



Slutrapport för projektet

Introduktion av MAPS  
och integrering av ASI och MAPS data  
från vuxna missbrukare  
med data från  
psykiatrisk, psykologisk och somatisk faktainsamling

Anitta Litvinov Säarelä  
socionom/projektledare  
Hässelbymottagningen  
Individ och Familjeomsorg Vuxen  
Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning

| <b>Innehåll</b>                               | <b>sid</b> |
|---|------------|
| <b>Sammanfattning</b>                         | <b>2</b>   |
| <b>Projekt</b>                                | <b>4</b>   |
| <b>Bakgrund</b>                               | <b>5</b>   |
| <b>Syfte</b>                                  | <b>5</b>   |
| <b>Målsättning</b>                            | <b>5</b>   |
| <b>Målgrupp</b>                               | <b>5</b>   |
| <b>ASI och MAPS som arbetsmetod</b>           | <b>5</b>   |
| <b>Databas</b>                                | <b>6</b>   |
| <b>Genomförande</b>                           | <b>6</b>   |
| <b>Samarbete</b>                              | <b>7</b>   |
| <b>Resursanvändning</b>                       | <b>7</b>   |
| <b>Metodbeskrivningar</b>                     | <b>7</b>   |
| <b>Projektverksamhetens uppläggning</b>       | <b>10</b>  |
| <b>Antal deltagare</b>                        | <b>10</b>  |
| <b>ASI- data från 45 intervjuade klienter</b> | <b>11</b>  |
| <b>Sammanfattning av ASI-resultaten</b>       | <b>35</b>  |
| <b>Resultat av Maps-intervjuer</b>            | <b>37</b>  |
| <b>MAPS-in</b>                                | <b>38</b>  |
| <b>Maps-mål</b>                               | <b>44</b>  |
| <b>MAPS-ut</b>                                | <b>47</b>  |
| <b>Maps-uppföljningsintervjuer</b>            | <b>61</b>  |
| <b>Klientbeskrivning</b>                      | <b>65</b>  |
| <b>Slutsatser av projektet</b>                | <b>71</b>  |
| <b>Erfarenheter</b>                           | <b>72</b>  |
| <b>Litteraturlista</b>                        | <b>74</b>  |

## Sammanfattning

Projektet ”Introduktion av MAPS och integrering av ASI och MAPS data från vuxna missbrukare med data från psykiatrisk, psykologisk och somatisk faktainsamling” är ett pilotprojekt som pågått under tiden oktober 2003 till oktober 2005. Länsstyrelsen beviljade medel till projektet under förutsättning att det till minst hälften finansierades av stadsdelförvaltningen. Så har också skett.

Projektets målsättning var att införa MAPS- metoden som komplement till ASI i det löpande klientbaserade utredningsarbetet och att skapa en detaljerad databas för den integrerade vården av de vuxna missbrukarna. Som bakgrundsbedömning användes medicinska och psykologiska data från den lokala beroendemottagningens patientuppgifter. Patientens samtycke till detta kommunala-landstingsmässiga faktautbyte inhämtades före studiens början.

Målgruppen var 50 vuxna klienter av båda kön, könsfördelning 50/50. Under projektiden har samtliga handläggare utbildats i metoden och på Vuxenheten finns nu möjlighet till fortsatt utbildning och handledning i metoden genom att det under projektiden utbildades s.k.internutbildare för ASI och MAPS.

Det väsentligaste med projektet visade sig vara att klient och handläggare *tillsammans* kunnat analysera klientens situation och *tillsammans* planera en realistisk behandlingsplan/arbetsplan byggd på klientens aktuella förmåga att förändra sitt liv och på institutionens faktiska resurser.

Av de 50 klienterna intervjuades 45 personer med ASI. Resterande 5 avbröt kontakten efter första eller andra besöket. Trettiosju personer har intervjuats med MAPS-in. Då hade ytterligare 7 personer avbrutit kontakten, flyttat eller hade en mycket sporadisk kontakt, varför MAPS-intervjun inte kunnat genomföras. Av dessa finns tre personer fortfarande aktuella och målsättningen är att genomföra MAPS-intervju även med dem.

En jämn könsfördelning uppnåddes inte, på grund av att färre kvinnor än män nyanmälades till enheten

Problem uppstod i projektets början då Hässelbymottagningen genomgick en större omorganisering. Det fanns också under projektets första år en hög omsättning av socialsekreterare.

Under projektiden har socialsekreterarna arbetat med att utforma arbetsplaner och behandlingsplaner där klienterna är delaktiga i planeringen. Där har MAPS utgjort ett effektivt verktyg, som också har uppskattats av klienterna.

MAPS-ut intervjuer har hittills gjorts på 23 av projektets klienter. Resterande klienter är fortfarande kvar i någon behandlingsåtgärd. Av dessa intervjuer framgår tydligt hur många som faktiskt genomför en behandling och hur många som avbryter. Av de intervjuade har hittills ca 35 % nått de mål de satt upp inom olika områden.

ASI-X, som Hässelbymottagningen började använda vid projektstarten liksom MAPS används nu som en metod i utredningsskedet för Hässelbymottagningens klienter även utanför projektet samt för de klienter som ska bedömas för mottagningens behandlingsprogram. ASI med MAPS används också som utvärderingsinstrument i ett nytt Case Manager-projekt som pågår i Landtingets regi på Hässelbymottagningen.

Grunden till en databas för ASI och MAPS finns nu inom Hässelbymottagningen. Denna kommer att användas för framtida utvärdering och metodutveckling.

## Projekt

### *”Introduktion av MAPS och integrering av ASI och MAPS data från vuxna missbrukare med data från psykiatrisk, psykologisk och somatisk faktainsamling”*

Vid samtliga socialnämnder i Stockholms stad och län bedrivs ett intensivt arbete för att rehabilitera klienter, som genom sitt missbruk av alkohol eller droger förlorat fotfästet i tillvaron och därför behöver en alltmer extensiv professionell hjälp för att bli väl fungerande samhällsmedborgare. Det tilltagande missbruket i samhället av allt fler och allt farligare droger har lett till att ett intimt samarbete vuxit fram mellan landstingets centra för beroendevård och den lokala socialtjänsten, för att optimera befintliga insatser för utredning och behandling och skapa förutsättningar för nytänkande.

I linje med denna utveckling introducerade Socialtjänsten i Stockholm nyligen ASI (Addiction Severity Index)- metoden, presenterad av Stockholms Beroendecentrums FoU-sektion, för inhämtande och utvärderande av fakta kring vuxna klienters missbruk.

Vid Norrmalms stadsdelsförvaltning inleddes en studie år 2001, där denna intervju- och prognosmetod för rehabiliteringsarbete systematiskt utvärderas. I studiens projektrapport (2003) påpekades, att sådana data kan leda till nya prioriteringar för riktade insatser och inspirera till fortsatt metodutveckling.

Hässelbymottagningen har använt ASI som dokumentationssystem sedan 2001. De flesta klienter vid mottagningen intervjuas och bedöms enligt denna metod. Det direkta samarbetet mellan Vuxenavdelning och Hässelby Beroendemottagning har under denna tid utvecklats mot en allt större integrering av det individcentrerade stödet.

Hässelbymottagningen vid Hässelby-Vällingby stadsdelsförvaltning är en mottagning för vuxna missbrukare inom stadsdelen. Den har i sin nuvarande form skapats genom att Landstingets beroendemottagning och Socialtjänstens enhet för individ- och familjeomsorg – vuxna sedan 1999 samlokaliseras. Inom socialtjänsten är totalt 12 socialsekreterare anställda och vid landstingets beroendemottagning tjänstgör 1 överläkare, 3 sjuksköterskor, 1 mentalskötare och 1 psykolog. Till Hässelbymottagningen kommer vuxna över 20 års ålder med missbruksproblematik och ofta även med en psykiatrisk problematik kombinerad med missbruket. I september 2004 fanns 400 klienter aktuella vid enheten.

Vidareutvecklingen av ASI syftade till att utveckla behandlings- och arbetsplaner för klienterna. Därtill önskade man utöka samarbetet inom Hässelbymottagningen ytterligare, genom att addera information från psykologutredning, ASQ-bedömning och relevanta medicinska data.

## **Bakgrund**

Siw Lideståhl dåvarande sektionschef, Anitta Litvinov socialsekreterare, Eric Hellstrand med dr, leg läk överläkare, Eila Lundberg chefssjuksköterska, Göran Söderberg, leg psykolog vid Hässelbymottagningen, ansökte via Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd under våren 2003 om utvecklingsbidrag från Länsstyrelsen för projektet ”*Introduktion av MAPS och integrering av ASI och MAPS data från vuxna missbrukare med data från psykiatrisk, psykologisk och somatisk faktainsamling*”.

Projektet är en samverkan mellan stadsdelens missbruksvård och landstingets beroendevård inom Hässelbymottagningen. Projektet avsåg att formulera en modell för att mer effektivt utreda klienternas behov och motivation till förändring. Detta skulle i sin tur leda till en kraftigt förbättrad individuell vårdplan, utvärderad via klientens egna erfarenheter.

Länsstyrelsen beviljade medel till projektet under förutsättning att det till minst hälften finansierades av stadsdelsförvaltningen.

## **Syfte**

Projektet innehöll en introduktion och utvärdering av MAPS som komplement till ASI. Till detta lades relevanta data från den medicinska faktainsamlingen, utförd av den lokala beroendemottagningen i ett försök att skapa en relevant individcentrerad databas för de enskilda klienterna. Beroendemottagningen erbjöd också psykodynamiskt orienterad psykologisk bedömning och en på kognitiv begreppsmetodik baserad personlighetsanalys enligt ASQ-metoden.

## **Målsättning**

1. att införa MAPS-metoden i det löpande klientbaserade utredningsarbetet.
2. att skapa en detaljerad faktabas för den integrerade vården av de vuxna missbrukarna.

## **Målgrupp**

Projektet är ett s.k. pilotprojekt som sker i socialtjänsten regi, omfattande 50 vuxna klienter av båda kön, ideal könsfördelning 50/50. Klienterna skall vara nyanmälda eller med nya ansökningar till socialtjänst och/eller till beroendemottagning under tidsperioden januari 2004 - oktober 2005.

## **ASI och MAPS som arbetsmetod**

Varje klient intervjuades enligt ASI och MAPS metoden. I ASI och MAPS ingår ett återförande av intervjuinnehållet till klienten, för att definiera förändringsbehoven inom de olika livsområden, som definieras i ASI. Klienten har då möjlighet att korrigera eventuella missförstånd och förtydliga sina uppgifter.

I MAPS intervjun kommer man i en dialog med klienten fram till vilken förändringsfas klienten befinner sig i för att lösa sina aktuella problem. Man har därefter en diskussion om klientens mål och prioriteringar.

En sammanfattning gjordes sedan av alla intervjuer för varje klient. I en behandlingskonferens beslutades om relevant behandlingsinsats. En arbetsplan och en behandlingsplan gjordes upp tillsammans med klienten. Uppföljningen gjordes efter fyra till sex månader genom en ASI uppföljningsintervju. Utvärderingen gjordes via MAPS när behandlingen avslutats. Tillgängliga klienter följdes även upp genom MAPS-uppföljningsintervju 3-6 månader efter avslutad kontakt med Hässelbymottagningen.

### **Databas**

Samtliga intervjuade klienter under projektiden placerades via statistikprogrammet SPSS som en databas i Hässelbymottagningens projektbas. Därifrån sker vidare bearbetning av materialet för ytterligare analys av iakttagna samband och avvikelser.

### **Genomförande**

Projektet inleddes den 1 oktober 2003 med utbildning i ASI-X, ASI-feedback, ADAD ("ungdomsASI" med speciella frågor kring skola och föräldersituation) och MAPS-metodik för samtliga socialsekreterare och en del av landstingets personal vid Hässelbymottagningen. Utbildningen innefattade tre heldagar med repetition av ASI, ASI-feedback samt MAPS-metodik, samt en heldag ADAD-utbildning.

Hässelbymottagningen genomgick en större omorganisering under hösten 2003, varför det beslutades om att börja ta in klienter i projektet först under januari 2004. Inledande intervjuer med ASI och MAPS genomfördes januari – december 2004. Även ASQ och psykologutredningar påbörjades. Behandlingsplaner gjordes löpande i samråd med landstingets beroendemottagning.

MAPS-utvärderingsintervjuerna påbörjades i maj 2004 på de klienter som flyttat ut ur stadsdelen eller som avslutats.

I september- november 2004 genomfördes ånyo ASI-, ADAD- och MAPS-utbildningar för nyanställda socialsekreterare. I samband med detta utbildades internutbildare på Hässelbymottagningen. I april 2005 har sedan interna utbildningar i ASI-X och MAPS genomförts. Nya utbildningsdagar och repetitionsdagar är inplanerade.

MAPS-enhetsbeskrivningen är en väsentlig del av MAPS-utvärderingen. Den påbörjades under hösten 2004 och färdigställdes i februari 2005. Beskrivningen omfattar en detaljerad uppräknning av befintliga resurser för klientstöd och behandling vid den aktuella enheten. Med dessa data som bakgrund möjliggörs en bedömning och utvärdering, utförd av såväl handläggare som klient, av det faktiska resursanvändandet.

Under januari-oktober 2005 slutfördes intervjuarbetet, inkluderande uppföljningsintervjuer och MAPS-utvärderingsintervjuer. Projektiden avslutades i och med oktober månads utgång, 2005.

Databearbetningar av materialet har skett löpande under projektiden. Slutrapport till Länsstyrelsen inlämnas senast 3 månader efter projektidens slut enligt överenskommelse.

### **Samarbete**

Under projekttiden har ett intimt klientsamarbete etablerats och vidareutvecklats mellan Beroendecentrum Stockholm med Hässelby beroendemottagning och landstingets FoU-enhet. Regelbundna möten har hållits varje vecka med projektledare och överläkare på Hässelbymottagningen. En gång i månaden har enhetschefen deltagit i dessa möten och två gånger per termin även avdelningschefen vid socialtjänstens vuxenavdelning.

Ett kontinuerligt samarbete har skett mellan Beroendecentrums FoU-enhet kring statistik och databehandling. Projektet har presenterats vid Beroendecentrums FoU-dagar i oktober 2004 och i juni 2005. Projektledaren har även deltagit i ett projektseminarium, anordnat av Länsstyrelsen i maj 2004.

Projektet presenterades med en posterutställning vid minimässan "Stockholm mot Narkotika" den 3-5 maj 2004 och representanter för projektet var inbjudna som föreläsare vid mässan "Sverige mot narkotika" i Västerås den 10-11 mars 2005.

Samarbetet mellan Socialtjänsten och Beroendecentrums personal har utvecklats via dagliga möten och gemensamma, veckovisa behandlingskonferenser och processmöten på Hässelbymottagningen. Gemensamma gruppbehandlingar för klienter och gemensam handledning har vuxit fram som ett resultat av projektet. MAPS-enhetsbeskrivningen utfördes i intimt samarbete mellan Beroendecentrum och Socialtjänsten.

Projektledaren har under projekttiden utbildats till internutbildare i ASI-X och MAPS via Socionom David Öberg, europeisk samordnare för sociologiska undersökningar och tillika konstruktör av MAPS. Projektledaren har även deltagit i ASI-X och MAPS- handledning av utbildare inom Kriminalvården, SiS och Stadsmissionen.

### **Resursanvändning**

Socialekreterare vid Hässelbymottagningen har genomfört intervjuerna. Projektledaren har arbetat som projektanställd till 50 % i projektet, från och med januari 2004 dock till 100 %. Samtliga socialekreterare har under projekttiden deltagit med minst 5 % av sin ordinarie arbetstid för intervjuer samt med enhetsbeskrivningen.

Länsstyrelsen beviljade medel att täcka 50 % av projektkostnaden; stadsdelsförvaltningen förutsattes svara för resterande 50 %.

### **Budget**

Den beräknade totala kostnaden för projektet var 1 743 tkr. Den slutliga kostnaden blev 1 722 tkr varav Länsstyrelsen bidrog med 845 tkr under de två åren

### **Metodbeskrivningar**

ASI-X (Addiction Severity Index, extended version) är ett idag väl utvärderat bedömnings- och uppföljningsinstrument för klienter i missbruksbehandling. Det utgörs av ett intervjuformulär som fokuserar på sex olika livsområden: *fysisk hälsa, arbete och*



*försörjning, missbruk, kriminalitet, familj och umgänge och psykisk hälsa.* Inom varje område skattar klienten oro och besvär samt hjälpbehov. Intervjuaren gör likaså en skattning av problemets svårighetsgrad inom varje område.

Efter intervjuarskattningen återförs intervjun till klienten med motivering av intervjuarskattningen. Fördelarna med detta arbetssätt har framhållits i boken "Beslut på bättre grunder-en handbok för ASI-användare" (2005) av Nyström, Sallmén och Öberg: "I ASI-intervjun blir klienten delaktig och får komma till tals, bl.a. genom klientskattningen. Därigenom blir klientens egen uppfattning tydlig och man undviker en hopblandning av klientens och intervjuarens bedömning." Man skriver vidare: "Under det fortsatta arbetet är klienten inte bara uppgiftslämnare utan deltar också som en aktiv part. När de uppgifter som kommit fram i ASI-intervjun sammanställts kan de redovisas för klienten på ett öppet och lättillgängligt sätt. Klienten kan då korrigera, förtydliga och lägga till, vilket har ett värde i sig. Genom redovisningen får klienten dessutom en klar uppfattning om vad som ligger till grund för bedömning och beslut."

ASI-X, som har använts under projekttiden är en något utökad version av Svenska ASI baserad på den av Alfred Friedman utvecklade kvinnoversionen av ASI. ASI-X innehåller tillägsfrågor främst avseende barn, riskbeteenden och social utsatthet. (Öberg & Sallmén, 2004)

ASI-X finns både intervjuarutbildningar och utbildarutbildningar. Intervjuarutbildningen är normalt två dagar med en uppföljningsdag. Samtliga handläggare vid Hässelbymottagningen har erhållit intervjuarutbildning. Projektledaren har dessutom erhållit utbildarutbildning, för att underlätta det fortsatta användandet av ASI och utbilda ny personal. Vid varje utbildningstillfälle har projektledaren erhållit handledning av David Öberg, Projekt-MAPS.

ASQ (Attachment Style Questionnaire) är ett psykometriskt intervjuinstrument för personlighetskaraktistik i form av ett självskattningsformulär, som beskriver individens anknytningsmönster. Den teoretiska grunden utgörs av den s.k. anknytningsteorin, där ASQ mäter fem olika aspekter av anknytning: en trygghetsorienterad, benämnd *tillit* och fyra, som fokuserar på klientens otrygghet: två av de senare är av avståndstagande karaktär: *distans* och *sakorientering*. De övriga två beskriver ångslan och närhetssökande: *relationsfixering* och *bifallsbehov*.

Psykometrisk personlighetsbedömning utförs via personlighetsinventorierna SSP (Swedish university Scale of Personality) och SCL90 (Symptom Check List -90), en neuropsykologisk screening enligt WAIS-R (Wechsler Adult Intelligence Scale-revised) samt kliniska intervjuer.

MAPS (Monitoring Area and Phase System) utgår från klienter och deras behov. David Öberg beskriver i boken "När man lyfter på stenar..."(2004): "MAPS är inte bara ett system av mätinstrument eller formulär utan har även utvecklats till en metodik att arbeta med klienter där strukturerad utredning och bedömning är en viktig del av metodiken, men där kärnan är att utgå från klientens behov och egen beskrivning av sin situation. MAPS-

metodikern strävar efter att göra klienten till en aktiv aktör i sin egen förändringsprocess och att underlätta för övriga aktörer att samordna sina aktiviteter med klientens. ”

MAPS utgår från dimensionerna AREA och FAS.

