att de flesta som utbildat sig efter grundskolan har gått någon praktisk yrkesutbildning. 14 % har inte avslutat grundskolan, 58 % har genomfört grundskola, 22 % har fullföljt gymnasium samt 6 % uppgav att man har någon form av eftergymnasial utbildning.

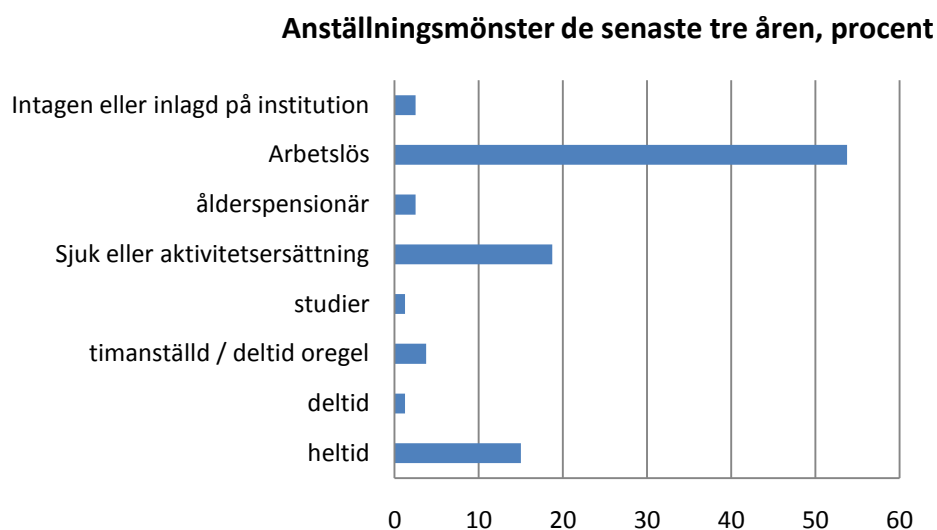
48 % uppger att de har ett yrke samt att 8 % har ett giltigt körkort. I snitt har männen arbetat 8 ½ år, median 6 år.

Männens nuvarande försörjning samt anställningsmönster framgår av tabell resp. diagram nedan.

Tabell 1: Huvudsaklig försörjning

Huvudsaklig inkomst	Antal	Procent
Valid arbete	2	2,5
arbetslöshetsersättning	1	1,3
bistånd socialtjänsten	42	52,5
ersättning från FK	17	21,3
partner, familj eller vänner	4	5,0
olaglig verksamhet	8	10
andra källor	5	6,3
ej svar	1	1,3
Total	80	100,0

Diagram 4: Vanligaste anställningsmönster de senaste tre åren.



Männen har i medeltal skulder som uppgår till 415 940: -, median 100 000:-.

Alkohol och narkotikaanvändning

Tabellen nedan beskriver debutålder för de olika preparaten, medelålder och medianålder, samt hur stor andel som uppgivit att preparatet är huvuddrog.

Tabell 2: Medelålder vid debut enligt ASI för olika preparat samt andel som uppgivit detta preparat som huvuddrog.

Preparat	% har provat	Medelvärde ålder	Median ålder	Andel som uppgivit preparatet som huvuddrog
Alkohol	99 %	14	14	27,5%
Heroin	37 %	26	23	8,8 %
Metadon	22 %	26	25	
Subutex	32 %	32	32	1,3 %
Andra opiater	41 %	28	24,5	
Dämpande	55 %	25	20	2,5 %
Kokain	56 %	27	25	
Amfetamin	81 %	20	18	23,8%
Cannabis	86 %	17	15	5 %
Hallucinogener	42 %	22	20	
Ecstasy	36 %	24	25	
Lösningsmedel	17 %	17	13	
Flera preparat	58 %	21	20	22,5 %

7,5 % av dessa män uppgger att de inte har något missbruksproblem.

Injektion

60 % av männen har injicerat, medelålder för första injektionen var 20 år och de har injicerat i genomsnitt 15,7 år.

Tabell 3: Hur ofta delar du spruta?

Hur ofta delar du spruta?		Antal	Procent
Valid	aldrig	31	38,8
	några gånger	10	12,5
	ofta	2	2,5
	ej relevant	35	43,8
	Total	78	97,5
Missing	inget svar	2	2,5
Total		80	100,0

Överdoserings: 14 % hade någon gång fått delirium. 39 % av gruppen hade någon gång överdoserat narkotika (9 män har inte svarat på frågan)

Kriminalitet

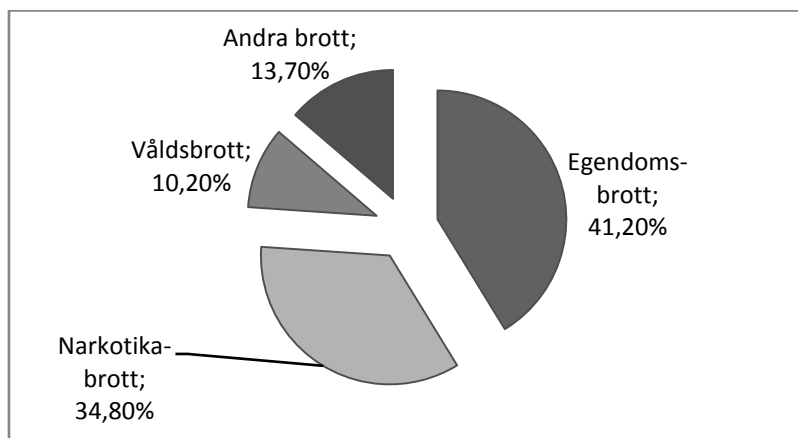
28 % har frivårdspåföljd eller är villkorligt frigivna. 22 % har uppgivit att man väntar åtal, rättegång eller straffpåföljd – vanligast att man väntar på åtal för egendomsbrott (35 %) eller narkotikabrott (22 %).