AREA baserar sig på de livsområden som används i ASI (McLellan, A.T. *et al.* 1992) och EuroADAD (Friedman, A. *et al.* 2002). I MAPS kallas områdena: Fysisk hälsa, Sysselsättning och försörjning, Missbruk, Brottslighet, Familj och umgänge samt Psykisk hälsa. David Öberg beskriver vidare i ”När man lyfter på stenar” (2004): ”I MAPS är områdena generella och vi pratar om livsområden och inte om problemområden då områdena inte enbart berör problem utan även lösningar, förmågor, erfarenheter osv.”

FAS, enligt Öberg (2004) baserar sig på förändringsfaserna i den så kallade transteoretiska modellen, vilken har utvecklats av Prochaska och DiClemente (Prochaska *et al.* 1992.) Faserna indelas i *omedveten/uppgiven, fundera/överväga, beslut/förberedelse, handling/förändring och hantering/upprätthållande*. Fas betecknar även de fyra vårdfaserna: *Omvårdnad/stabilisering, motivation/intentionsförändring, behandling/beteendeförändring, eftervård/konsolidering*, vilka beskriver vård och vårdinsatser. Vårdfaserna är definierade utifrån den transteoretiska modellen och knyter an till förändringsfaserna. (Öberg, 2004).

MAPS innehåller fyra delar:

*MAPS-enhet* beskriver enhetens verksamhet.

*Maps-in* beskriver klientens behov av insatser och där man fastställer klientens förändringsfas vid intervjun. I MAPS-in upprättas mål, dvs. den förändringsfas man vill uppnå och man gör också prioriteringar mellan problemområdena.

*MAPS-ut* beskriver de insatser som klienten tagit del av under vårdtiden, utskrivningssituation samt förändringsfas vid utskrivning. Klienten ges också möjlighet att värdera det som erbjudits. MAPS-ut formuläret är enhetsspecifikt och bygger på en resursinventering som gjorts med MAPS-enhet.

*MAPS-upp* granskar om resultaten från MAPS-ut har vidmakthållits eller om förändringar skett under uppföljningstiden och i vilken förändringsfas klienten befinner sig i vid uppföljningstillfället.

Informationen från MAPS kan användas för exempelvis klientutredningar, matchning till vård, strukturerad behandlingsplanering, och kvalitetssäkring. Det är framtaget som ett klientcentrerat, lättförståeligt struktureringsinstrument att användas för klientens självutvärdering. Det utgör samtidigt ett verktyg för kvalitetssäkring, uppföljning och forskning. Maps kartlägger såväl institutioners som klienters insatser till förändring och är ett praktiskt verktyg för klienten i dennes försök att hantera livsproblem. MAPS kan användas tillsammans med ASI och utgår från ASI-formulärets livsområden vilka bedöms via motivationsfasbegreppen. Klienten är själv delaktig i båda verktygen genom egen skattning och självutvärdering

### **Projektverksamhetens uppläggning**

Nyanmälda klienter på Hässelbymottagningen informeras om projektet och de som önskar delta skriver under ett samtyckesdokument. Detta tas även upp vid gemensamma behandlingskonferenser. ASI- och MAPS-intervjuer görs av socialsekreterarna och klienterna genomgår samtidigt en medicinsk missbruksutredning.

För att erhålla en bakgrundsinformation om klienternas förutsättningar inför studien har en legitimerad kognitiv psykoterapeut vid Hässelbymottagningen utför ASQ-testningen (personlighetskaraktistiken som beskriver anknytningsmönster). Hässelbymottagningens psykolog gör en psykometrisk personlighetsbedömning baserad på utvalda delar av personlighetsinventorierna SSP (Swedish university Scale of personality) och SCL90 (Symptom checklist-90) samt en neuropsykologisk screening enligt WAIS-R (Weschler Adult Intelligence Scale-Revised).

En sammanfattning görs av ASI- och MAPS-utredningarna samt den medicinsk-psykologiska bakgrunden.

Beslut om lämplig insats sker vid gemensam behandlingskonferens med landsting och socialtjänst vid Hässelbymottagningen. En behandlingsplan baserad på information från ASI och MAPS görs tillsammans med klienten. Behandlingsplanen kan innehålla olika insatser i form av öppenvård eller institutionsvård. Uppföljning av insatserna görs av socialsekreterare och projektledare efter tre månader och sex månader genom ASI-uppföljningsintervju. Uppföljningarna görs tillsammans med klienten och vårdgivaren. När behandlingen avslutas görs en utvärdering genom MAPS.

Alla ASI- och MAPS-intervjuer matas in i en databas via SPSS-programmet för statistisk bearbetning.

### **Antal deltagare**

Sedan januari 2004 har 50 klienter ingått i projektet. På 25 män och 19 kvinnor genomfördes ASI intervjuer och på 37 av dessa har MAPS- intervjuer gjorts. I de fall man inte hunnit med MAPS-intervjuer, har klienten avbrutit innan man hunnit göra färdigt utredningen. 5 klienter räknas som bortfall då de togs in i projektet, men snart avbröt kontakten med mottagningen.

## ASI- data från 45 intervjuade klienter

I detta avsnitt redovisas data som omfattar hela klientgruppen, åldersgrupperad och könsuppdelad. Diagram och korstabeller har valts för att skapa en tydlig bild av registrerad fördelning.

### *Bakgrund*

Undersökningen omfattar 25 män och 20 kvinnor (Tabell 1, Diagram 1). Medelåldern är ca 39 år. Bland kvinnorna ses en tämligen jämn åldersfördelning, medan det bland männen finns flera i gruppen 20-29 år. En tredjedel av klienterna i materialet är bostadslösa (Diagram 2).

Hälften av de tillfrågade har barn och av barnen har hälften kontakt med eller lever med någon förälder eller båda (Diagram 3). I de fall man svarat annat, kan barnen vara i vuxen ålder och ha eget boende. Av dem som lever med sina barn är de flesta i åldrarna 20-49 år.

Count

|             |       | Kön |         | Total |
|-------------|-------|-----|---------|-------|
|             |       | man | kvinnor |       |
| Åldersgrupp | 20-29 | 10  | 5       | 15    |
|             | 30-39 | 5   | 5       | 10    |
|             | 40-49 | 4   | 4       | 8     |
|             | 50-59 | 5   | 6       | 11    |
|             | 60-69 | 1   | 0       | 1     |
| Total       |       | 25  | 20      | 45    |

Tabell 1. Åldersgrupp/ Kön

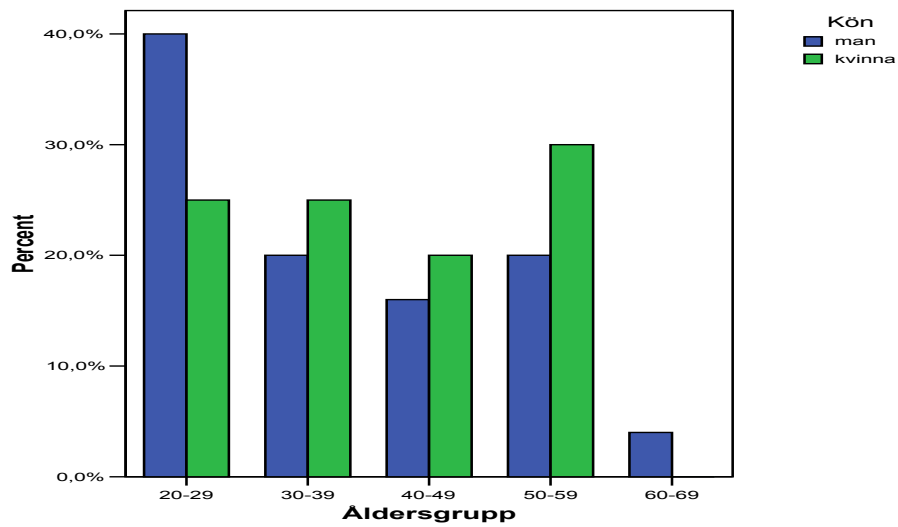


Diagram 1. Åldersfördelning av 45 intervjuade klienter samt fördelning män och kvinnor.

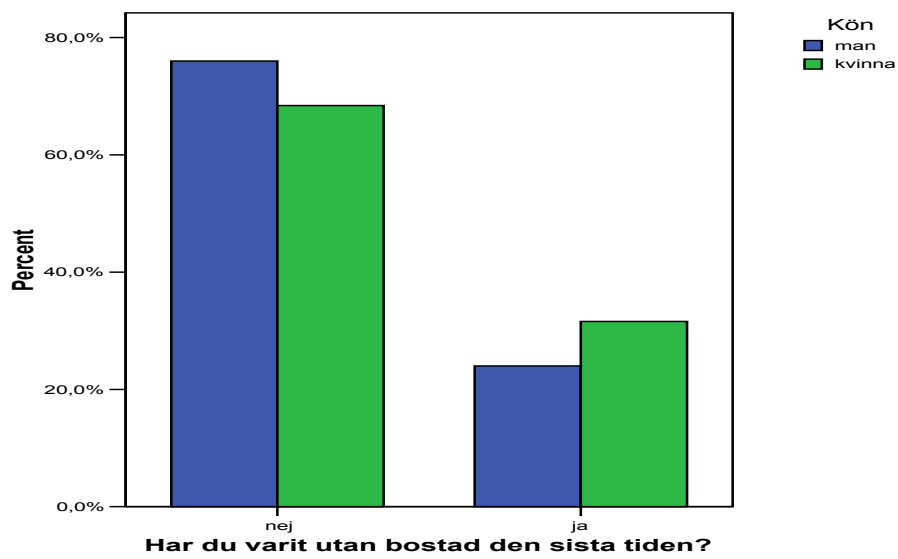
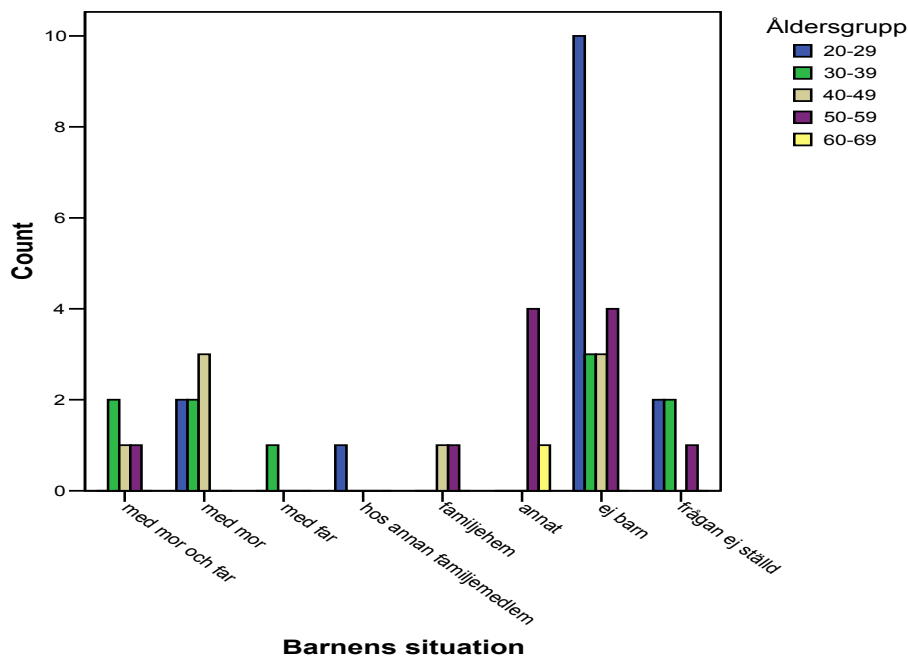


Diagram 2. Procentuellt antal personer utan bostad, fördelning män och kvinnor.



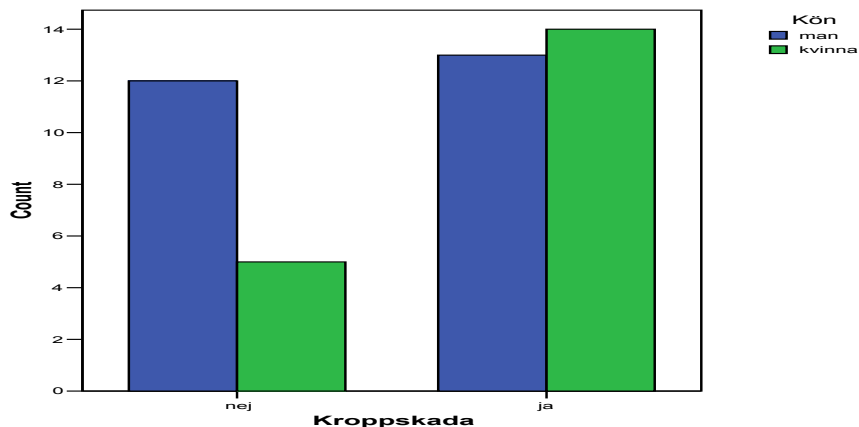
**Diagram 3. Klienter med barn och barnens situation. I fem fall har frågan inte ställts, då man i dessa intervjuer ej använt ASI-X formuläret.**

### *Fysisk hälsa*

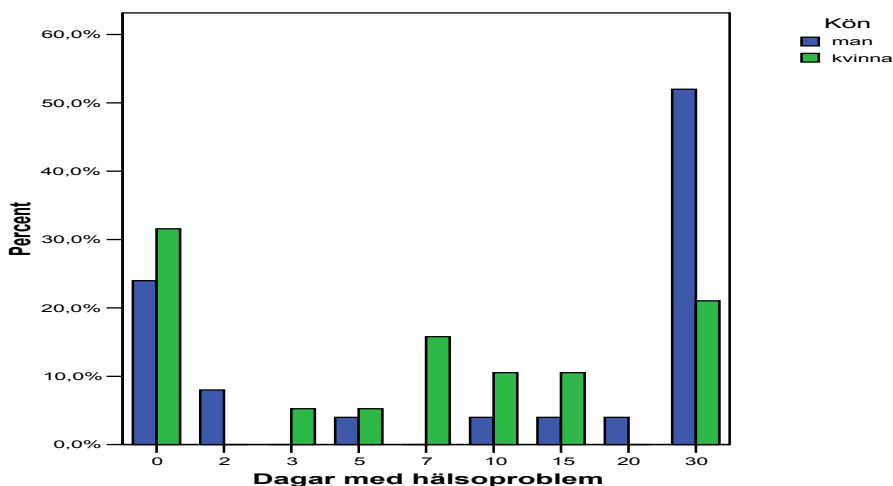
Frågorna fokuserar på det allmänna hälsoläget liksom på långvariga och allvarliga hälsoproblem, så att relevanta indikatorer på klientens fysiska hälsoproblem belyses.

26 personer av 45 uppger att de har långvariga fysiska hälsoproblem som påverkar deras livsföring. En majoritet av kvinnorna upplever sådana problem. Däremot dominerar männen vad gäller upplevda fysiska hälsoproblem varje dag under de senaste 30 dagarna.

Kommentar: Endast fyra personer har pension eller sjukersättning p.g.a. fysisk sjukdom eller skada. 8 personer i materialet uppger att de har hepatit. 33 personer har testat sig för HIV. Av dessa uppger 30 att de fått ett negativt provresultat, 3 personer hade ännu inte fått veta resultatet vid tidpunkten för utfrågningen.



**Diagram 4. Antal personer, könsuppdelade, som anger långvarig kroppslig skada eller sjukdom som påverkar livsföringen.**



**Diagram 5. Procentuellt antal dagar med upplevda hälsoproblem, under de senaste 30 dagarna.**

### *Arbete och försörjning*

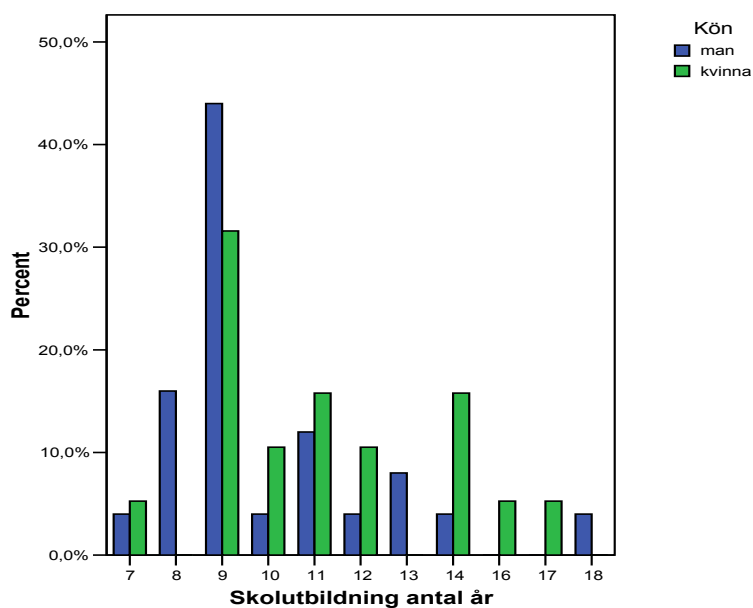
Klienternas försörjnings- och arbetssituation, d.v.s. den ekonomiska basen, med de aktuella möjligheterna till att få och behålla ett arbete /en sysselsättning.

Klienternas utbildningsbakgrund varierar. 18 personer har fullgjort 2 eller 3 år i gymnasiet. Medelvärdet är 10.55 års skolutbildning. Kvinnorna har i högre omfattning än männen fullgjort gymnasiestudier (Diagram 6).

I materialet finns 6 män och en kvinna som aldrig arbetat. Av dessa tillhör 6 (en kvinna, 5 män) åldersgruppen 20-29 år, och en 30-39 år. Det framgår också av svaren att det är vanligt med kortare tid i arbete (Diagram 7).

10 av 25 män och 6 av 20 kvinnor har de senaste tre åren huvudsakligen varit arbetslösa. 7 män och 6 kvinnor har huvudsakligen arbetat heltid. De som studerat tillhör åldersgruppen 20-29 år. En person har inte svarat på frågan om anställningsmönster (Diagram 8).

En större andel av de intervjuade uppstår socialbidrag. Av dessa är en stor andel i åldersgruppen 20-29 år med en större andel män (Diagram 9 a och b).



**Diagram 6. Procent klienter som avslutat skolutbildning efter visst antal år, fördelat på män och kvinnor.**



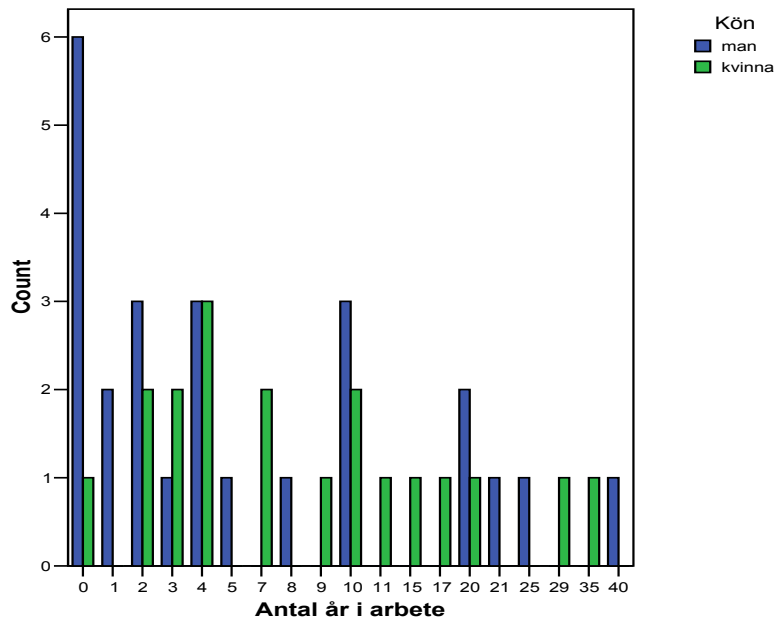


Diagram 7. Längsta period i antal år av regelbundet arbete, könsfördelat.

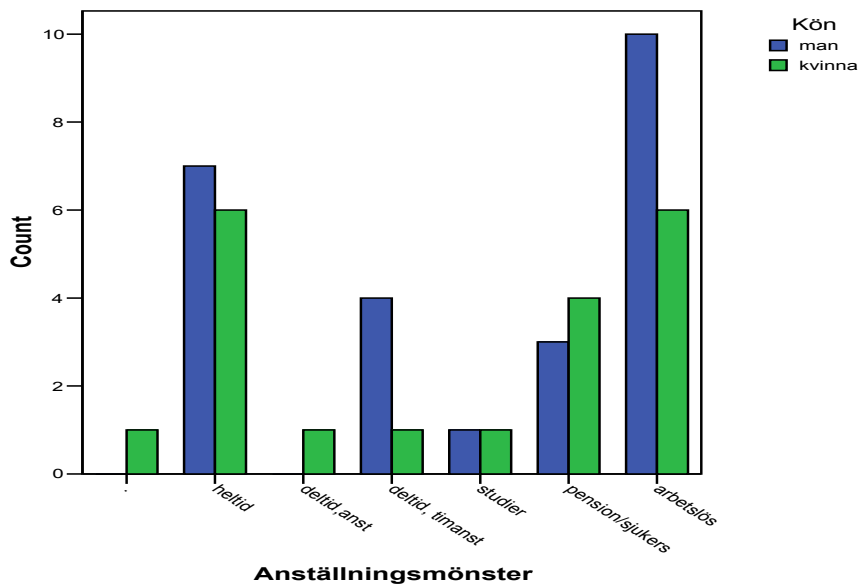
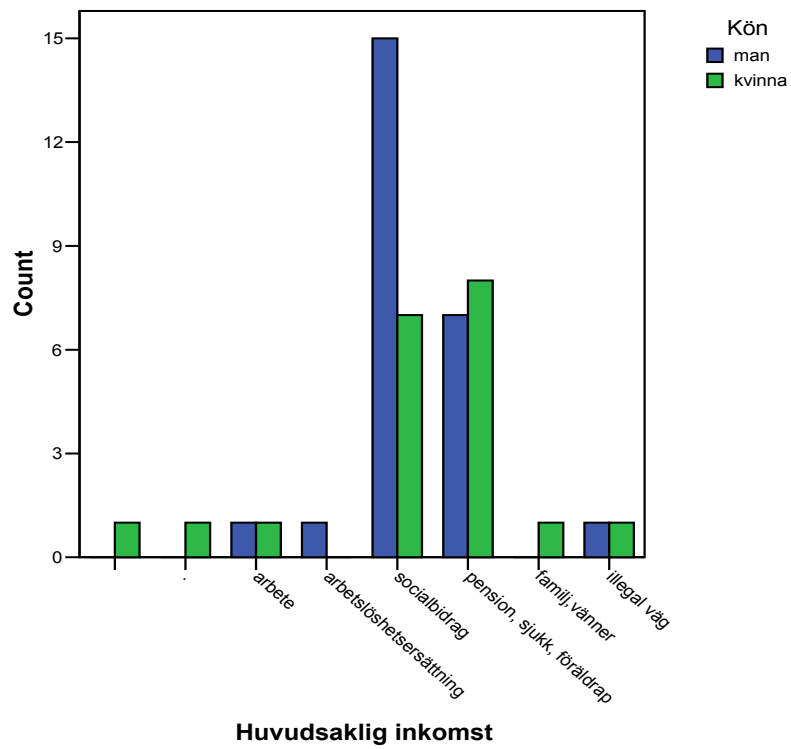


Diagram 8. Vanligaste anställningsmönstren de senaste 3 åren, fördelat på män och kvinnor.

a



b

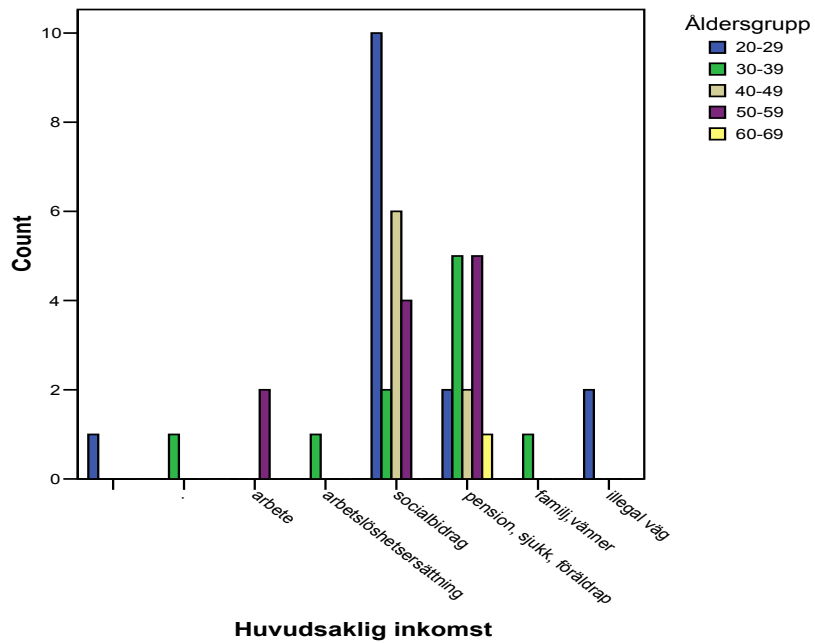


Diagram 9, a och b. Huvudsaklig inkomst de senaste 30 dagarna. Fördelning män och kvinnor samt åldersgrupper. Två personer har inte svarat på frågan.

### *Missbruk*

Bilden omfattar såväl tidigare och nuvarande bruk- och missbruksmönster, vad gäller alkohol och narkotika. Behandlingshistoria i både öppen- och slutenvård kartläggs.

Av Diagram 10 a och b framgår, att ”regelbundet bruk av alkohol” och ”alkohol till berusning” är ett dominerande problem bland både män och kvinnor. I studien finns också 10 män i åldergruppen 20-29 år, av vilka 4 har cannabis som dominerande missbruksdrog. De 2 klienter som svarat ”inget problem”, har bågge missbruk tidigare i livet.

Vad gäller frågan huruvida man ”någon gång i livet använt flera droger per dag”, ett år eller längre tid, så svarar en något högre andel av männen, att man använt flera droger per dag någon gång under livstiden (Diagram 11).

Som förväntat ses en debutålder för användning av cannabis och alkohol några år lägre än motsvarande för heroin och amfetamin (Tabell 2).

C:a 20% (9 klienter) av de utfrågade anger att de någonsin injicerat en drog.

11 personer har svarat att de haft delirium en eller flera gånger. 13 personer har överdoserat narkotika en eller flera gånger.

Av kvinnorna har 8 personer haft ett eller flera tillfällen i avgiftning för alkohol i öppenvård och 6 kvinnor har genomgått avgiftning för droger i öppenvård. 7 kvinnor har varit i avgiftning i slutenvård för alkohol respektive 6 i avgiftning i slutenvård för droger.

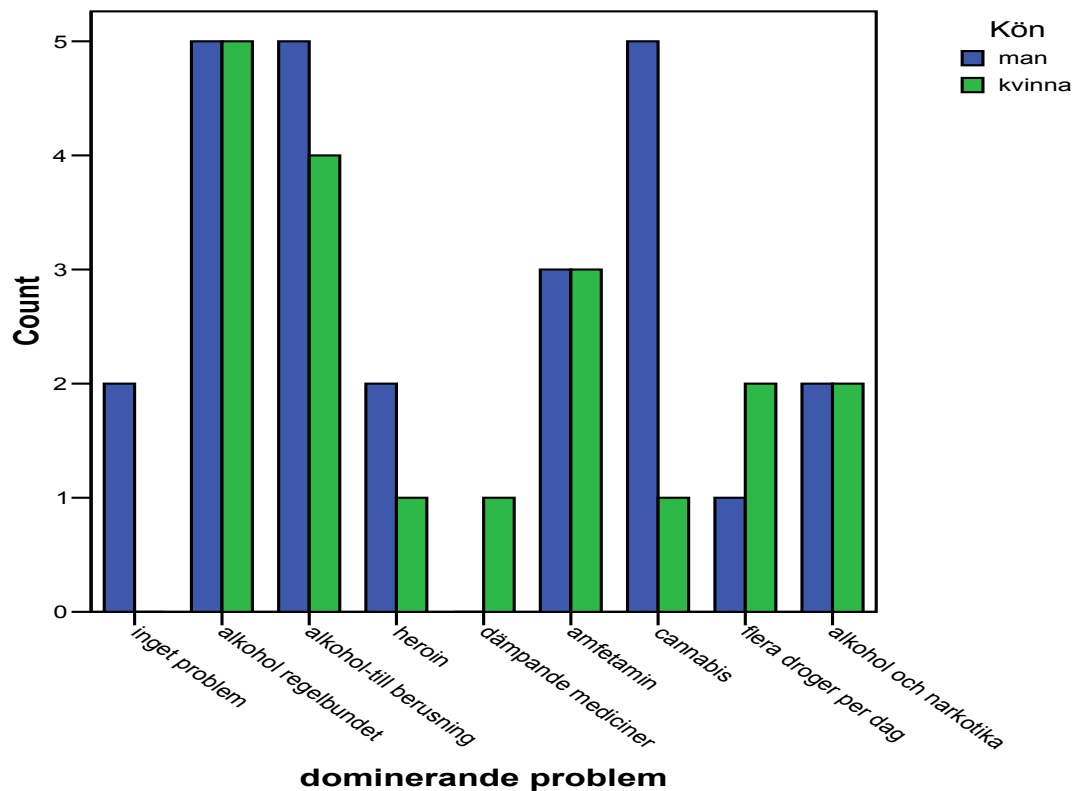
Av männen har 7 personer genomgått öppenvårdsavgiftning för alkohol och 4 har genomgått avgiftning i slutenvård. 6 av männen har genomgått avgiftning för droger i öppenvård vid ett eller flera tillfällen. 3 män har genomgått avgiftning för droger i slutenvård.

Fem personer har genomgått både alkohol- och drogavgiftning i öppenvård. 3 kvinnor har genomgått alkohol och drogavgiftning i både öppen och slutenvård en eller flera gånger. 4 personer har genomgått avgiftning i både öppenvård och slutenvård för alkohol. 3 personer har haft drogsubvention i öppenvård (metadon och subutex).

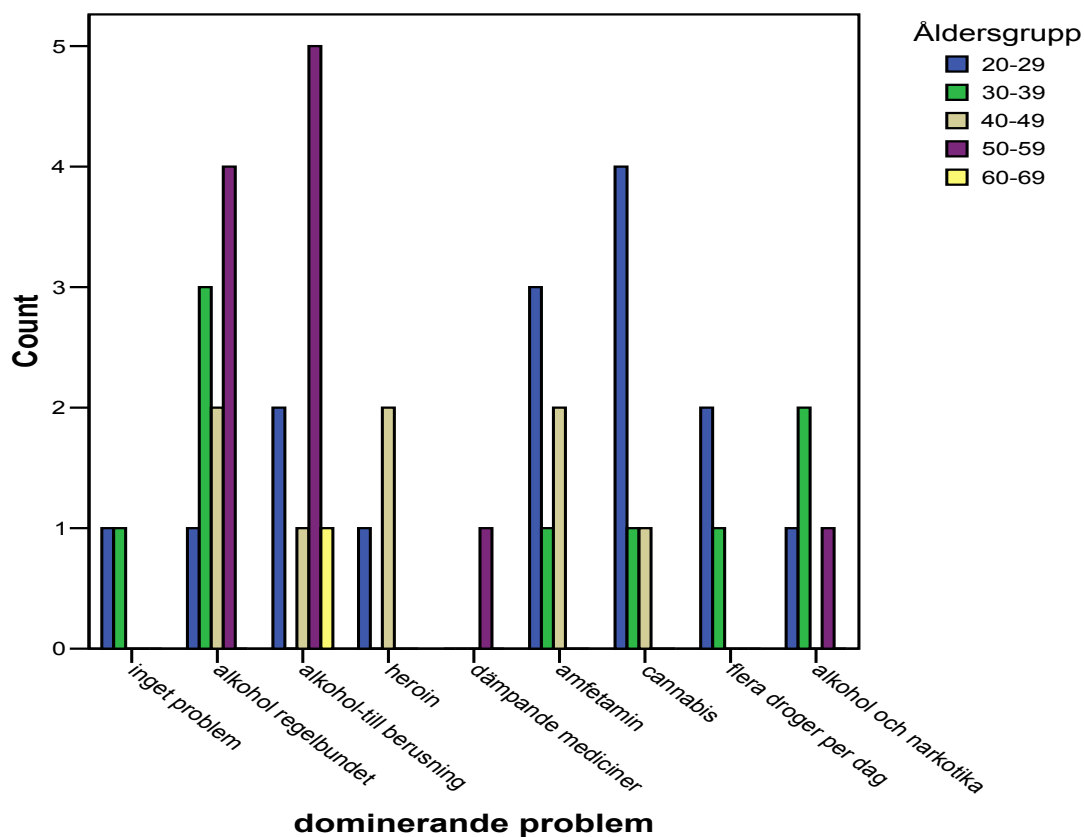
5 män och 8 kvinnor har genomgått slutenvård för drogmissbruk, vid ett eller flera tillfällen. 5 män och tre kvinnor i materialet har genomgått slutenvård för alkoholmissbruk ett eller flera tillfällen. 2 kvinnor och en man har genomgått slutenvårdsbehandling för både alkohol och narkotika vid flera tillfällen. Fördelning enligt åldersgrupp är sammanfattade i Diagram 12 a och b (slutenvård) och i Diagram 13 a och b (öppenvård). Antal månader missbruksfrihet efter behandling ses i Diagram 14 a och b.

De antal månader klienter klarat drogfrihet eller nykterhet på egen hand, utan föregående behandling finns sammanfattade i Diagram 15. 17 personer, 12 män och 5 kvinnor har klarat 6 månaders eller längre missbruksfrihet. 2 av kvinnorna har klarat många års missbruksfrihet.

I Tabell 3 och 4 beskrivs antal dagar av de senaste 30 dagarna som klienterna upplevt problem på grund av alkohol eller narkotikaanvändning. Det kan innebära sug efter alkohol eller droger, eller problem då klienterna velat avbryta sitt missbruk men inte lyckats. Klienterna har skattat sitt hjälpbehov på en skala. De klienter som skattat ”inget problem” kan ha angett att de enbart har alkohol eller narkotikaproblem. 1 person har inte svarat på frågan.



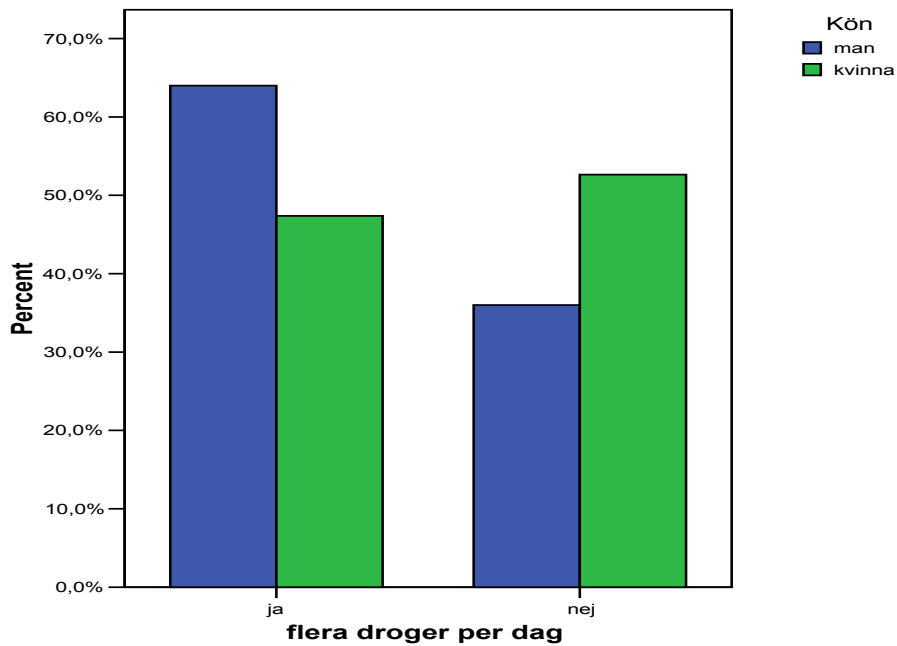
**Diagram 10 a. Dominerande problem för de använda missbrukssubstanserna  
Fördelning enligt kön**



**Diagram 10 b. Dominerande problem för de använda missbrukssubstanserna. Fördelning enligt åldersgrupp.**

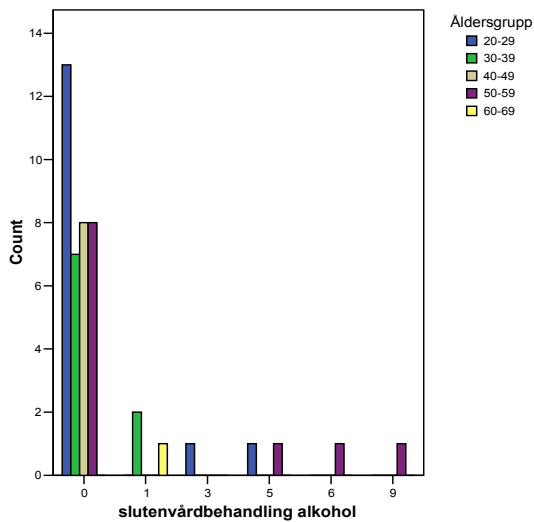
|   | N  | Minimum | Maximum | Mean  | Std. Deviation |
|---|----|---------|---------|-------|----------------|
| debutålder alkohol till berusning         | 31 | 10      | 53      | 20,19 | 9,935          |
| debutålder alkohol regelbunden användning | 33 | 10      | 28      | 17,58 | 5,327          |
| debutålder heroin                         | 7  | 14      | 33      | 19,57 | 6,268          |
| debutålder amfetamin                      | 19 | 12      | 30      | 17,58 | 4,670          |
| debutålder cannabis                       | 25 | 11      | 20      | 15,08 | 2,548          |
| Valid N (listwise)                        | 2  |         |         |       |                |