72 % uppger att man inte ägnat sig åt olagligheter senaste 30 dagarna medan 23 % uppger att man ägnat sig åt olagligheter allt mellan 1 till 30 dagar. 11 % hade ägnat sig åt kriminell verksamhet samtliga av de senaste 30 dagarna. (9 stycken har inte varit på frågan)

I genomsnitt har de som har blivit åtalad blivit fälld 13 ggr – medianvärde 5 ggr – och i genomsnitt tillbringat 29 månader i fängelse/häkte (medianvärde 17 månader). 10 stycken som har blivit åtalad hade aldrig blivit frihetsberövad.

Bilden nedan beskriver vilken typ av brott man har åtalats för (totalt alla brott man har blivit åtalad för).

Figur 1: Totala mängden åtal för männen fördelad på typ av brott.



Familj och umgänge

Civilstånd; 9 % uppger att man är gift eller sammanboende, 81 % har tidigare varit gift/sammanboende medan 10 % aldrig varit gift/sammanboende.

På frågan om vanligaste levnadsförhållanden senaste tre åren har nästan en femtedel uppgivit att stabila förhållanden saknas.

Tabell 4: Vanligaste levnadsförhållandena.

Levnadsförhållanden		Antal	Procent
Valid	endast med partner	8	10,0
	med föräldrar	1	1,3
	med släktingar	1	1,3
	med vänner	3	3,8
	ensam	39	48,8
	på institution eller motsvarande	15	18,8
	inga stabila levnadsförhållanden	13	16,3
	Total	80	100,0

Det vanligaste sättet att tillbringa sin fritid är ensam (41 %) – därefter kommer att tillbringa fritiden med vänner med aktuella missbruksproblem (25 %). Därefter umgås männen med vänner utan missbruksproblem 21 %, 11 % av männen umgås med missbruksfria släktingar samt 5 % umgås med släktingar med aktuella missbruksproblem.

I genomsnitt har man 3,47 vänner (median 2 vänner). Dock är det 24 % som uppger att man inte alls har någon vän.

Av de 80 männen som svarat har 39 stycken män barn vilket motsvarar 49 %, de har 1,9 barn i snitt.

När vi frågar männen om de haft stora svårigheter i umgänget med sina barn de senaste 30 dagarna så uppger 8 % av männen att så är fallet; 33 % av männen har inte haft kontakt med barnen senaste 30 dagarna och har därför inte kunnat svara på frågan. För 56 % av männen har det inte förekommit några svårigheter.

Tabell 5: Beskrivning vart de två yngsta barnen bor.

Beskrivning vart de två yngsta barnen bor.		barn 1	Percent	barn 2	Percent
Valid	mor	17	21,3	10,0	45,5
	med släkting	1	1,3	1,0	4,5
	familjehem	3	3,8	1,0	4,5
	eget boende	18	22,5	10,0	45,5
	vet ej	1	1,3	,0	,0
	Total	40	100,0	22,0	100,00

De senaste 30 dagarna har 8 % utsatts för psykisk misshandel och 1 % har utsatts för fysisk misshandel. 1 % har utsatts för något sexuellt övergrepp senaste 30 dagarna.

Tidigare i livet har 35 % utsatts för psykisk misshandel, 30 % har utsatts för fysisk misshandel och 6 % har utsatts för sexuella övergrepp.

Psykisk hälsa

Övervägande delen, 80 %, har aldrig behandlats i slutenvård p.g.a. psykiska problem. De som har behandlats på sjukhus har enbart vårdats vid enstaka tillfällen (1-2 gånger). 37 % hade i behandlats i öppenvård p.g.a. psykiska problem.

11 % uppgav att man hade sjukbidrag/pension till följd av psykiska problem.

Depression

19 % har upplevt allvarlig depression senaste 30 dagarna, 48 % har upplevt allvarlig depression tidigare i livet.

Ångest

23 % har upplevt allvarlig ångest senaste 30 dagarna, 46 % har upplevt allvarlig ångest tidigare i livet.

Problem med att förstå, minnas och koncentrera sig

38 % har haft sådana problem senaste 30 dagarna och 48 % har haft sådana problem tidigare i livet.

Hallucinationer

2 % har haft hallucinationer senaste 30 dagarna, 12 % har haft hallucinationer tidigare i livet.

Svårigheter att kontrollera våldsamt beteende

Sådana bekymmer har 5 % haft senaste 30 dagarna och 32 % har haft sådana problem tidigare i livet.

Ordinerad psykofarmaka

Senaste 30 dagarna har 8 % ordinerats psykofarmaka, tidigare i livet har 31 % någon gång ordinerats psykofarmaka.

Allvarliga självmordstankar

9 % har haft allvarliga självmordstankar senaste 30 dagarna, 34 % har haft allvarlig självmordstankar tidigare i livet.

Självordsförsök

1 person har gjort självordsförsök de senaste 30 dagarna – tidigare i livet har 18 % gjort självordsförsök.