**Tabell 2. Genomsnittlig debutålder för alkohol, heroin, cannabis och amfetamin.**

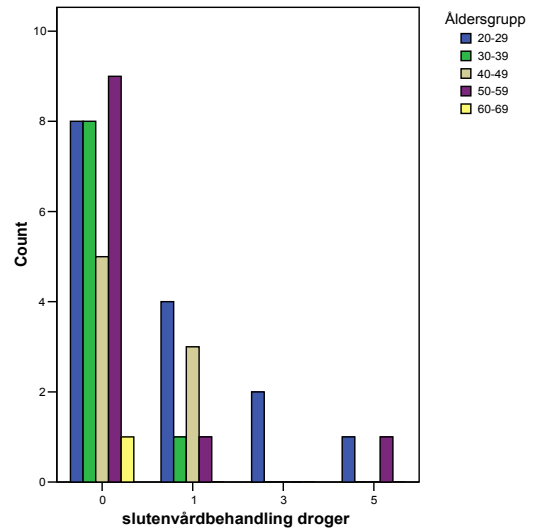


**Diagram 11. Användning av flera droger per dag i procent. Fördelning män och kvinnor.**

**a**

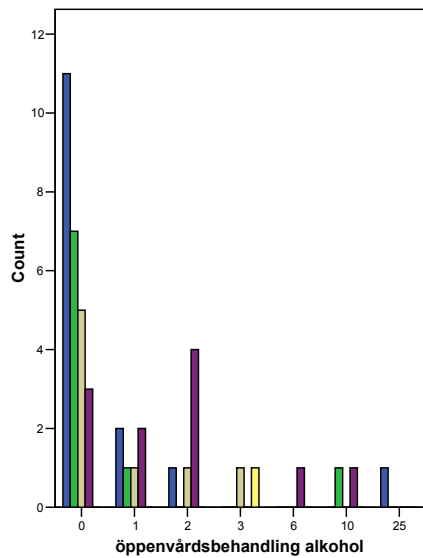


**b**



**Diagram 12 a och b. Antal gånger i slutenvårdsbehandling för alkohol och droger. Fördelning enligt åldersgrupp.**

a



b

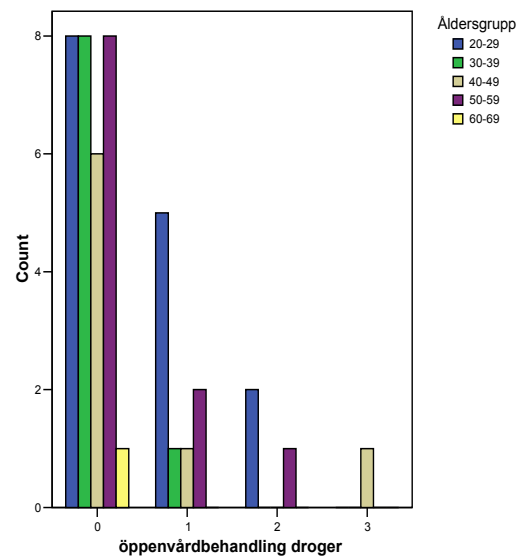
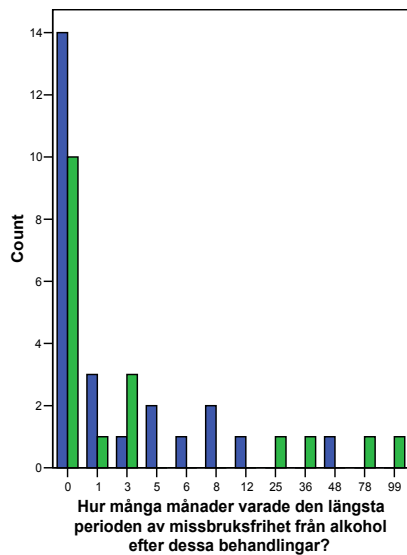


Diagram 13 a och b. Antal gånger i öppenvårdsbehandling för alkohol och droger. Fördelning enligt åldersgrupp.

a



b

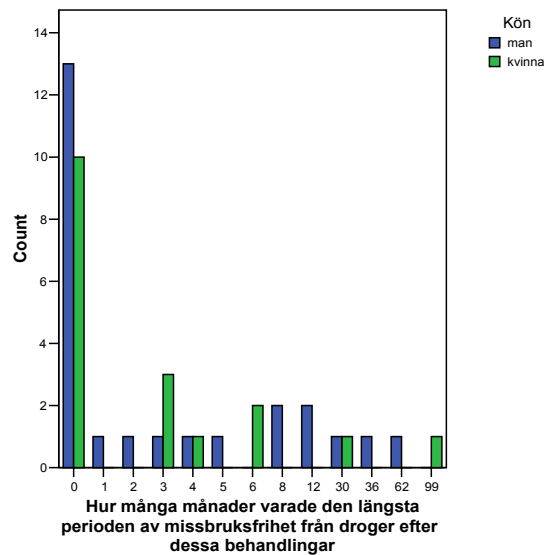
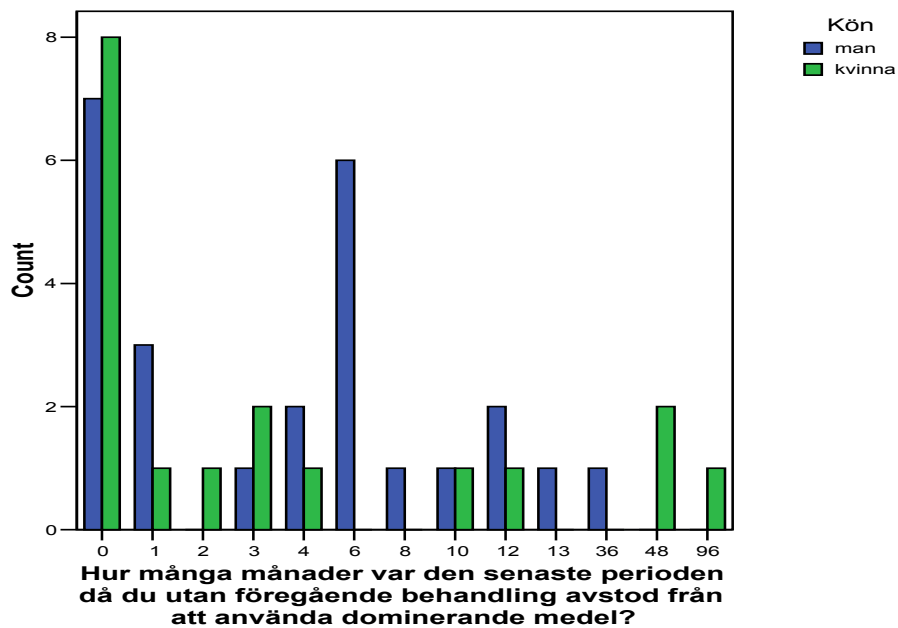


Diagram 14 a och b. Antal månader i missbruksfrihet efter behandling. Fördelning män och kvinnor.



**Diagram 15. Antal månader nykter/ drogfri utan föregående behandling. Fördelning män och kvinnor.**

| Count  |    | hjälpbehov drogproblem |       |           |              | Total |
|--|----|------------------------|-------|-----------|--------------|-------|
|  |    | inget                  | litet | påtagligt | mycket stort |       |
| Antal dagar narkotikaproblem de senaste 30 dagarna | 0  | 21                     | 2     | 1         | 2            | 26    |
|  | 7  | 0                      | 0     | 1         | 1            | 2     |
|  | 8  | 1                      | 0     | 0         | 0            | 1     |
|  | 10 | 0                      | 0     | 1         | 0            | 1     |
|  | 15 | 0                      | 0     | 0         | 2            | 2     |
|  | 25 | 0                      | 0     | 1         | 1            | 2     |
|  | 30 | 1                      | 0     | 0         | 9            | 10    |
| Total  |    | 23                     | 2     | 4         | 15           | 44    |

**Tabell 3. Antal dagar narkotikaproblem / hjälpbehov drogproblem.**



| Count  |    | hjälpbehov alkoholproblem |       |          |           |              | Total |
|--|----|---------------------------|-------|----------|-----------|--------------|-------|
|  |    | inget                     | litet | måttligt | påtagligt | mycket stort |       |
| Antal dagar alkoholproblem de senaste 30 dagarna | 0  | 19                        | 0     | 2        | 1         | 5            | 27    |
|  | 1  | 0                         | 0     | 1        | 0         | 0            | 1     |
|  | 7  | 0                         | 0     | 0        | 1         | 0            | 1     |
|  | 10 | 0                         | 0     | 0        | 1         | 1            | 2     |
|  | 15 | 0                         | 0     | 1        | 0         | 0            | 1     |
|  | 25 | 0                         | 0     | 0        | 0         | 1            | 1     |
|  | 29 | 0                         | 1     | 0        | 0         | 0            | 1     |
|  | 30 | 0                         | 0     | 2        | 5         | 3            | 10    |
| Total  |    | 19                        | 1     | 6        | 8         | 10           | 44    |

**Tabell 4. Antal dagar alkoholproblem / hjälpbehov alkoholproblem**

*Kriminalitet och asocialitet*

15 av 25 män har någon gång under livstiden varit åtalade för narkotikabrott. 3 av kvinnorna har någon gång åtalats. 12 män och 7 kvinnor har åtalats för egendomsbrott en eller flera gånger. 12 män och 6 kvinnor har någon gång åtalats för våldsbrott. 8 män och 2 kvinnor har åtalats för rattfylleri. Se Tabell 5-8 för ytterligare illustration!

8 personer i åldrarna 20-49 år har en frivårdskontakt vid tidpunkten för första ASI-intervju, se Diagram 16.

19 av 25 män har någon gång dömts för brott. 8 av 19 kvinnor har dömts för brott. I domarna ingår narkotikabrott, egendomsbrott, våldsbrott, andra brott och rattfylleri. (Diagram 17).

| Count          |    | Kön |         | Total |
|----------------|----|-----|---------|-------|
|                |    | man | kvinnor |       |
| Narkotikabrott | 0  | 10  | 16      | 26    |
|                | 1  | 3   | 1       | 4     |
|                | 2  | 4   | 1       | 5     |
|                | 3  | 3   | 1       | 4     |
|                | 4  | 2   | 0       | 2     |
|                | 5  | 1   | 0       | 1     |
|                | 8  | 1   | 0       | 1     |
|                | 13 | 1   | 0       | 1     |
| Total          |    | 25  | 19      | 44    |

**Tabell 5. Narkotikabrott / Kön**

|               |    | Kön |       | Total |
|---------------|----|-----|-------|-------|
|               |    | man | kvinn |       |
| egendomsbrott | 0  | 12  | 12    | 24    |
|               | 1  | 4   | 3     | 7     |
|               | 2  | 2   | 0     | 2     |
|               | 3  | 1   | 2     | 3     |
|               | 4  | 1   | 0     | 1     |
|               | 5  | 2   | 1     | 3     |
|               | 6  | 0   | 1     | 1     |
|               | 8  | 1   | 0     | 1     |
|               | 10 | 2   | 0     | 2     |
| Total         |    | 25  | 19    | 44    |

**Tabell 6. Egendomsbrott / Kön**

Count

|            |   | Kön |       | Total |
|------------|---|-----|-------|-------|
|            |   | man | kvinn |       |
| våldsbrott | 0 | 13  | 13    | 26    |
|            | 1 | 7   | 6     | 13    |
|            | 2 | 3   | 0     | 3     |
|            | 6 | 1   | 0     | 1     |
|            | 8 | 1   | 0     | 1     |
| Total      |   | 25  | 19    | 44    |

**Tabell 7. Våldsbrott / Kön**

Count

|           |   | Kön |       | Total |
|-----------|---|-----|-------|-------|
|           |   | man | kvinn |       |
| rattfylla | 0 | 17  | 16    | 33    |
|           | 1 | 2   | 2     | 4     |
|           | 2 | 2   | 0     | 2     |
|           | 3 | 1   | 0     | 1     |
|           | 4 | 1   | 0     | 1     |
|           | 5 | 1   | 0     | 1     |
|           | 7 | 1   | 0     | 1     |
| Total     |   | 25  | 18    | 43    |

**Tabell 8. Rattfylla / Kön**

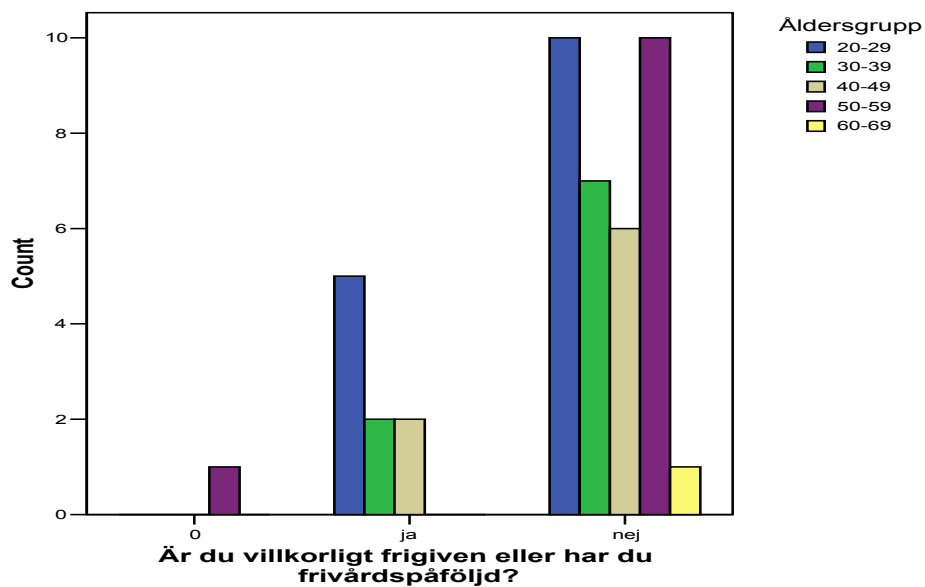


Diagram 16. Antal personer med frivårdskontakt, åldersfördelade.

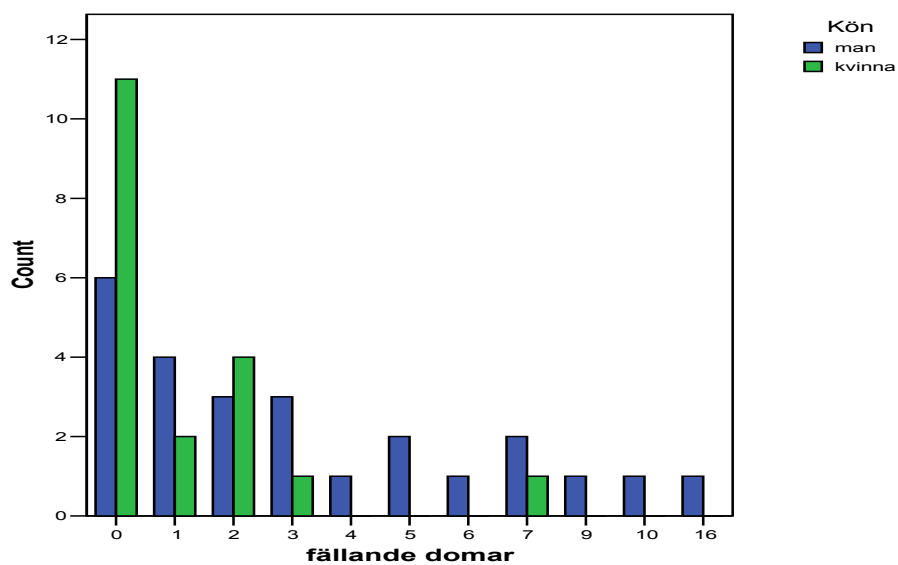


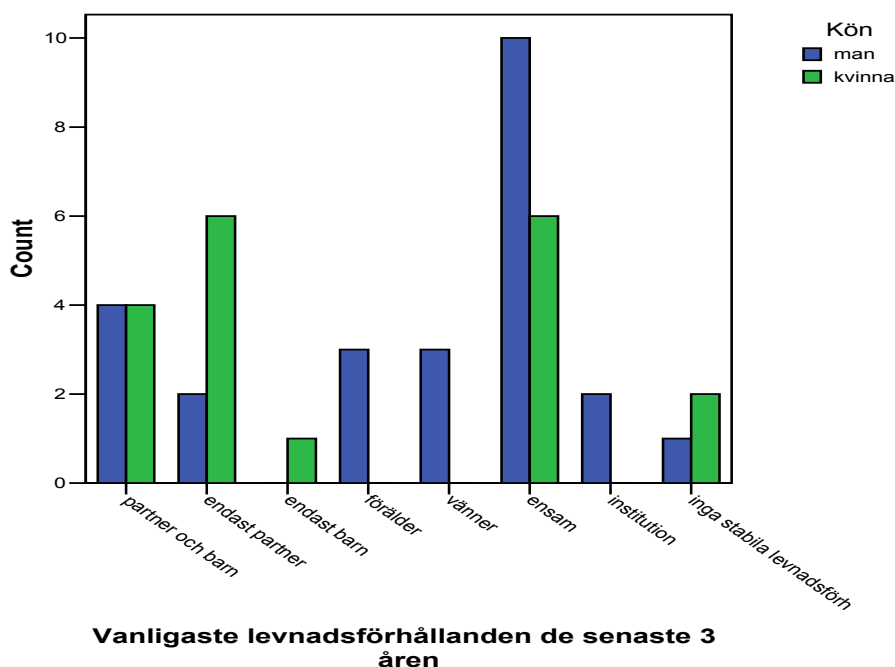
Diagram 17. Antal fällande domar. Fördelning män och kvinnor.

### Familj och umgänge

I avsnittet Familj och Umgänge kartläggs klientens levnads- och familjeförhållanden och trivseln med dessa. Socialt stöd och sociala konflikter berörs och även olika typer av övergrepp. Syftet med frågorna här är att upptäcka relationsproblem och inte i vilken omfattning alkohol eller narkotika har påverkat relationen.

Av Diagram 18 framgår att vanligaste levnadsförhållandet de senaste tre åren för männen är att leva ensam. Detta är även vanligt för kvinnorna, som dock lever i större utsträckning än männen med partner eller med barn.

Många tillbringar större delen av sin fritid med familj eller vänner utan missbruksproblem eller ensamma. Fler kvinnor än män svarar att de tillbringar fritiden med familj eller vänner med missbruksproblem.

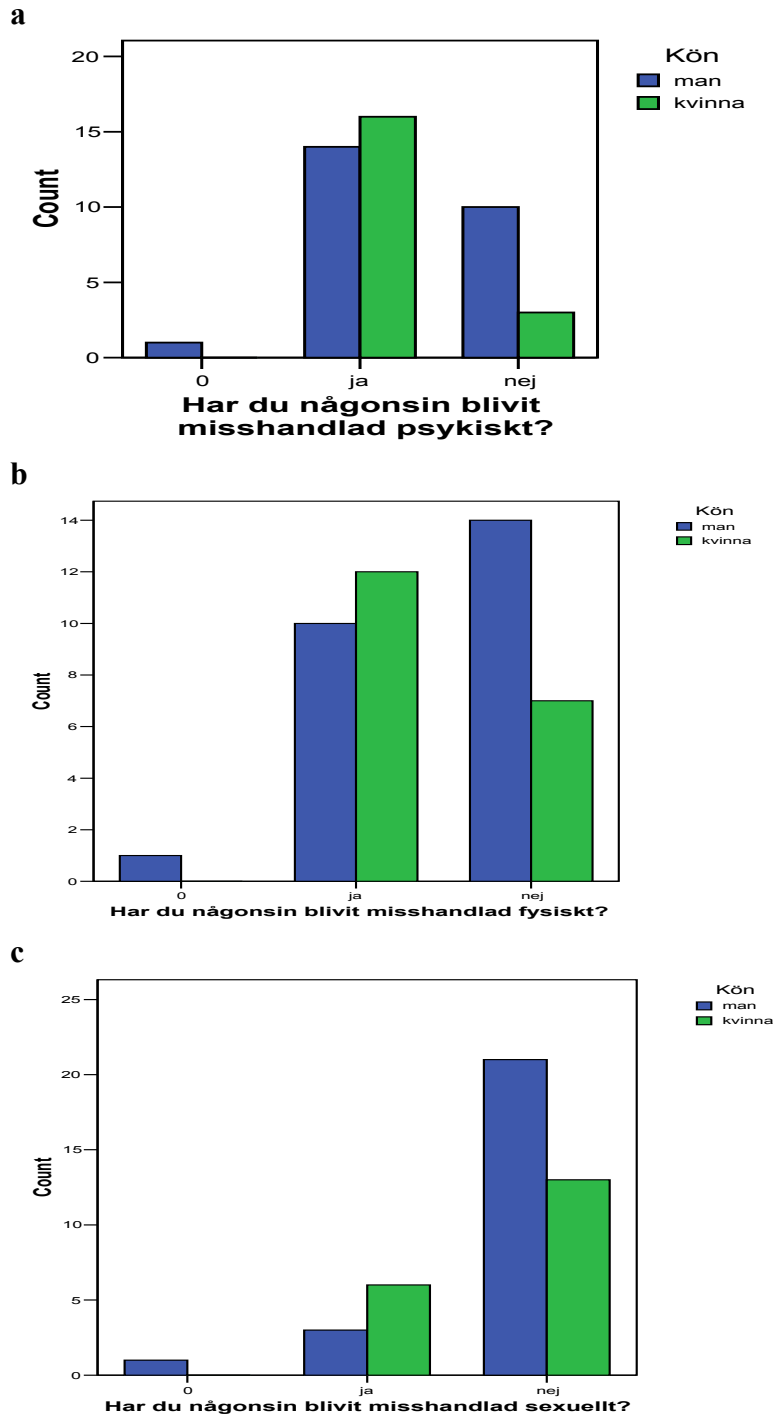


**Diagram 18. Vanligaste levnadsförhållanden/ Kön**

På frågan om man haft långvariga och nära relationer med föräldrarna svarar de flesta att en sådan relation funnits med modern. Något fler av männen svarar däremot att de inte haft en långvarig personlig relation till fadern. I frågan bedöms i vilken utsträckning klienten någonsin lyckats skapa och bibehålla varma och ömsesidiga förhållanden.

Frågor om psykisk, fysisk och sexuell misshandel ställs för att belysa viktiga förhållanden under klientens uppväxttid och för att bedöma om motsvarande förhållanden under den senaste tiden och möjligen även i framtiden. I diagrammen 19 a-c nedan, har slagits ihop resultaten från både frågorna om misshandel under livstid och om misshandel den senaste tiden.

En stor andel av kvinnorna svarar att de blivit psykiskt misshandlade. Fler kvinnor än män svarar också att de blivit fysiskt misshandlade. 6 kvinnor och 3 män svarar att de utsatts för sexuella närmanden och handlingar.



**Diagram 19 a-c. Utsatt för fysisk, psykisk och sexuell misshandel. 1 man har inte svarat.**

### *Psykisk hälsa*

Avsikten med frågorna i detta område är att beskriva vanliga psykiska eller känslomässiga problem inom missbrukspopulationen. Frågorna är inte tillräckliga för en diagnos, men berör upplevelser av psykiska eller känslomässiga problem och vårdtillfällen till följd av dessa.

I undersökningen finns 5 män och 8 kvinnor som genomgått behandling i dygnsvård för psykiska eller känslomässiga problem vid ett eller flera tillfällen. (Tabell 9). 6 män och 9 kvinnor har genomgått öppenvård vid ett eller flera tillfällen. (Tabell 10). Längden av dessa behandlingar framgår inte av intervjuerna.

Av männen har 19 av 25 upplevt allvarlig depression tidigare eller de senaste 30 dagarna, av kvinnorna har 13 av 19 upplevt allvarlig depression. (Diagram 20) 17 av 25 män har upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd tidigare och/eller de senaste 30 dagarna, andelen för kvinnor är 16 av 19. (Diagram 21)

Av diagram 22 nedan framgår att en majoritet av männen och kvinnorna också anger att de tidigare i livet liksom de senaste 30 dagarna upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig.

Ungefär hälften av kvinnorna som tillfrågats, uppger att de tidigare i livet eller sista tiden haft problem med ätstörningar. 3 av de tillfrågade männen uppger att de någon gång upplevt ätstörningar. (Diagram 23)

17 av 25 män och 11 av 19 kvinnor uppger att de någon gång haft allvarligt menade självmordstankar. (Diagram 24) 9 män och 8 kvinnor har en eller flera gånger försökt ta livet av sig, vilket är sammanlagt 38 procent av de intervjuade. (Diagram 25)

12 kvinnor och 15 män har upplevt psykiska eller känslomässiga problem de senaste 30 dagarna. (Diagram 26)

ASQ: Personlighetstyp studerad med ASQ visade resultat, sammanfattade i diagram 27 nedan. Större delen av klienterna återfinns i grupperna otrygg-distanserad eller otrygg-ambivalent vad gäller deras anknytningsstil.

Count

|            |    | Kön |         | Total |
|------------|----|-----|---------|-------|
|            |    | man | kvinnor |       |
| Behandling | 0  | 20  | 11      | 31    |
| dygnsvård  | 1  | 4   | 5       | 9     |
|            | 3  | 1   | 1       | 2     |
|            | 4  | 0   | 1       | 1     |
|            | 25 | 0   | 1       | 1     |
| Total      |    | 25  | 19      | 44    |

Tabell 9. Behandling dygnsvård / Kön

|           |    | Kön |       | Total |
|-----------|----|-----|-------|-------|
|           |    | man | kvinn |       |
| behandlin | 0  | 19  | 10    | 29    |
| g         | 1  | 2   | 3     | 5     |
| öppenvård | 2  | 1   | 3     | 4     |
|           | 3  | 0   | 2     | 2     |
|           | 4  | 1   | 0     | 1     |
|           | 10 | 0   | 1     | 1     |
|           | 15 | 1   | 0     | 1     |
|           | 50 | 1   | 0     | 1     |
| Total     |    | 25  | 19    | 44    |

Tabell 10. Behandling öppenvård / Kön Crosstabulation

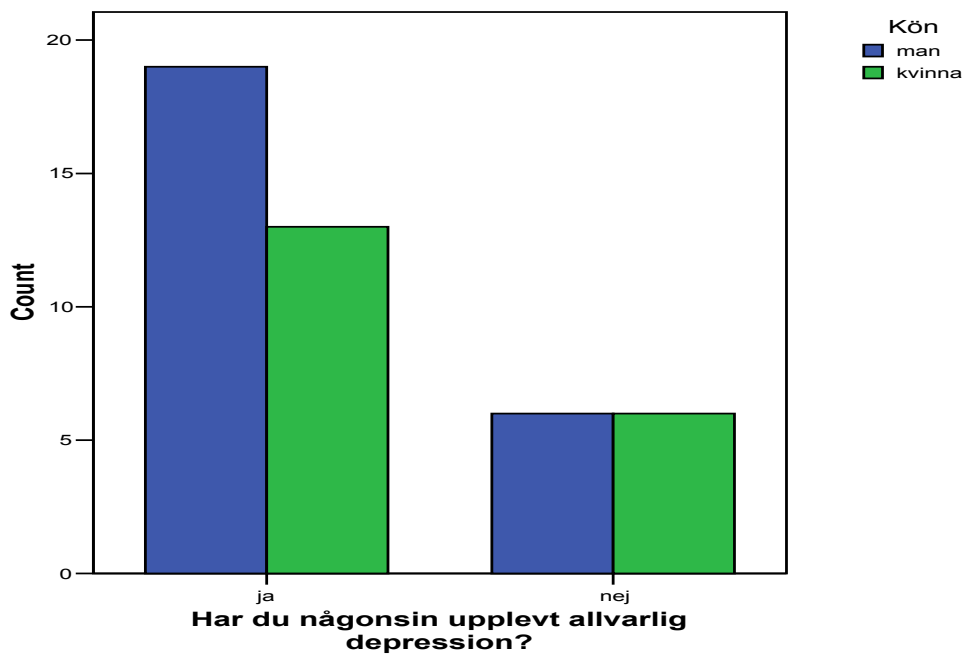
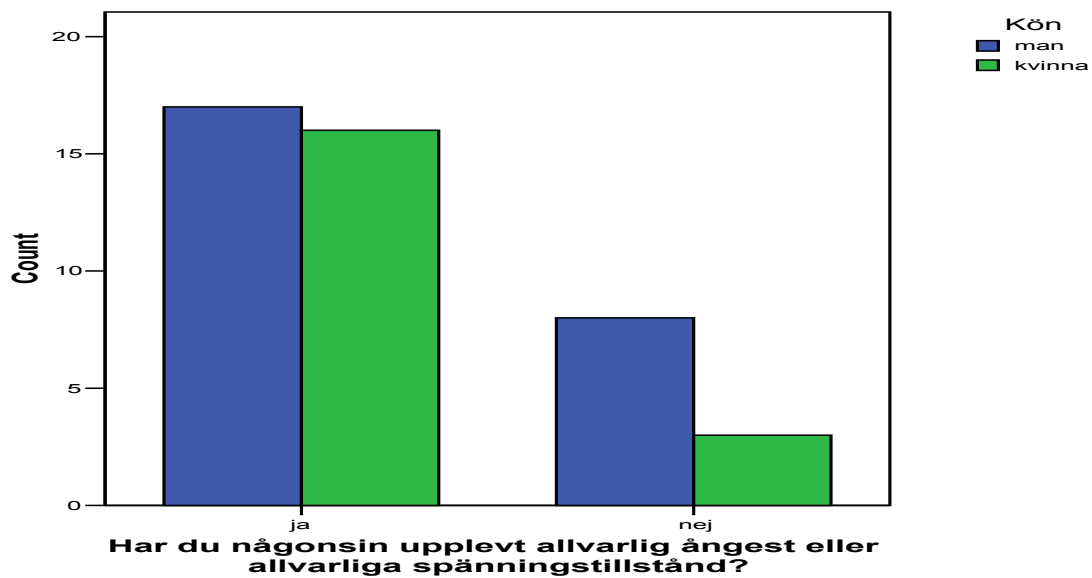
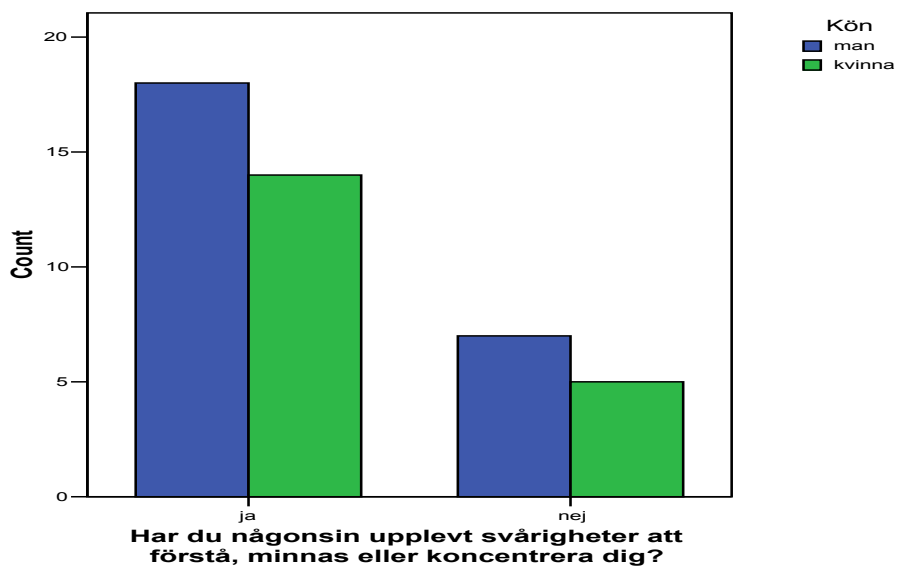


Diagram 20. Upplevt allvarlig depression tidigare eller de senaste 30 dagarna.

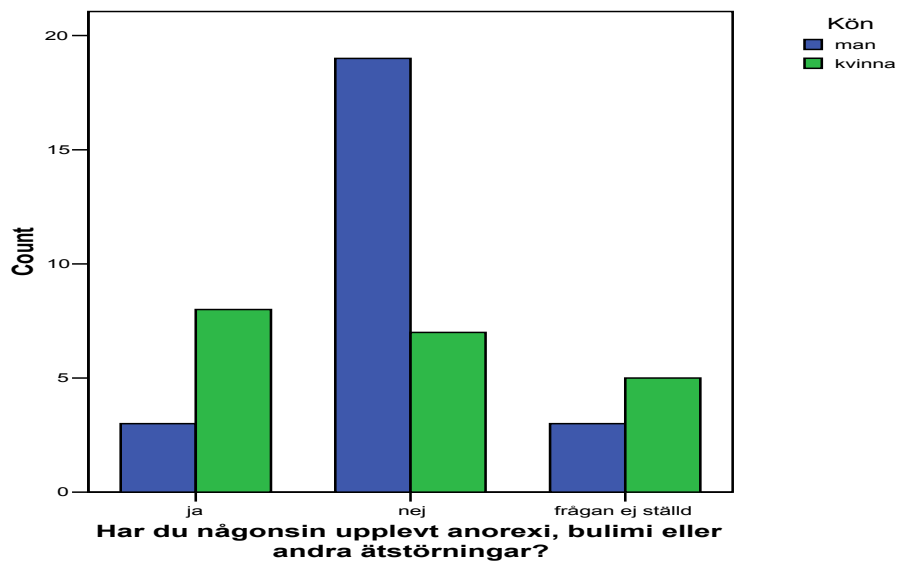


**Diagram 21. Antal personer som upplevt allvarlig ångest tidigare eller de senaste 30 dagarna**

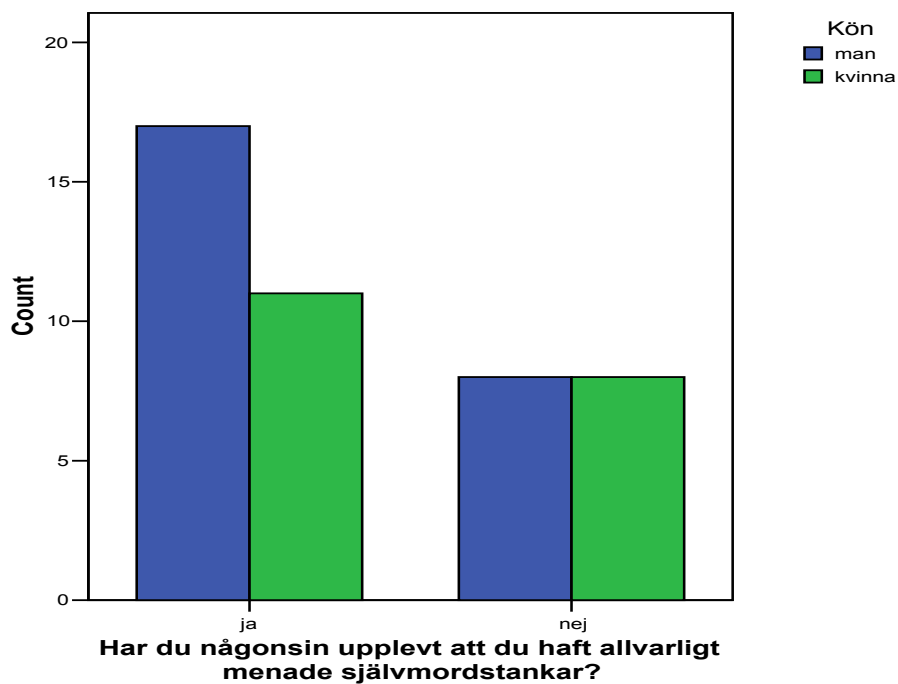


**Diagram 22. Koncentrationssvårigheter tidigare i livet eller de senaste 30 dagarna.**





**Diagram 23. Ätstörningar tidigare i livet eller de senaste 30 dagarna.**



**Diagram 24. Intervjuade med upplevda självmordstankar.**

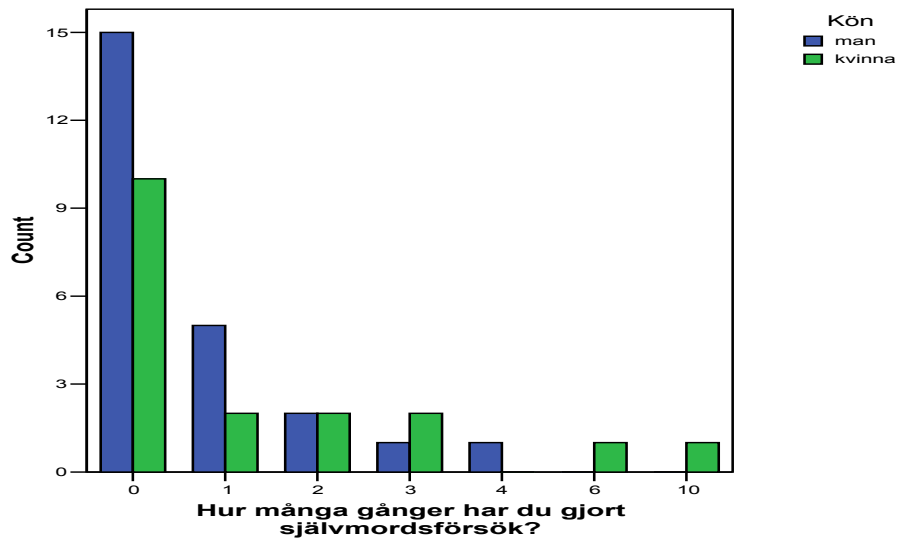


Diagram 25. Antal personer som någon gång gjort självmordsförsök.

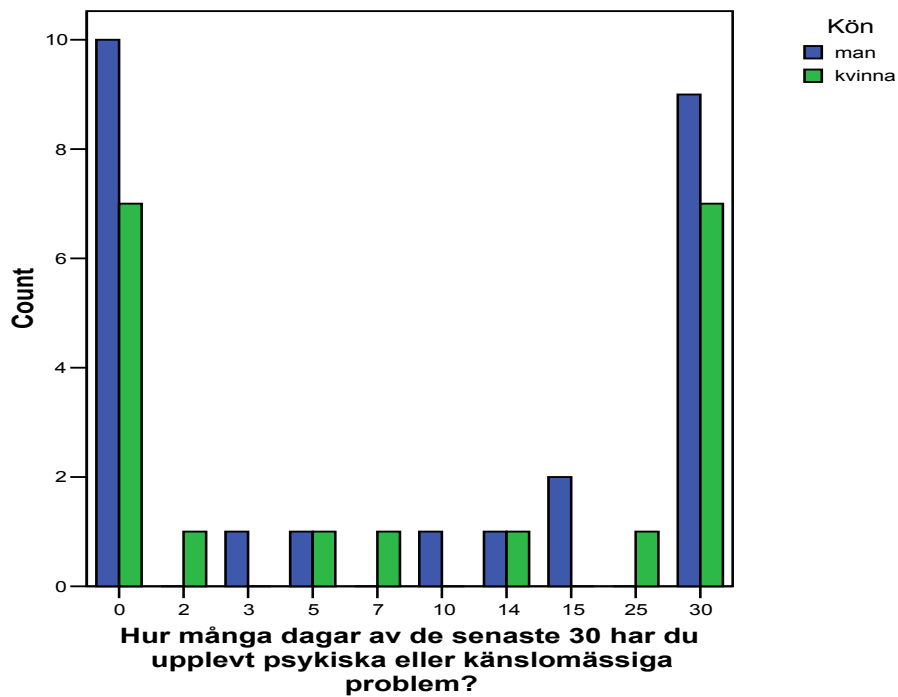
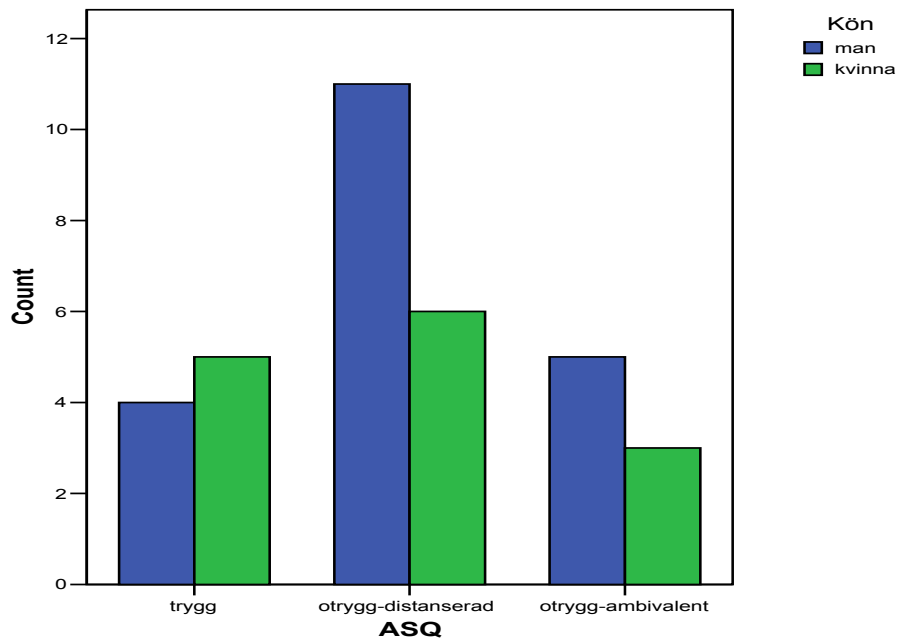


Diagram 26. Intervjuade med upplevda psykiska eller känslomässiga problem de senaste 30 dagarna.