Andra känslomässiga eller psykiska problem

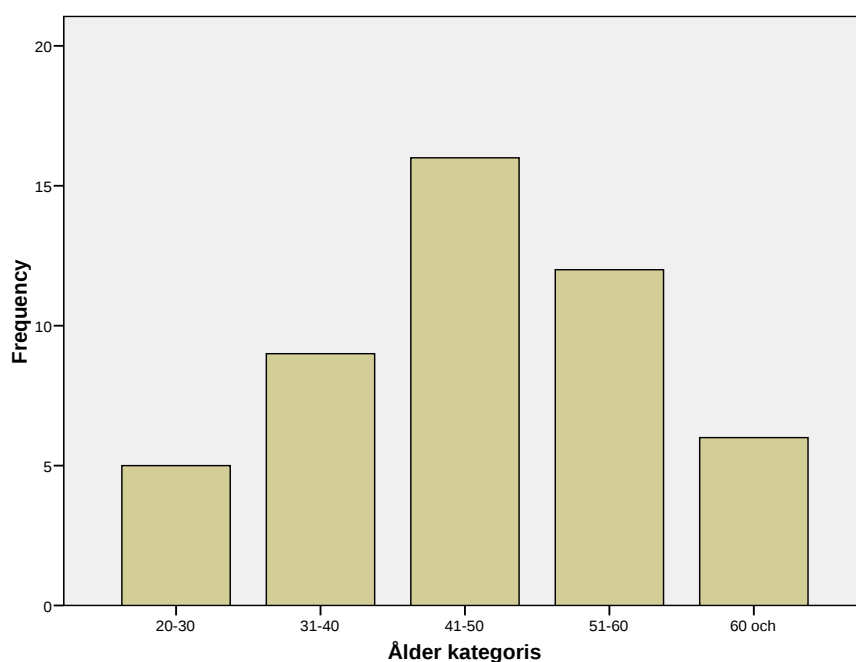
11 % har haft psykiska eller känslomässiga problem de senaste 30 dagarna - tidigare i livet 21 %. Dessa problem var 2 ätstörningar, 3 ADHD/ damp, mytomani, panikångest, personlighetsstörning, sömnsvårigheter och tvångstankar.

Bortfall män

Det var 48 klienter som socialsekreterarna inte gjorde någon ASI-intervju med. Medelåldern på dessa män var 47,6 år median 47 år.

Nationalitet; 62 % av männen var svenskar, 19 % kom från Finland, resterande 5 män kom från andra utomnordiska länder.

Diagram 5: Åldersfördelning män, bortfall



Boendesituation; 54 % av männen i bortfallsgruppen var hemlösa (vilket var 26 stycken) 23 % var på institution, 10 % visste inte handläggaren bostadssituationen, 8 % bodde hos släktingar eller i andrahand. 2 % bodde i försökslägenhet samt 2 % hade annat boende.

Fysisk hälsa; 35 % av männen i gruppen har någon sjukdom eller skada, uppger socialsekreteraren. 37 % var friska och 27 % visste inte handläggaren.

Tabell 6: Huvudsaklig försörjningsskälla

Huvudsaklig försörjningsskälla?	Antal	Procent
Valid Lön från anställning	5	10,4
Försörjningsstöd	10	20,8
pension/sjukbidrag	20	41,7
Partner/ familj/ vänner	1	2,1
Olaglig verksamhet	5	10,4
Vet inte	7	14,6
Total	48	100,0

Tabell 7: Vilket medel är det dominerande problemet?

	Antal	Procent
Valid inget missbruk	7	14,6
alkohol	11	22,9
narkotika (ett dominerande prep)	16	33,3
alkohol och narkotika	4	8,3
Flera narkotiska prep	6	12,5
vet ej	4	8,3
Total	48	100,0

14 % av männen hade inget missbruk, 77 % har missbruksproblem - narkotika är dominerande. 33 % av dessa män har fått någon missbruksbehandling, 33 % har inte fått behandling och 33 % visste inte handläggaren.

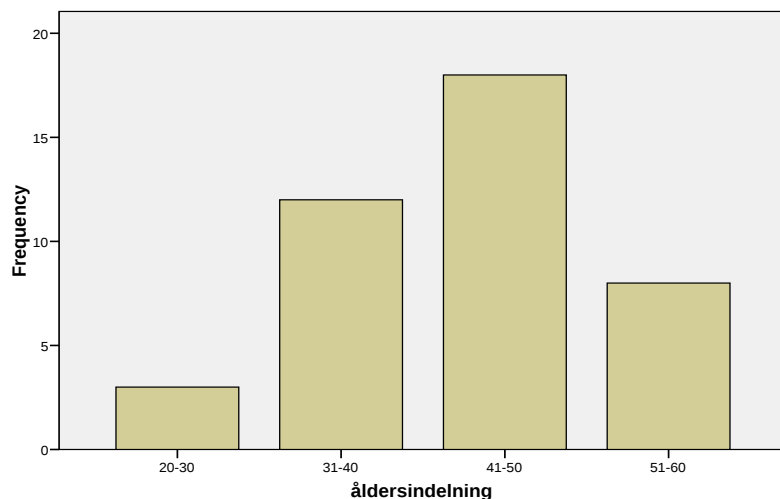
Tabell 8: Förekommer det kriminalitet?