**Diagram 27. Resultat av ASQ. 38 klienter, fördelning kvinnor och män.**

## Sammanfattning av ASI-resultat

Av de intervjuade är en tredjedel bostadslösa. Hälften har barn och av dessa barn är det hälften (12) som lever med en eller båda föräldrarna.

Hälften av de intervjuade har långvariga fysiska hälsoproblem som påverkar deras livsföring. En majoritet av kvinnorna uppger sådana problem. Däremot dominerar männen vad gäller upplevda dagliga hälsoproblem de senaste 30 dagarna (intervjuformulärets inskränkning). De flesta har HIV-testat sig och alla har fått negativa provsvar. Tre personer vet inte vad resultatet var. Åtta personer har hepatit.

Majoriteten av klienterna har fullgjort grundskolan. Medelvärdet är ca 10.5 års skolutbildning. Kvinnorna har i högre omfattning än männen fullgjort gymnasiestudier. Vanligaste anställningsmönstret de senaste tre åren är arbetslöshet, följt av arbete på heltid. Den huvudsakliga inkomsten de senaste 30 dagarna är socialbidrag och därefter pension, sjukersättning eller föräldrapenning. En stor andel av socialbidragstagarna är män och en stor andel av dessa hör till åldersgruppen 20-29 år. Majoriteten av de intervjuade har upplevt problem i arbete eller med arbetslöshet.

Många uppger alkohol som dominerande missbrukssubstans. Därefter kommer amfetamin. 5 män har uppgivit cannabis som dominerande medel. Genomsnittlig debutålder för alkohol är 19 år. För cannabis är det ca 17 år och för heroin och amfetamin ca 25 år. Mer än hälften av de intervjuade har använt flera droger per dag någon gång i livet under minst ett år. 8 personer i materialet har någon gång injicerat narkotika. 11 personer har haft delirium en eller flera gånger. 13 personer har överdoserat narkotika.

En femtedel av de intervjuade har genomgått avgiftning för alkohol eller droger i slutenvård. Nära en tredjedel har genomgått avgiftning i öppenvård för alkohol och en fjärdedel avgiftning i öppenvård för narkotika. Fem personer har genomgått avgiftning i öppenvård för både alkohol och narkotika. 3 kvinnor har genomgått avgiftning för alkohol och narkotika i både öppen- och slutenvård.

Nära 30 % av de intervjuade har fått slutenvårdsbehandling för narkotikamissbruk. Runt 18 % har fått slutenvårdsbehandling för alkoholmissbruk. Två kvinnor och en man har genomgått slutenvårdsbehandling för både alkohol- och narkotikamissbruk vid flera tillfällen. Nära en tredjedel har genomgått öppenvårdsbehandling för narkotika missbruk och runt 40 % har genomgått öppenvårdsbehandling för alkoholproblem en eller flera gånger. Ungefär en femtedel har klarat missbruksfrihet från alkohol i sex månader eller längre efter behandling. En fjärdedel har klarat missbruksfrihet från narkotika sex månader eller längre efter behandling. Ungefär en fjärdedel har klarat missbruksfrihet i sex månader eller längre utan föregående behandling.

Över hälften av de intervjuade har dömts för brott. Variationen är dock stor, domar har givits från ett till sexton gånger. Tre fjärdedelar av männen och två femtedelar av kvinnorna har någon under livstiden dömts för brott. 8 personer i materialet har en pågående kontakt med frivården vid tiden för intervjun.

Vanligaste levnadsförhållandet är att leva ensam, både för män och kvinnor. Bland kvinnorna finns även flera som lever med partner eller med barn. Många tillbringar sin fritid med familj eller vänner utan missbruksproblem eller ensamma. Fler kvinnor än män i materialet svarar att de tillbringar fritiden med familj eller med vänner med missbruksproblem.

Över två tredjedelar har blivit utsatta för psykiskt våld och hälften har utsatts för fysiskt våld någon gång under livstiden. Kvinnorna har varit mer utsatta än män.

Nästan tre fjärdedelar har upplevt allvarlig depression och/ eller allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd någon gång under livstiden. En majoritet anger också att de under livstiden upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig. Hälften av kvinnorna som fått frågan (5 kvinnor blev ej tillfrågade) uppger att de haft problem med ätstörningar. En majoritet av samtliga i undersökningen har haft självmordstankar någon gång i livet. Över en tredjedel har någon gång gjort självmordsförsök. Över hälften har upplevt psykiska hälsoproblem de senaste 30 dagarna.

## Resultat av Maps-intervjuer

37 klienter intervjuades med MAPS: 16 kvinnor och 21 män. De sju klienter, 4 män och 3 kvinnor som inte intervjuats, hade en mycket sporadisk kontakt med sina handläggare redan då utredningen inleddes och fullföljde inte denna del. Två av kvinnorna flyttade en kort tid efter inledd utredning.

Maps-intervjun adderas till intervjuförloppet i samband med att återföringen av ASI-intervjun till klienten görs. I återföringen definieras den huvudsakliga problematiken inom varje område och blir sedan föremål för ett samtal med klienten om vilken förändringsfas denne befinner sig i beträffande det aktuella problemet. Begreppet förändringsfas används i MAPS för att beskriva var i förändringsprocessen en person befinner sig, i de olika livsområdena.

Förändringsfas:

1. Omedveten/uppgiven
2. Fundera/överväga
3. Beslut/förberedelse
4. Hantering/förändring
5. Hantering/upprätthållande

**Omedveten/uppgiven** (Precontemplation): Man funderar inte på eller upplever sig inte kunna förändra sig eller lära sig hantera problemet. Man ser inte förändring som ett realistiskt eller tänkbart alternativ inom en överskådlig framtid.

**Fundera/överväga** (Contemplation): Man börjar uttrycka mer allvarligt menade funderingar på att ta tag i problemet. Ofta väger man fördelar mot nackdelar (ambivalens). I början är man ambivalent inför själva problemet, medan man senare är ambivalent kring olika lösningar. Man ser förändring som möjlig inom en överskådlig framtid, men man har inte bestämt sig.

**Beslut/förberedelse** (Preparation): Man har allvarliga funderingar på att göra något åt problemet inom den närmaste tiden. Beslut att göra något tas. Förberedelser att sätta beslutet i verket påbörjas. Man påbörjar även en beteendeförändring, prövar olika alternativ. Tanke och handling förenas.

**Handling/förändring** (Action): Man arbetar aktivt med att försöka hantera problemet. Det handlar om ett allvarligt försök till beteendeförändring. Man är i denna fas så länge man aktivt arbetar på problemet.

**Hantering/upprätthållande** (Maintenance): Man har lyckats hantera problemet under en längre tid och försöker upprätthålla denna förmåga. Förändringen är genomförd och är en del av individen.

**Ej relevant** (Termination): Problemet har hanterats under en avsevärd tid och existerar inte längre. I MAPS kodas "ej relevant" också i de fall då det ej förkommit några allvarliga problem inom området.

## MAPS-in

I diagrammen nedan redovisas på gruppnivå var klienterna befann sig i den inledande intervjun: MAPS-in. Då materialet är litet redovisas antal klienter med uppdelning på kvinnor och män.

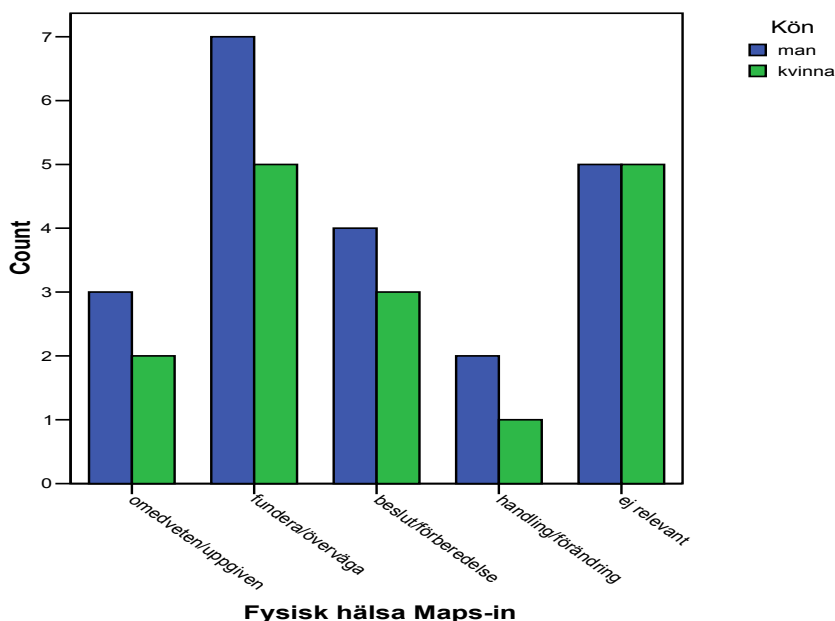


Diagram 28. Fysisk hälsa, MAPS-in

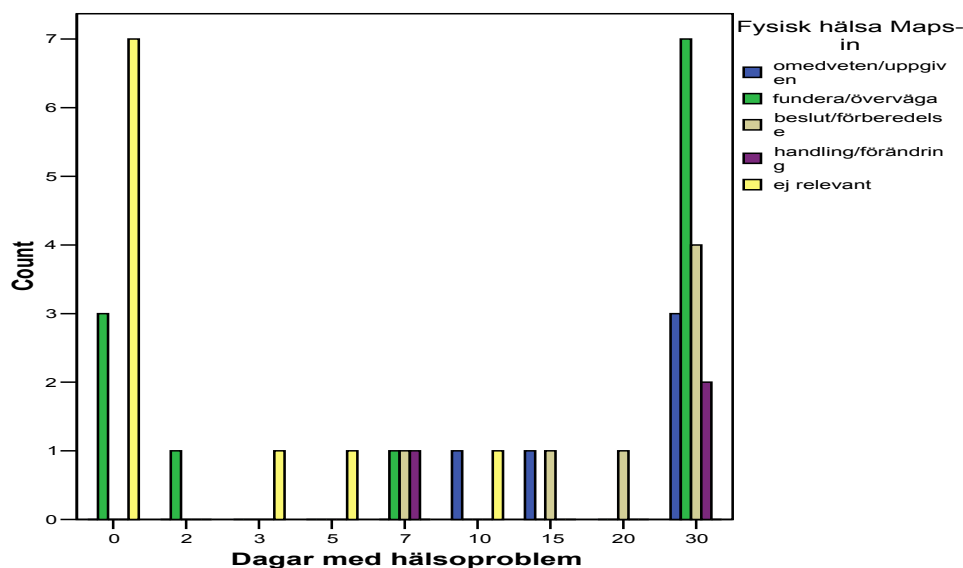
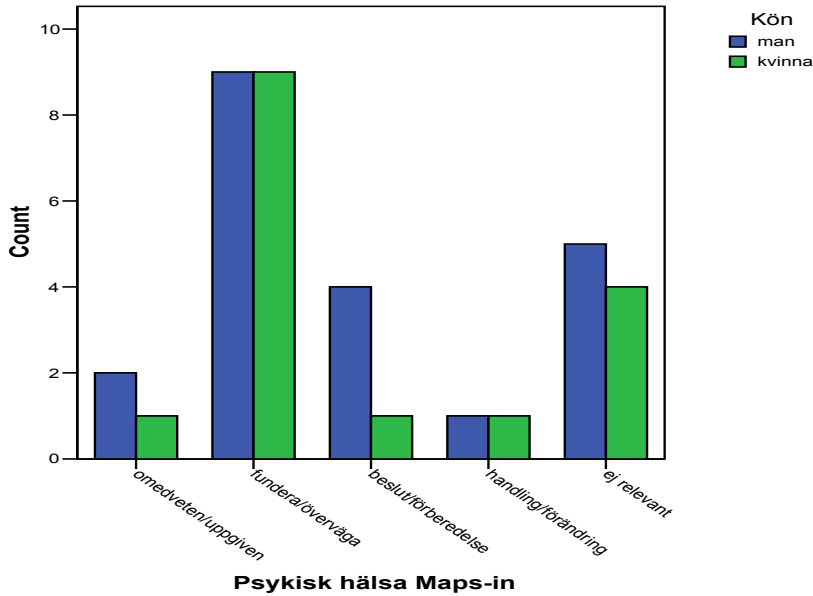


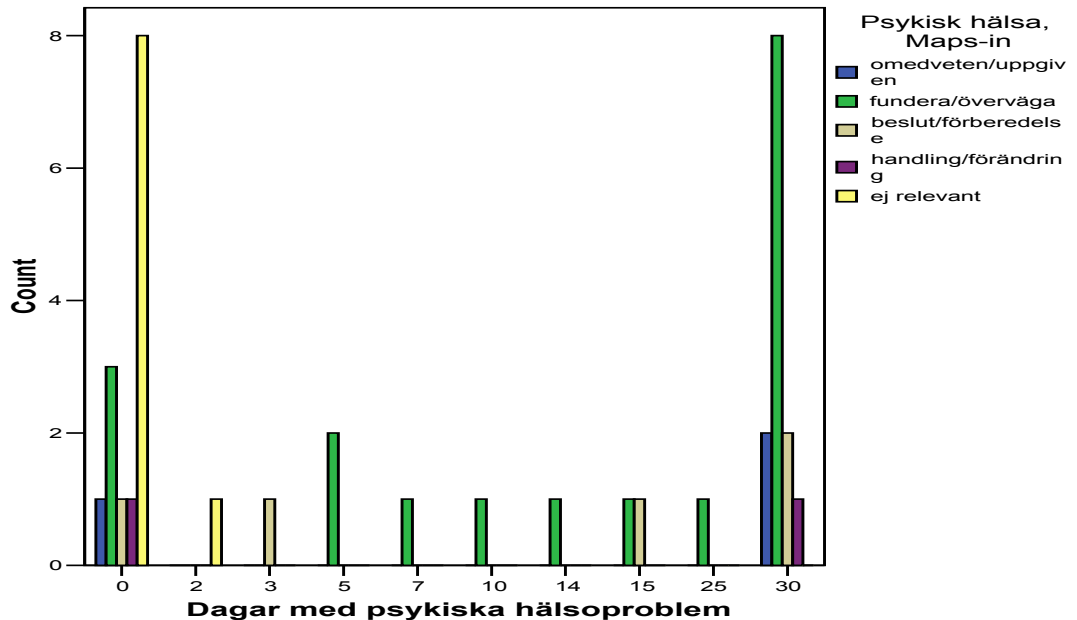
Diagram 29. Dagar med hälsoproblem senaste 30 dagarna/ MAPS-in

Av ASI-intervjuerna framgår att hälften av klienterna har fysiska hälsoproblem som påverkar livsföringen och att många upplevt problem med sin fysiska hälsa de senaste 30 dagarna. Av MAPS-intervjuer framgår att många intervjuade som upplevt dagliga problem

med hälsan befinner sig i fundera/överväga-fasen vad gäller att ta itu med problemen. (Diagram 29).



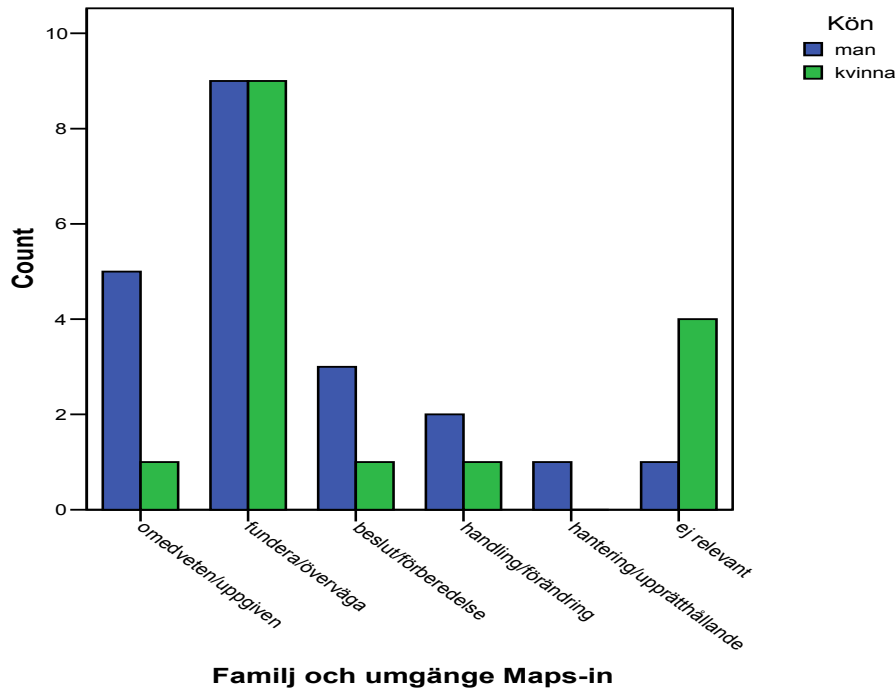
**Diagram 30. Psykisk hälsa, MAPS-in**



**Diagram 31. Dagar med psykiska hälsoproblem de senaste 30 dagarna/ MAPS-in**  
Majoriteten av klienterna uppgav i ASI-intervjun att de har psykiska hälsoproblem under livstiden och över hälften hade upplevt problem den sista tiden. Vad gäller psykiska

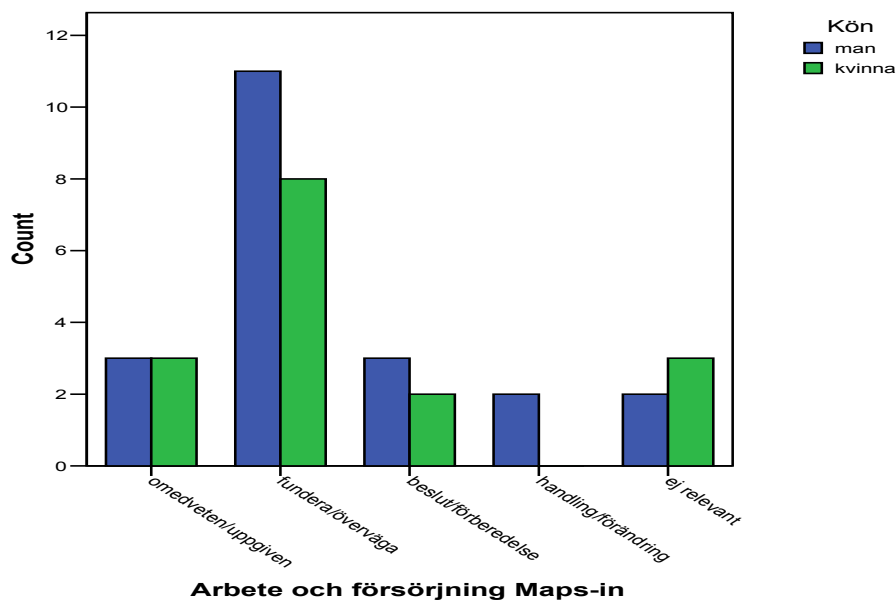


hälsoproblem befinner sig en ännu större del av dem som upplevt problem, i fundera/överväga fasen, än för fysiska hälsoproblem. (Diagram 31)

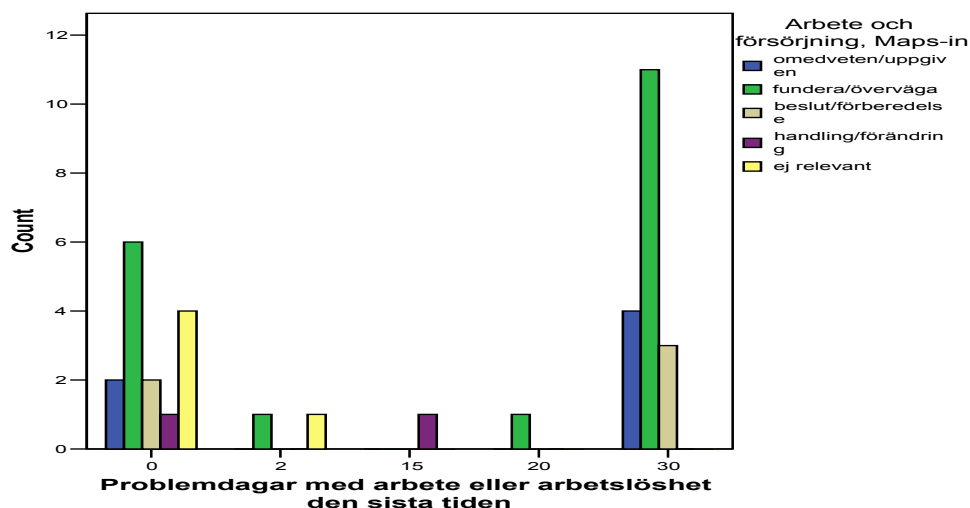


**Diagram 32. Familj och umgänge, MAPS-in**

Många har som vanligaste levnadsförhållande att man lever ensam. Många tillbringar också sin fritid ensam. Detta är inte ett problem för alla, men utgör en vanlig problemformulering inom gäller familj och umgänge. Även här befinner sig en majoritet i fundera/överväga fasen. (Diagram 32)

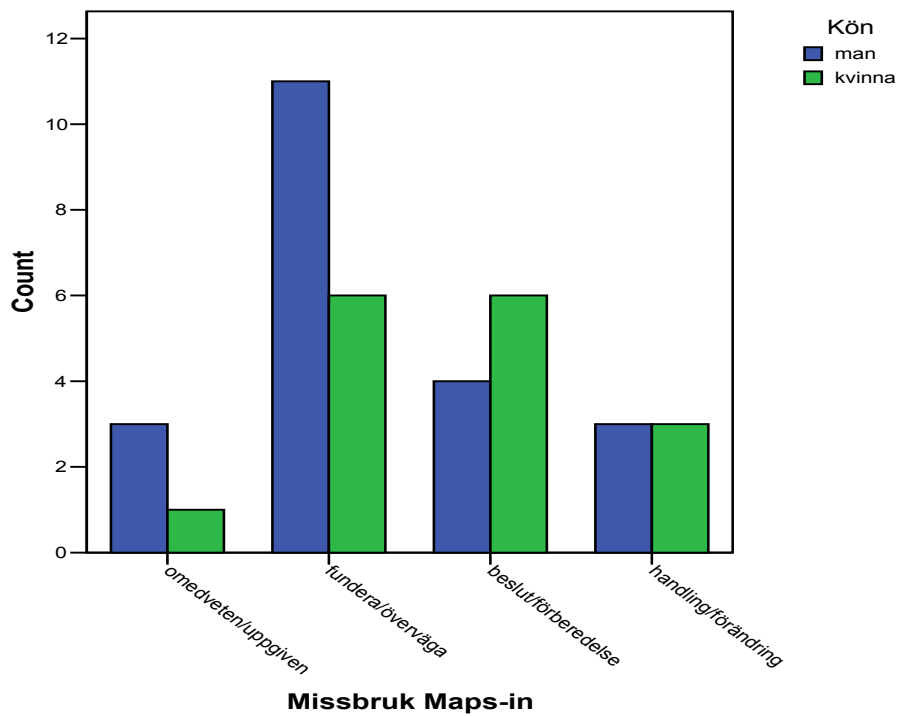


**Diagram 33. Arbete och försörjning, MAPS-in**

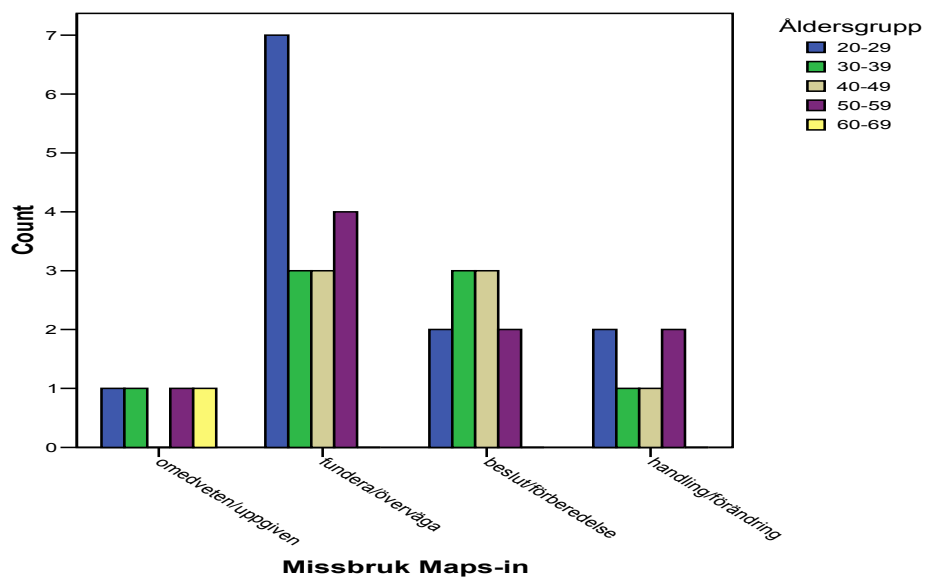


**Diagram 34. Problemdagar de senaste 30 dagarna/ MAPS-in**

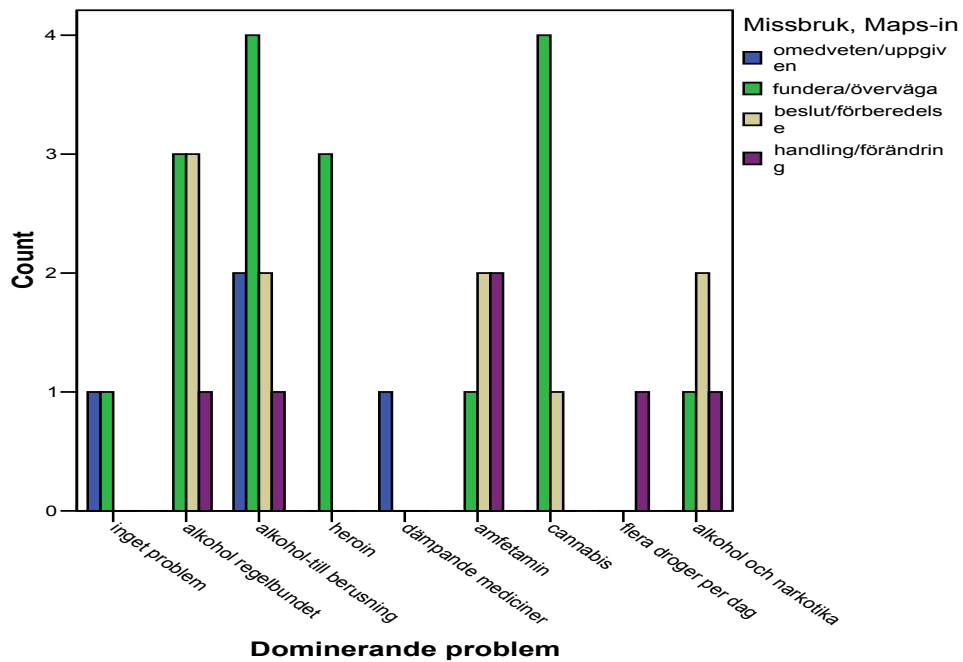
Majoriteten av de intervjuade har upplevt problem med arbete och försörjning de senaste 30 dagarna. Liksom i ovan redovisade problemområden befinner sig majoriteten i fundera/överväga fasen. (Diagram 34)



**Diagram 35. Missbruk, MAPS-in.**

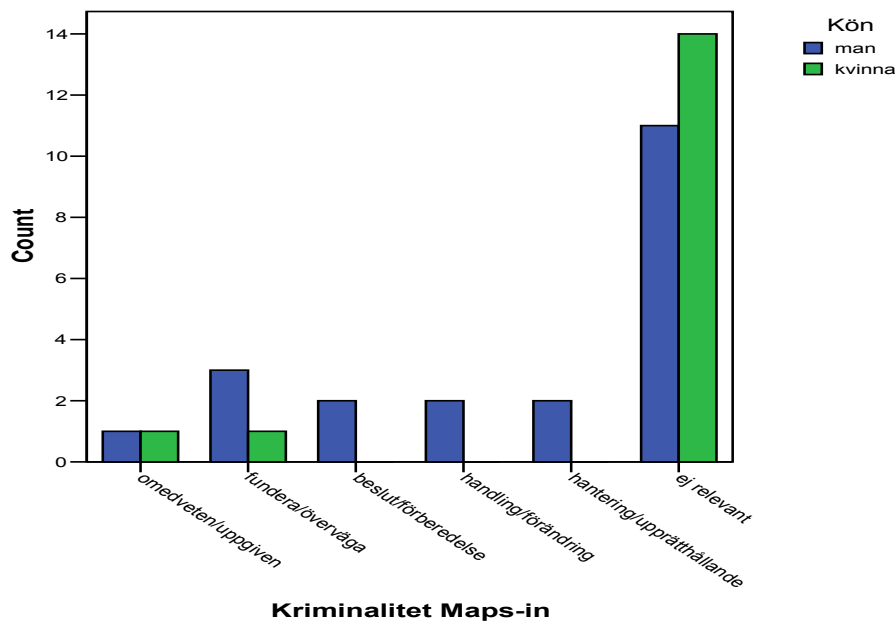


**Diagram 36. Missbruk, MAPS-in / Åldersgrupp**



**Diagram 37. Dominerande problem/ Missbruk MAPS-in**

Även vad gäller missbruk befinner sig de flesta av de intervjuade klinterna i fundera/överväga-fasen. Här finns dock några (10) även i beslutsfasen. (Diagram 35) Männen och den yngre åldersgruppen dominerar i fundera / överväga-fasen. (Diagram 36) Vad gäller preparat, är alkohol för regelbunden användning eller för berusning liksom cannabis de preparat som dominerar i gruppen. Av dem som har uppgivit dessa som dominerande problem, är flera i fundera/överväga-fasen. (Diagram 37)



**Diagram 38. Kriminalitet, MAPS-in**

Trots att över hälften av de intervjuade dömts för olika brott under livstiden, har de flesta inte aktuella problem med kriminalitet. Endast 11 personer i undersökningen befinner sig i någon av förändringsfaserna. (Diagram 38).

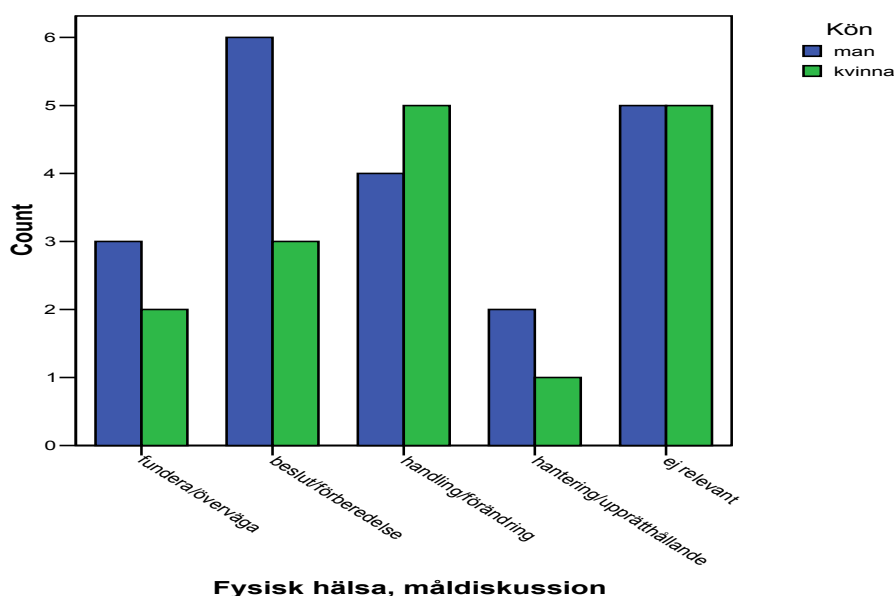
## MAPS-mål

Nästa del i MAPS-intervjun är måldiskussionen, som handlar om vilken fas det är realistiskt för klienten att ha uppnått efter behandling eller vid annan bestämd tidpunkt. Det är klienten som sätter målet. Måldiskussionen innebär ett samtal kring vilka förändringsfaser det är realistiskt att klienten går igenom under vårdtiden, med hjälp av de resurser som enheten har till sitt förfogande. När målen upprättas utgår man ifrån problemtygden från t.ex. ASI-intervjun, huvudsaklig problematik, klientens fas vid MAPS-in, enhetens resurser och tidpunkt.

I måldiskussionen för man ett samtal kring vad som påverkar klientens möjlighet att uppnå målfasen för förändringen. Man diskuterar möjligheter och färdigheter hos klienten och resurser som finns runt klienten samt hinder och begränsningar hos klienten liksom praktiska eller formella hinder.

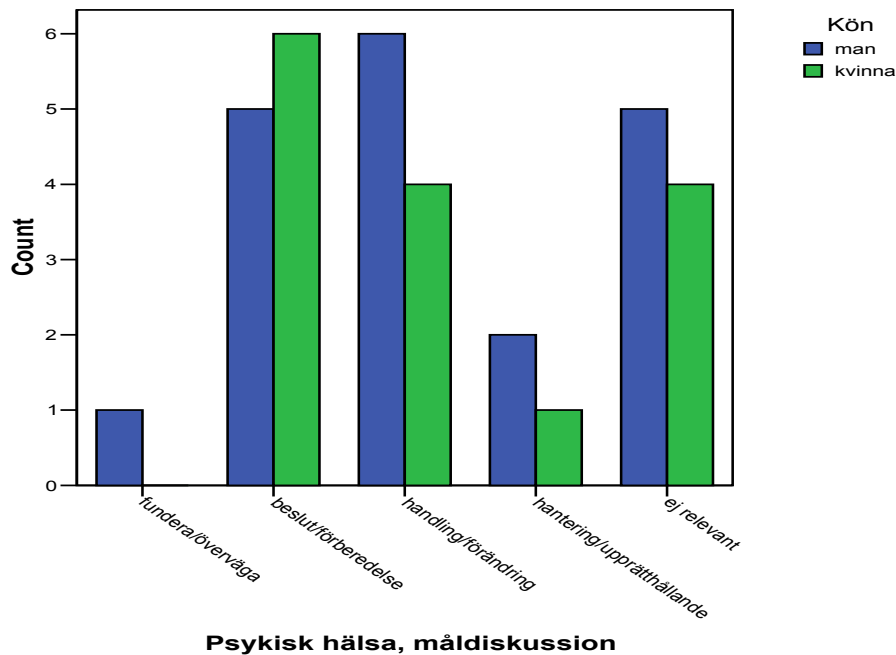
Skillnaden mellan Mål och MAPS-ut utgör ett mått på måluppfyllelse och är en del i kvalitetssäkringen.

Tiden för att komma till mål är för klienterna i denna undersökning mellan fyra och sex månader.



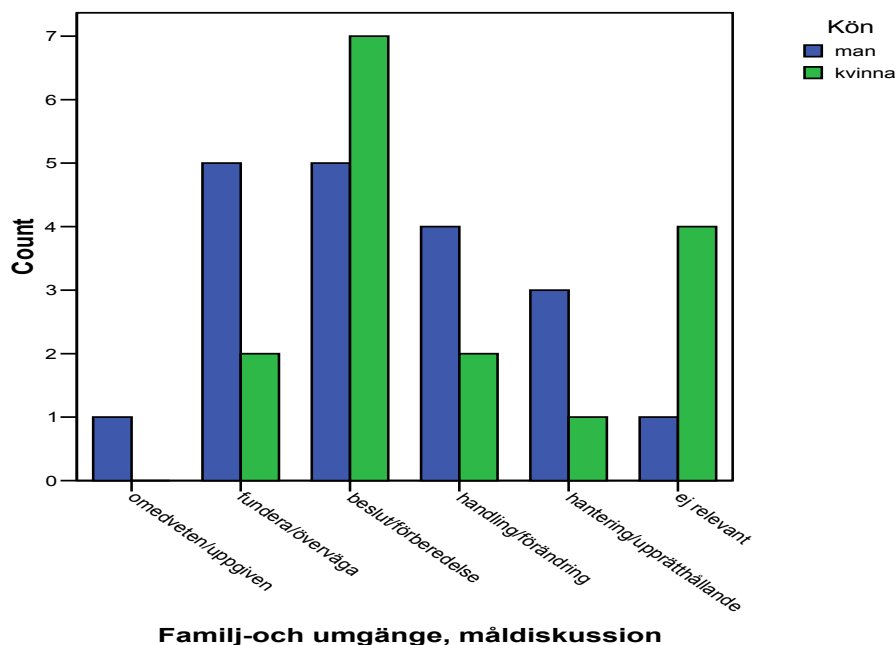
### Diagram 39. Fysisk hälsa, MAPS-mål

Då man tar hänsyn till problemtygnd och tid, är många klienter försiktigt optimistiska kring sina mål vad gäller fysiska hälsoproblem. De som i MAPS-in intervjun befinner sig i omedveten –uppgiven-fas, kan ha som mål att börja fundera vad som kan göras åt de fysiska hälsoproblemen. (Diagram 39)



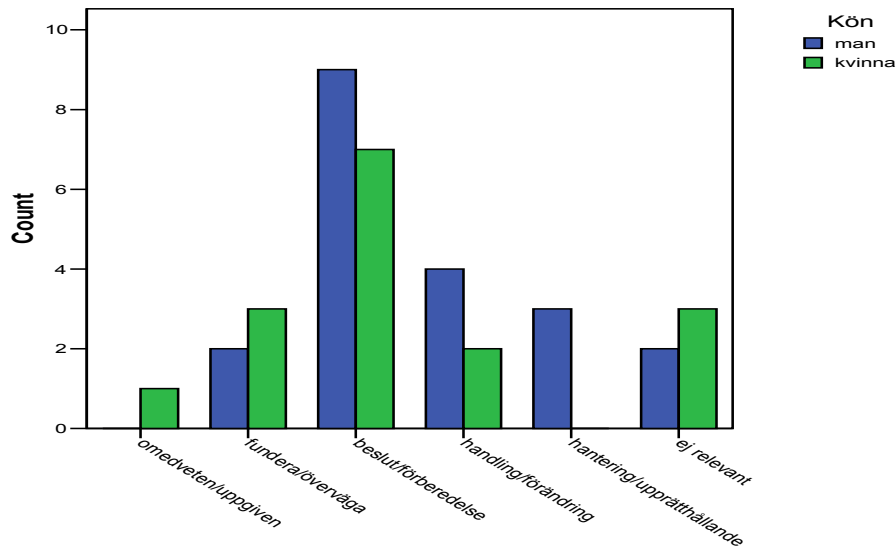
**Diagram 40. Psykisk hälsa, måldiskussion**

Vad gäller psykisk hälsa befann sig de flesta klienter i fundera/ överväga-fasen och satte som mål att komma till beslut och förberedelse eller vara i gång i handling och förändring. En klient har inte velat ange ett mål. I det fallet hade man kunnat ha en diskussion med klienten om att ha som mål att börja fundera över hur man kan lösa problemen. (Diagram 40).