Kriminalitet		Antal	Procent
Valid	ja	26	54,2
	nej	7	14,6
	vet ej	11	22,9
	Total	44	91,7
Missing	System	4	8,3
Total		48	100,0

Kvinnor, grundintervju

Det var totalt 69 kvinnor i den här gruppen, 41 stycken intervjuades med ASI-grund och 28 intervjuades inte, utan socialsekreteraren fyllde i separat bortfallsenkät. (Bortfall 30 %)

Diagram 6: Åldersfördelning vid grundintervjun



Medelåldern är 42 år och medianåldern är 43 år, den yngsta var 24 år och den äldsta var 56 år.

Av dessa 41 kvinnor var 44 % var bostadslösa, 10 % bodde hos släktingar eller inneboende, 27 % bodde på institution, 10 % uppgav att de bodde i försöks och träningslägenhet. 7 % bodde i andrahand samt 2 % uppgav att de hade annat boende.

I snitt hade kvinnorna bott under dessa förhållanden i 2 ½ år. Medianen var 3 månader, den som hade haft sin bostadssituation längst var 20 år. De kvinnor som var bostadslösa hade varit det i snitt i 4,1 år (median 4 år).

Huvuddelen, 83 % av kvinnorna är svenskar, 10 % finländare resterande 2 stycken kommer från Fiji och Danmark.

Fysisk hälsa

85 % av kvinnorna har någon gång legat på sjukhus – i genomsnitt har man legat på sjukhus drygt 5 ggr, medianvärde 3 ggr.

83 % av kvinnorna uppger att man har någon långvarig kroppslig åkomma. 44 % har haft läkarkontakt under det senaste halvåret. 29 % är ordinerade mediciner för sin fysiska hälsa.

37 % uppger att de för närvarande får hjälp som rör sin fysiska hälsa.

71 % uppger att de har eller haft hepatit C (vilket motsvarar 29 kvinnor).

90 % har HIV-testat sig och det var i genomsnitt för 18 månader sedan – medianvärde, 12 månader sedan. 88 % fick ett negativt besked, 10 % (vilket motsvarar 4 stycken) fick reda på att de var HIV-positiva och resterande 1 stycken hade ännu inte fått besked eller kände inte till svaret.

15 % uppger att man har pension p.g.a. fysiska problem.

18 kvinnor uppskattade att de hade 0 problemdagar vad gäller den fysiska hälsan per månad (vilket motsvarar 44 %). Medan 9 kvinnor hade problem varje dag de sista 30 dagarna (42 %). Medel ”problemdagar” var 10 dagar och median 4 dagar. Nedan visar hur oroad samt vilken hjälp kvinnorna ansåg att de har när det gäller den fysiska hälsan.

Diagram 7: Oroad fysisk hälsa

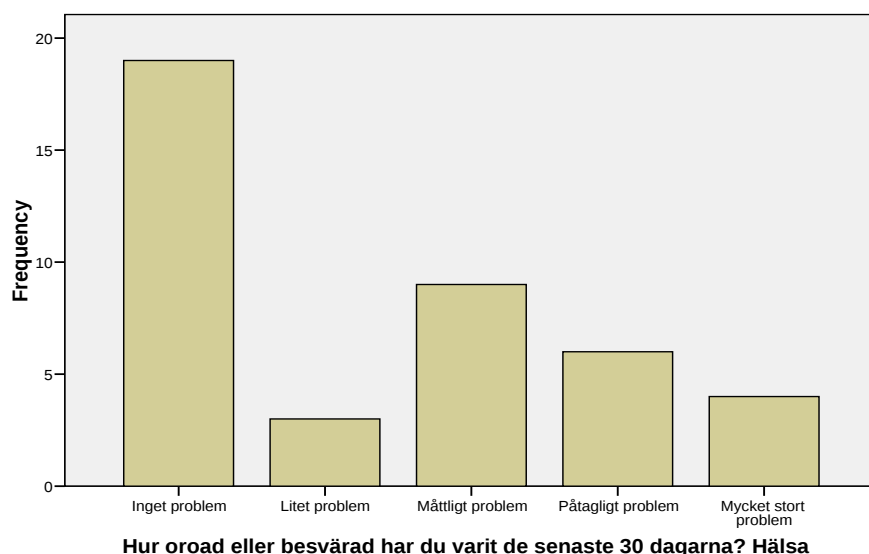
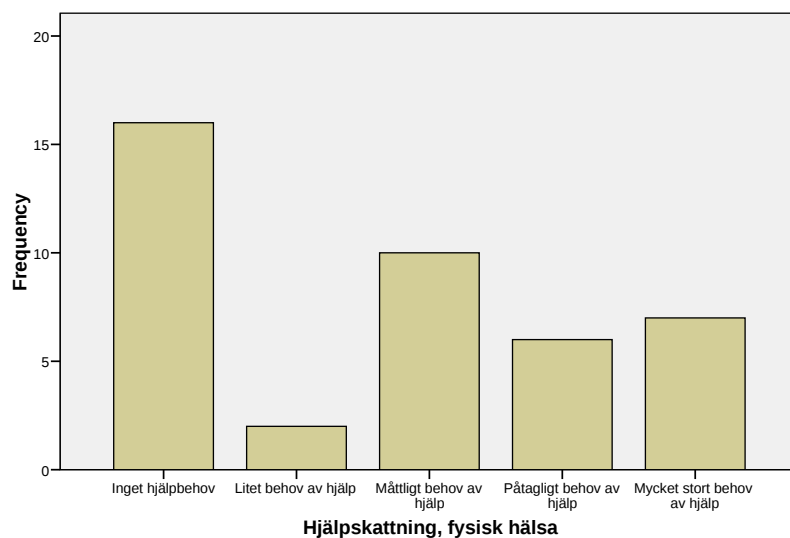


Diagram 8: Hjälpsskattning fysiskhälsa



Arbete och försörjning

Kvinnorna har i genomsnitt gått i skolan i 9,5 år, medianvärde 9 år. Av kommentarerna framgår att de flesta som utbildat sig efter grundskolan har gått någon praktisk yrkesutbildning. 29 % har inte avslutat grundskolan, 51 % har genomfört grundskola, 15 % har fullföljt gymnasium samt 5 % uppgav att man har någon form av eftergymnasial utbildning.

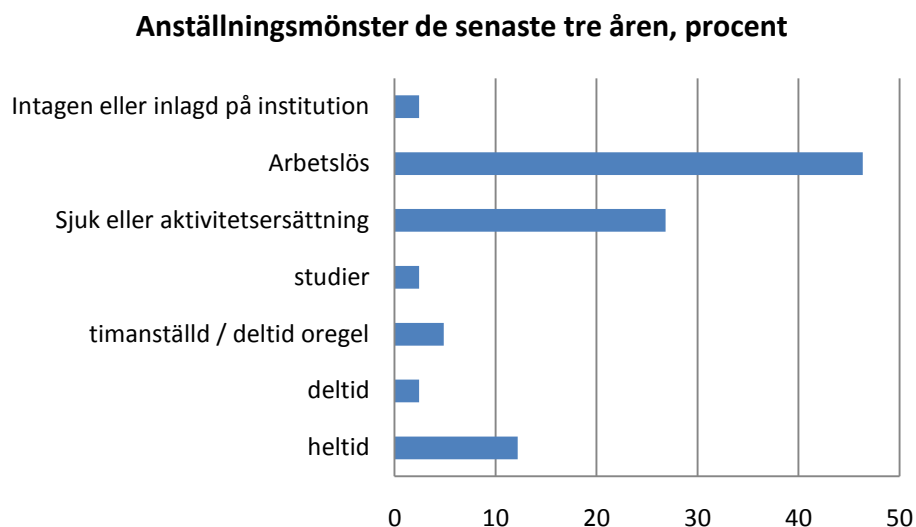
51 % uppger att de har ett yrke samt att 7 % har ett giltigt körkort. I snitt har kvinnorna arbetat 5,3 år, median 4 år.

Kvinnors nuvarande försörjning framgår av tabellen nedan samt anställningsmönster de senaste tre åren.

Tabell 5: Huvudsaklig försörjningskälla vid grundintervjun.

Huvudsaklig inkomst	Antal	Procent
Valid		
arbete	2	4,9
arbetslöshetsersättning	1	2,4
bistånd socialtjänsten	17	41,5
ersättning från FK	11	26,8
partner, familj eller vänner	1	2,4
olaglig verksamhet	7	17,1
andra källor	2	4,9
Total	41	100,0

Diagram 9: Anställningsmönster de senaste tre åren.



Kvinnorna har i medeltal skulder som uppgår till 199 660: -, median 87 500: -.

Alkohol och narkotikaanvändning

Tabellen nedan beskriver debutålder för de olika preparaten, medelålder och medianålder, samt hur stor andel som uppgivit att preparatet är huvuddrog.

Tabell 6: Medelålder vid debut enligt ASI för olika preparat samt andel som uppgivit detta preparat som huvuddrog.

Preparat	% har provat	Medelvärde ålder	Median ålder	Andel som uppgivit preparatet som huvuddrog
Alkohol	99 %	14,2	14	7,3 %
Heroin	58 %	29	28	7,3 %
Metadon	27 %	34	33	
Subutex	42 %	33	38	2,4 %
Andra opiater	46 %	24	22	
Dämpande	68 %	22	22	
Kokain	63 %	26	24	
Amfetamin	90 %	17	15	43,9 %
Cannabis	83 %	15	14	2,4 %
Hallucinogener	42 %	19	18	
Ecstasy	32 %	27	26	
Lösningsmedel	22 %	11	12	
Flera preparat	56 %	22	20	19,5 %

14, 6 % av dessa kvinnor uppger att de inte har något missbruksproblem (2,4 % har inte svar på frågan).

Injektion

78 % av kvinnorna har injicerat, medelålder för första injektionen var 19 år och kvinnorna har hållit på med det i 15,8 år.

Tabell 7: Hur ofta delar du spruta?

Hur ofta delar du spruta?		Antal	Procent
Valid	aldrig	14	34,1
	några gånger	8	19,5
	ofta	5	12,2
	ej relevant	13	31,7
	Total	40	97,6
Missing	System	1	2,4
Total		41	100,0

Överdoserings: 12,5 % hade någon gång fått delirium. 41 % av gruppen hade någon gång överdoserat narkotika (3 stycken har inte svarat på frågan)

Kriminalitet

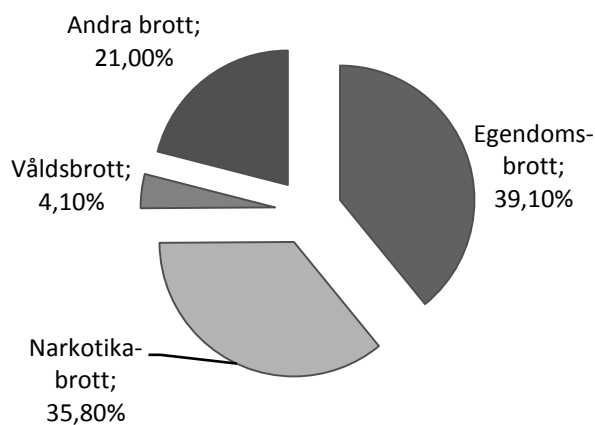
29 % har frivårdspåföljd eller är villkorligt frigivna. 27 % har uppgivit att man väntar åtal, rättegång eller straffpåföljd.

27 % uppger att man ägnat sig åt olagligheter allt mellan 1 till 30 dagar. 10 % hade ägnat sig åt kriminellverksamheter samtliga av de senaste 30 dagarna.

I genomsnitt har de som har blivit åtalad blivit fälld 11 ggr – medianvärde 4 ggr – och i genomsnitt tillbringat 20 månader i fängelse/häkte (medianvärde 10 månader). 7 stycken som har blivit åtalad hade aldrig blivit frihetsberövad.

Bilden nedan beskriver vilken typ av brott man har åtalats för (totalt alla brott man har blivit åtalad för).

Figur 2: Totala mängden åtal för kvinnorna fördelade på typ av brott.



Familj och umgänge

Civilstånd; 15 % uppger att man är gift eller sammanboende, 73 % har tidigare varit gift/sammanboende medan 12 % aldrig varit gift/sammanboende.

Tabell 6: Vanligaste levnadsförhållanden.

Levnadsförhållanden	Antal	Procent
Valid endast med partner	10	24,4
endast med barn	2	4,9
med vänner	3	7,3
Ensam	14	34,1
på institution eller motsvarande	10	24,4
inga stabila levnadsförhållanden	2	4,9
Total	41	100,0

Tabell 9: Med vem tillbringar du största delen av fritiden?

Med vem tillbringar du fritiden med?	Antal	Procent
Valid Familj eller anhöriga utan alk, nark problem	3	7,3
Familj eller anhöriga med aktuellt alk, nark problem	7	17,1
Vänner utan aktuella alk, nark problem	7	17,1
Vänner med aktuella alk eller nark problem	11	26,8
Ensam	13	31,7
Total	41	100,0

Vanligaste sättet att tillbringa sin fritid är ensam (32 %). Därefter umgås kvinnorna med vänner eller släktingar som har missbruksproblem 44 %. 10 % av kvinnorna umgås med släkt eller vänner utan missbruksproblem.

I genomsnitt har man 2,34 vänner (median 2 vänner). Dock är det 27 % som uppger att man inte alls har någon vän.

Av de 41 kvinnorna som svarat har 26 kvinnor barn vilket motsvarar 63 %, de har 2,5 barn i snitt.

Tabell 10: Beskrivning av var e två yngsta barnen bor.

Boende barn	barn 1	Procent	barn 2	Procent
Valid far	4	16,0	5,0	27,8
annan familjemedlem	1	4,0	2,0	11,1
familjehem	4	16,0	4,0	22,2
på institution	1	4,0		
eget boende	14	56,0	4,0	38,9
annat	1	4,0		
Total	25	100,0	18,0	100,00

När vi tittade på om kvinnorna har haft problem med umgänget med sina egna barn de senaste 30 dagarna så uppger 2 % av kvinnorna att så är fallet; 8 % har inte haft någon kontakt med sina barn de senaste 30 dagarna och har därför inte kunnat svara på frågan. För 88 % av kvinnorna har det inte förekommit några svårigheter.

De senaste 30 dagarna har ingen kvinna blivit misshandlad psykiskt eller fysiskt, ingen har blivit utsatt för sexuellt övergrepp samma period (1 har svarat ”vill ej svara på frågan”). Tidigare i livet har 78 % utsatts för psykisk misshandel, 83 % har utsatts för fysisk misshandel och 46 % har utsatts för sexuella övergrepp (1 person vill inte svara på frågan).

Psykisk hälsa

Övervägande delen, 78 %, har aldrig behandlats i slutenvård p.g.a. psykiska problem. De som har behandlats på sjukhus har enbart vårdats vid enstaka tillfällen (1-2 gånger). 32 % hade i behandlats i öppenvård p.g.a. psykiska problem.

17 % uppgav att man hade sjukbidrag/pension till följd av psykiska problem.

Depression

32 % har upplevt allvarlig depression senaste 30 dagarna, 63 % har upplevt allvarlig depression tidigare i livet.

Ångest

37 % har upplevt allvarlig ångest senaste 30 dagarna, 47 % har upplevt allvarlig ångest tidigare i livet.

Problem med att förstå, minnas och koncentrera sig

56 % har haft sådana problem senaste 30 dagarna och 61 % har haft sådana problem tidigare i livet.

Hallucinationer

Ingen har haft hallucinationer de senaste 30 dagarna, 5 % (2 stycken) har haft hallucinationer tidigare i livet medans 12 stycken 29 % har haft hallucinationer i samband med missbruk eller abstinens.

Svårigheter att kontrollera våldsamt beteende

Sådana bekymmer har 17 % haft senaste 30 dagarna och 39 % har haft sådana problem tidigare i livet. 10 % hade tidigare i livet haft svårt att kontrollera sitt våldsamma beteende i samband med missbruk eller abstinens.

Ordinerad psykofarmaka

Senaste 30 dagarna har 24 % ordinerats psykofarmaka, tidigare i livet har 46 % någon gång ordinerats psykofarmaka.

Allvarliga självmordstankar

9 % har haft allvarliga självmordstankar senaste 30 dagarna, 34 % har haft allvarliga självmordstankar tidigare i livet.

Självordsförsök

Ingen person har gjort något självordsförsök de senaste 30 dagarna – tidigare i livet har 37 % gjort självordsförsök.

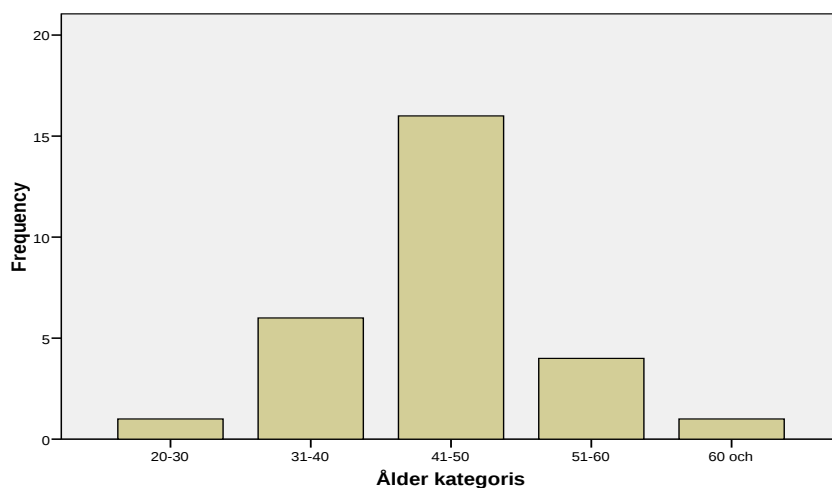
Andra känslomässiga eller psykiska problem

24 % har haft psykiska eller känslomässiga problem de senaste 30 dagarna - tidigare i livet 54 %. Dessa problem var 9 ätstörningar bulimi och anorexi, ADHD, personlighetsstörning, sömnsvårigheter, socialfobi och sexuella problem.

Bortfall kvinnor

Det var 28 stycken klienter som socialsekreterarna inte gjorde någon ASI-intervju. Medelåldern på dessa kvinnor var 45,29 samt medianen var 45, dessa kvinnor var lite äldre än ASI-gruppen.

Diagram10:Åldersfördelning avgruppen bortfall



Nationalitet; 89 % (25 stycken) var svenskar medan två kvinnor kom Finland och två stycken framgår inte nationaliteten.

Tabell 11: Huvudsakligt boende.

Boende		Antal	Procent
Valid	Egen bostad	2	7,1
	2:a handsboende	3	10,7
	Hos föräldrar, släktingar, inneboende	2	7,1
	Försök/träninglägenhet	10	35,7
	Institution	2	7,1
	Bostadslös/Hemlös	7	25,0
	vet ej	1	3,6
	Annat	1	3,6
	Total	28	100,0

Majoriteten av kvinnorna har ett ordnat boende, 25 % är bostadslösa samt en kvinna vet inte socialsekreteraren hur bostadssituationen är löst.

Fysisk hälsa; 71 % av kvinnorna har någon form av långvarig skada eller fysisksjukdom.

Tabell 12: Huvudsaklig försörjningskälla?

Försörjning		Antal	Procent
Valid	Lön från anställning	1	3,6
	Försörjningsstöd	15	53,6
	pension/sjukbidrag	7	25,0
	Olaglig verksamhet	2	7,1
	Prostitution	1	3,6
	Vet inte	2	7,1
	Total	28	100,0

Tabell 13: Vilket medel är det dominerande problemet?

Missbruk		Antal	Procent
Valid	inget missbruk	11	39,3
	alkohol	3	10,7
	narkotika (ett dominerande prep)	7	25,0
	alkohol och narkotika	3	10,7
	Flera narkotiska prep	3	10,7
	vet ej	1	3,6
	Total	28	100,0

39 % har inget missbruk medan 57 % var i ett aktivt missbruk - narkotika dominerar som missbruk. 46 % använde sig av något narkotiskt preparat. 75 % av hela bortfallsgruppen har någon gång fått behandling för sitt missbruk.

Tabell 10: Förekomst av kriminalitet?

Kriminalitet	Antal	Procent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ja	15	53,6	53,6
	nej	8	28,6	82,1
	vet ej	5	17,9	100,0
	Total	28	100,0	

Bilaga Enkät Insatser

Insatser

Personnummer _____

☐ Finns det arbetsplan / vårdplan

Egna insatser

☐ Arbetsmarknadsåtgärd/ arbetsträning/ sysselsättning ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

☐ Egna medel

☐ Försöks/ träningslägenhet/ jourlägenhet

☐ Boendestöd

☐ Enheten för hemlösa egna stödboende (Monumentet, Rågö, Stegen)

☐ Budgetrådgivning

☐ Stödsamtal socialsekreterare (så som CRA, MI, återfalls-prev, MBU, ej
utredning och uppföljningssamtal)

☐ Annat _____

Insatser från Skyddsnätet

☐ Sysselsättning (aktivitetsgruppen) ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

☐ Motiverande (MI-grupp) ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

☐ Behandling (återfallsprevention, krim.behandling) ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

☐ Utbildning (datakurs, bogrupp) ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

☐ Läkarmottagning Enheten för hemlösa ☐ enstaka besök ☐ behandlingskontakt

Behandling (inom och utanför avtal)

☐ Dygnet runt ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

☐ Öppenvård ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

☐ Samtalskontakt individuell (extern kontakt) ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

- ☐ Familjehem som behandling ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats
- ☐ Annat _____

Boende

- ☐ Härbärge
- ☐ Inackorderingshem/ stödboende
- ☐ Familjehem som boende
- ☐ Tränings/ försökslägenhet (ej Enheten för hemlösa)
- ☐ Äldreboende eller servicehus
- ☐ Lågtröskel (Råcksta, Triaden, Drevikshemmet)
- ☐ Sjukhem (tex Erstabacken)

☐ Frivilliga organisationer _____

☐ Självhjälpsgrupper (AA, NA) _____

☐ Annat _____

- ☐ LVM
- ☐ LPT
- ☐ Fängelse

Arbete

- ☐ Start ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats
- ☐ Krami ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats
- ☐ Jobbtorg ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats
- ☐ Södermalmsverkstan ☐ enligt plan ☐ avbrutit ☐ i insats

Arbetsplan

Namn _____

Datum _____

Aktuell situation

Oro/besvär

Hjälpbehov

0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	Problemområde	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
										Fysisk hälsa										
										Arbete och försörjning										
										Alkohol användning										
										Narkotika användning										
										Rättsliga problem										
										Familj och umgänge										
										Psykisk hälsa										

Profil över klientens skattningar

Profil över intervjuarens skattningar

Resurser

Svårigheter**Mål****Planering****Datum för planerad uppföljning**

Uppföljning**Godkännande av arbetsplanen**

Datum

underskrift

Datum

Underskrift,
soc.sekr.

KLIENTBESKRIVNING

KOD: __, __, __, __, __, __ (initialer, födelseår, födelsedag)

1 (2)

1. Ansvarig handläggare: _____

2. Datum för nybesök ____, ____, ____
år månad dag

3. Ålder:

4. Varför har inte en inledande ASI-intervju kunnat genomföras?

- a) ☐ Klienten vill ej d) ☐ Psyk. Störd g) ☐ Annat vad.....
b) ☐ Pågående missbruk e) ☐ Språksvårig.
c) ☐ Avbrutit kontakten f) ☐ På annat ort

Kortfattad motivering

Allmän information

5. Hur länge hade klienten varit hemlös när han aktualiserades? år mån Vet inte ☐

6. Huvudsakligt boende just nu

- a) ☐ Egen bostad e) ☐ Institution/kategorihus
b) ☐ Andrahandsboende familjevård
c) ☐ Hos föräldrar, släktingar f) ☐ Hotell
inneboende, kollektiv g) ☐ Bostadslös
d) ☐ Försöks/träningslägenhet h) ☐ Annat , vad.....
i) ☐ Vet inte

7. Födelseland

- a) Klient ☐ vet inte e) Far ☐ vet inte
c) Mor ☐ vet inte

Fysisk hälsa

8. Har klienten några långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar som påverkar livsföringen?

- a) ☐ Ja b) ☐ Nej c) ☐ Vet ,

Ev. kommentarer:

Arbete/försörjning

9 Avslutad skolutbildning efter antal år vet inte ☐

10. Vanligaste anställningsmönster under de senaste 3 åren:

- a) ☐ heltid e) ☐ militärtjänst h) ☐ intagen/inlagd på inst.
b) ☐ deltid f) ☐ pension/sjukbidrag
c) ☐ studier g) ☐ arbetslös

Alkohol- och narkotikaanvändning

11. Har klienten missbrukat alkohol och/eller narkotika? a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

Endast om Ja (på fråga 11):

12. Vilket medel utgör det dominerande problemet?:

- a) ☐ Alkohol
- b) ☐ Narkotika
- c) ☐ Alkohol och narkotiskt medel (dubbelt missbruk)
- d) ☐ Missbruk av mer än två medel (blandmissbruk)

13. Har klienten

- fått delirium av alkohol? a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

14. Har klienten

- tagit överdoser av narkotika? a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

15. Har klienten behandlats för

- Alkoholproblem a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

16. Har klienten behandlats för

- Narkotikaproblem a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

Kriminalitet

17. Har klienten

- varit häktad? a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

18. Har klienten

- varit intagen på kriminalv.anstalt? a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

Familj och umgänge

19. Vanligaste levnadsförhållanden de senaste tre åren?

- | | |
|--|--|
| a) ☐ Med partner och barn | e) ☐ Med släktingar |
| b) ☐ Endast partner | f) ☐ Med vänner |
| c) ☐ Endast med barn | g) ☐ Ensam |
| d) ☐ Med föräldrar | h) ☐ På institution/motsvarande |
| | i) ☐ Inga stabila levnadsförh. |
| | j) ☐ Vet inte |

Psykisk hälsa

Har klienten fått behandling för psykologiska eller känslomässiga problem?

20. Behandl. på sjukhusavdelning a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

21. Behandl. i öppenvård a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

Endast om Ja på fråga 26:

22. Har klienten kontakt med psykiatrin? a) ☐ JA b) ☐ NEJ c) ☐ VET INTE

23. Eventuell diagnos