**Diagram 41. Familj och umgänge, MAPS-mål**

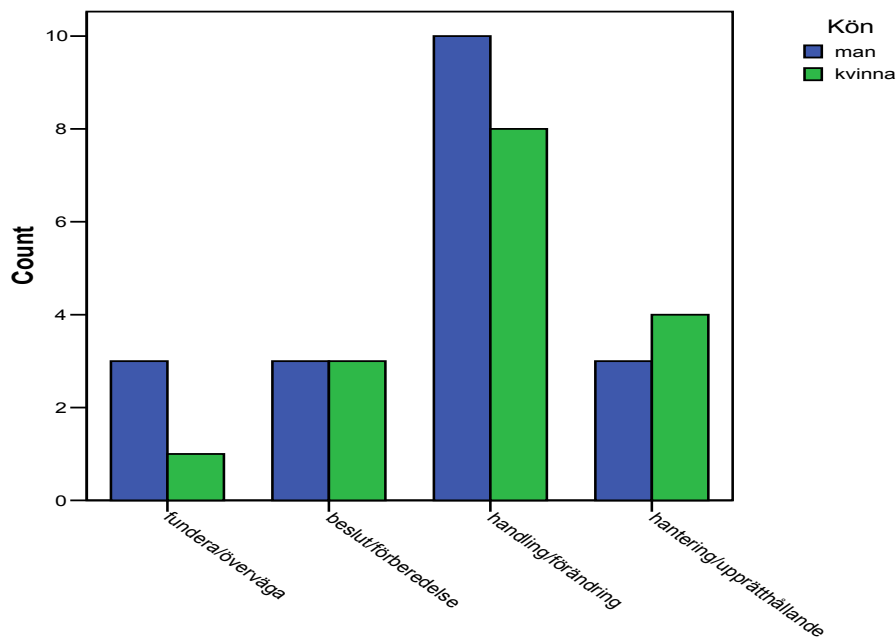
Vad gäller familj- och umgänge, är de flesta klienter ännu mer försiktiga kring hur snabbt de kan komma till en förändring. Många har satt som mål att komma till ett beslut om och börja en förberedelse för förändring. (Diagram 41)



**Arbete och försörjning, måldiskussion**

**Diagram 42. Arbete och försörjning, MAPS-mål**

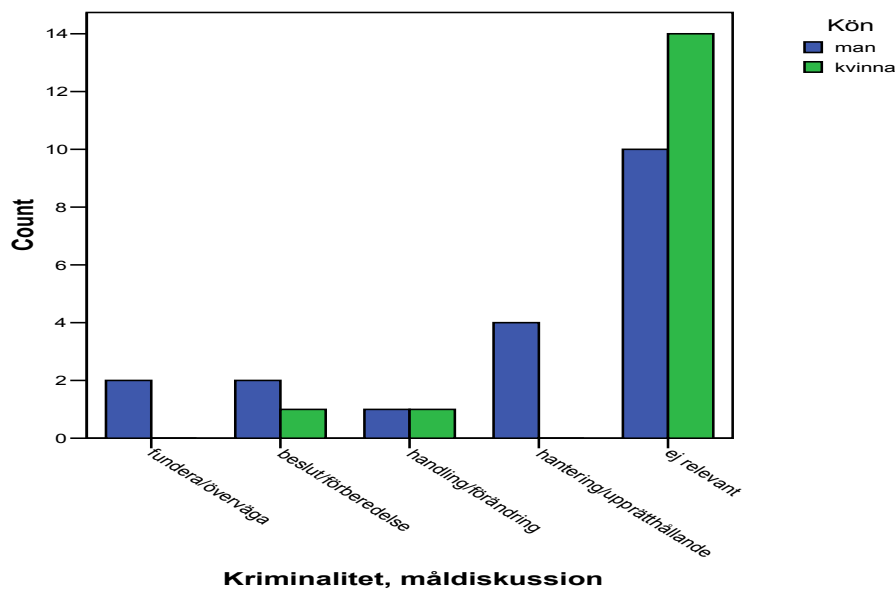
Även i måldiskussion kring arbete och försörjning är klienterna försiktiga med hur snabbt de kan komma till en förändring i sin situation. De flesta sätter som mål att komma till beslut om hur de ska lösa problemet. (Diagram 42)



**Missbruk, måldiskussion**

**Diagram 43. Missbruk, MAPS-in**

Vad gäller missbruk är klienterna mer optimistiska inför möjligheten att uppnå en förändring. Här har de flesta satt som mål att vara igång med missbruksfriheten. (Diagram 43)



**Diagram 44. Kriminalitet, MAPS-in**

Få av klienterna som intervjuats har aktuella problem med kriminalitet. De som har problem, har satt som mål att på något sätt börja fundera på förändring eller att komma vidare till någon av de andra förändringsfaserna. De som i Maps-in intervjun befann sig i hantering-upprätthållande, kan ha satt denna fas som mål: att fortsätta att hantera och upprätthålla ett liv utan kriminalitet. (Diagram 44)

## MAPS-ut

MAPS-utvärderingsintervju har gjorts med klienterna i de fall de avslutat kontakten med Hässelbymottagningen eller avslutat sin behandling. Skäl för avslutande kan vara att klienterna fullföljt behandlingen, avbrutit kontakten på egen hand, att vårdgivaren avbrutit kontakten, klienten har flyttat, vidareremittering eller förflyttning. Hittills har MAPS-ut intervju gjorts på 23 av personerna, 14 män och 9 kvinnor, som ingår i projektet. De 15 återstående som intervjuats genom MAPS-in, är fortfarande kvar i behandling, varför MAPS-ut intervju ännu inte har gjorts. Dessa klienter kommer att intervjuas framöver. Då materialet är litet kan man inte dra några definitiva slutsatser av det, men det ger en indikation om hur det kan se ut och hur man kan använda informationen i MAPS.

Till MAPS-ut intervjun hör även en enhetsbeskrivning. I den finns de insatser som Hässelbymottagningen disponerar, antingen vid enheten, eller via förmedling från enheten. Insatserna är uppdelade efter livsområdena i ASI och livsområdena i sin tur enligt vårdfaserna i MAPS: Omvårdnad, Motivation, Behandling och Eftervård.

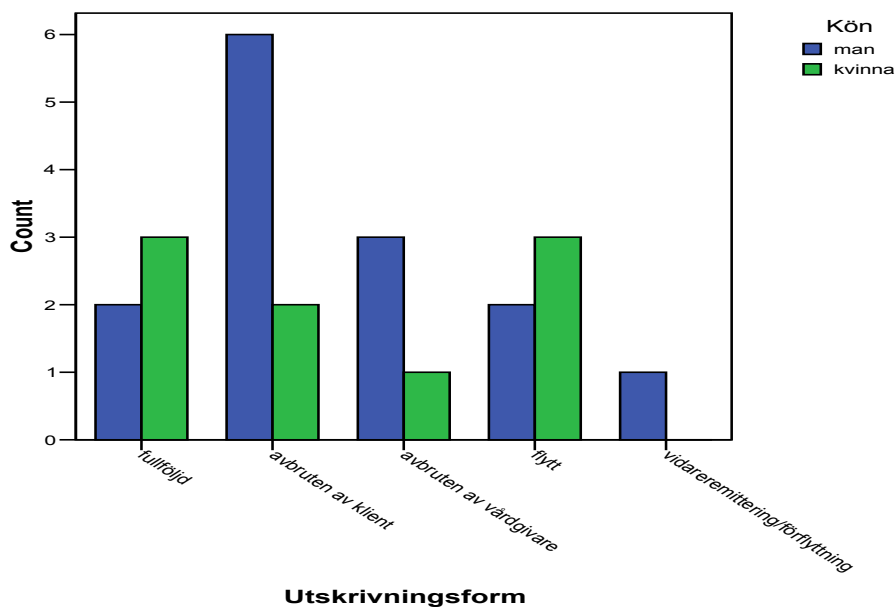


Här noteras vilka insatser klienten har tagit del av, antingen på enheten eller förmedlade via enheten. Klienten skattar hur dessa insatser påverkat hennes/hans förmåga att hantera problem enligt en skala:

- 0: Ingen påverkan
- 1: Mycket negativt
- 2: Negativt
- 3: Negativt och positivt
- 4: Positivt
- 5: Mycket positivt

En bedömning görs angående vilken förändringsfas klienten befinner sig i vid utskrivnings- eller utvärderingstillfället.

Av diagrammen nedan framgår att hittills har åtta personer själva avbrutit insatsen. För fem av personerna har insatsen avbrutits av vårdgivaren. Fem av de intervjuade har fullföljt behandlingen och fem har flyttat till annan kommun eller stadsdel och därmed avslutat insatsen på Hässelbymottagningen. (Diagram 45) Av åldersfördelningen framgår att de yngre av de intervjuade klienterna antingen avbrutit insatsen eller flyttat. (Diagram 46) När man jämför var klienterna befann sig i MAPS-in intervjun vad gäller missbruk, visar det sig att de som hade beslutat sig för en förändring och de som var i gång med en förändring vad gäller missbruket, var de som fullföljde behandlingen. (Diagram 47)



**Diagram 45. Utskrivningsform**

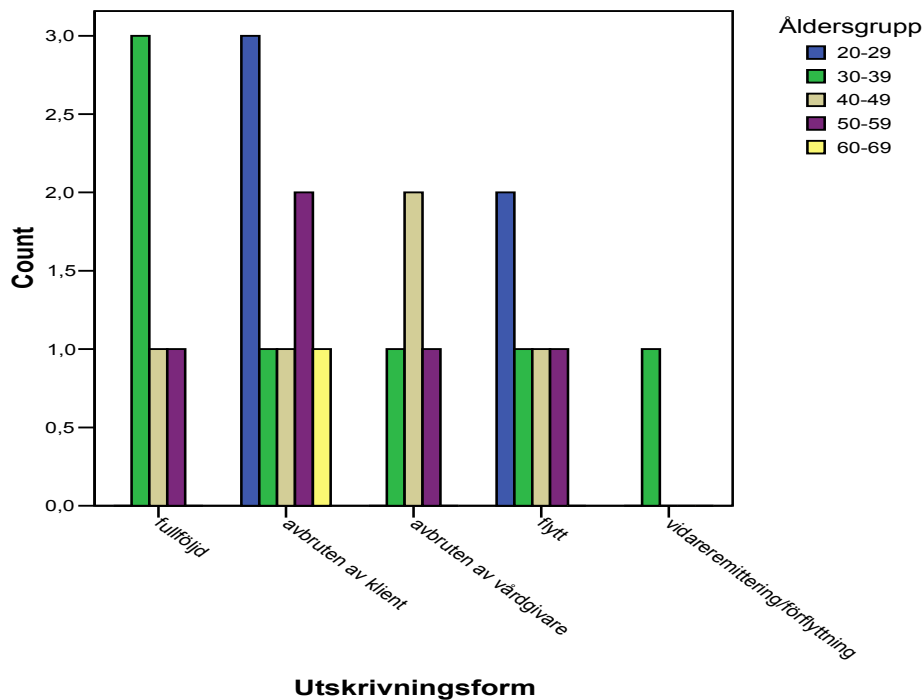


Diagram 46. Utskrivningsform/ Åldersgrupp

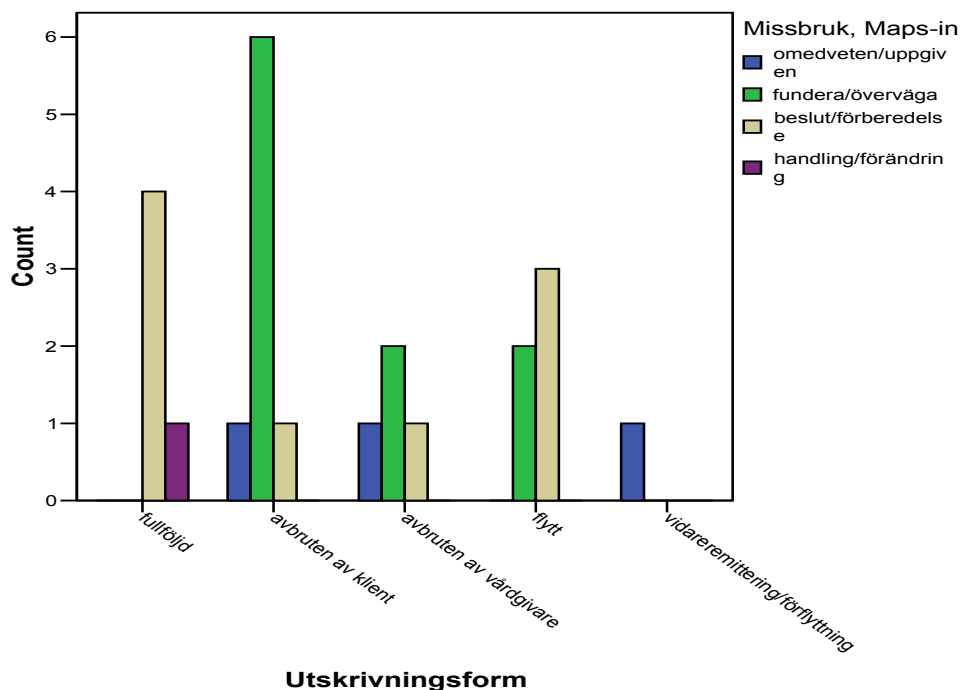
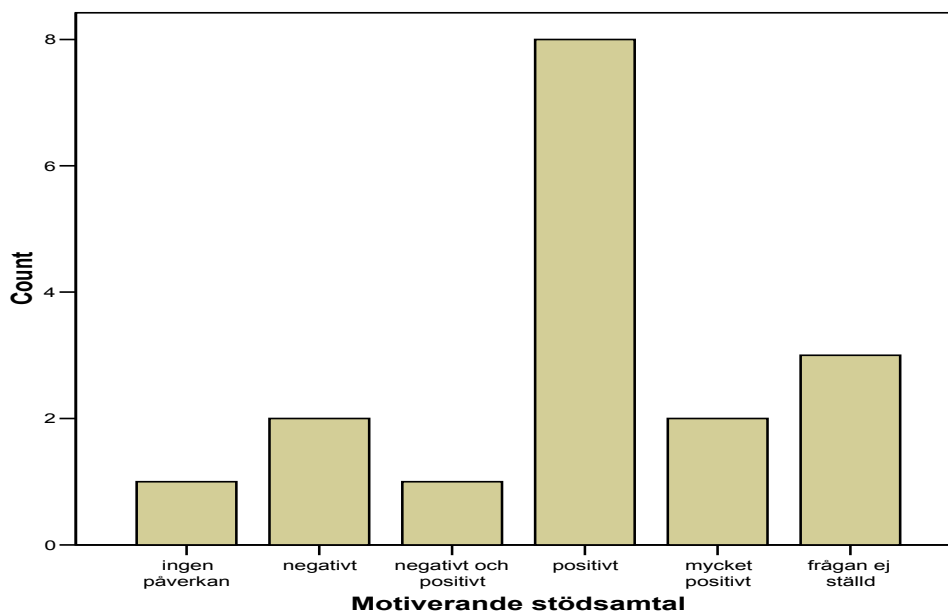


Diagram 47. Utskrivningsform/ Missbruk, MAPS-in

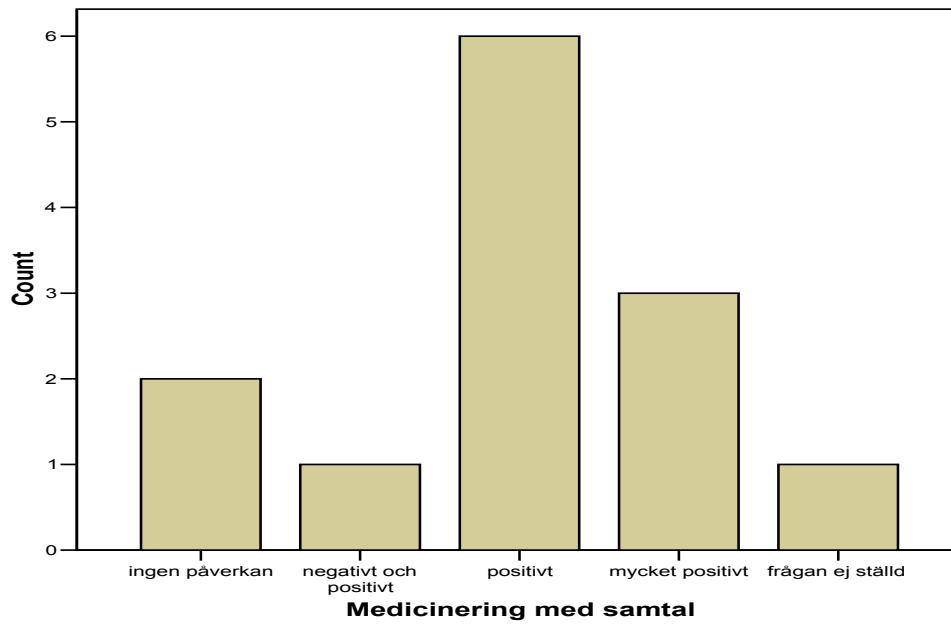
De vanligaste insatserna som klienterna tagit del av genom Hässelbymottagningen har varit avgiftning i öppenvård (13 personer), motiverande stödsamtal (17 personer) och

medicinering med samtal (13 personer). Andra insatser som flera klienter tagit del av har varit inställning till psykiatrisk medicinering, hjälp med myndighetskontakter, motivationsgrupp, sysselsättningsplanering och avgiftning i slutenvård. En klient kan ha tagit del av flera olika insatser under behandlingstiden. Endast en klient av de hittills intervjuade i MAPS-ut, har varit placerad på behandlingshem.

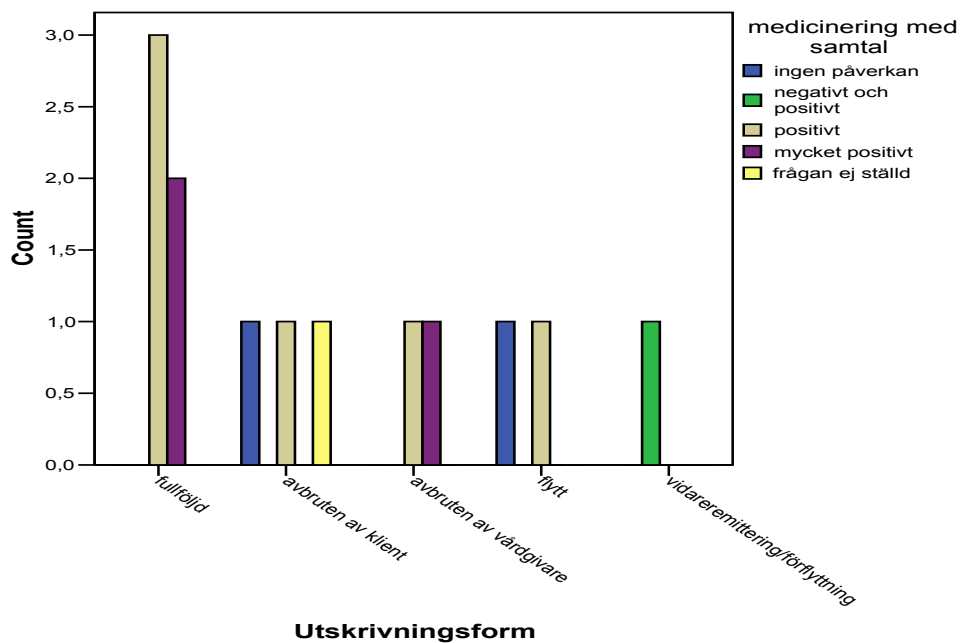
Överlag har klienterna varit positiva i sina skattningar vad gäller den individuella öppenvårdskontakten på Hässelbymottagningen. Mer blandade skattningar ger t.ex. de som genomgått motivationsgruppen: 3 är positiva eller mycket positiva och tre har skattat positivt och negativt eller ingen påverkan. I diagrammen 48 och 49 nedan visas hur klienterna skattat motiverande stödsamtal (stödsamtal med socialsekreterare) och medicinering med samtal (hos sjuksköterska). De som avslutats efter fullföljd vård har överlag varit mer positiva i sin skattning än de som avbrutit. Exempel: Diagram 50



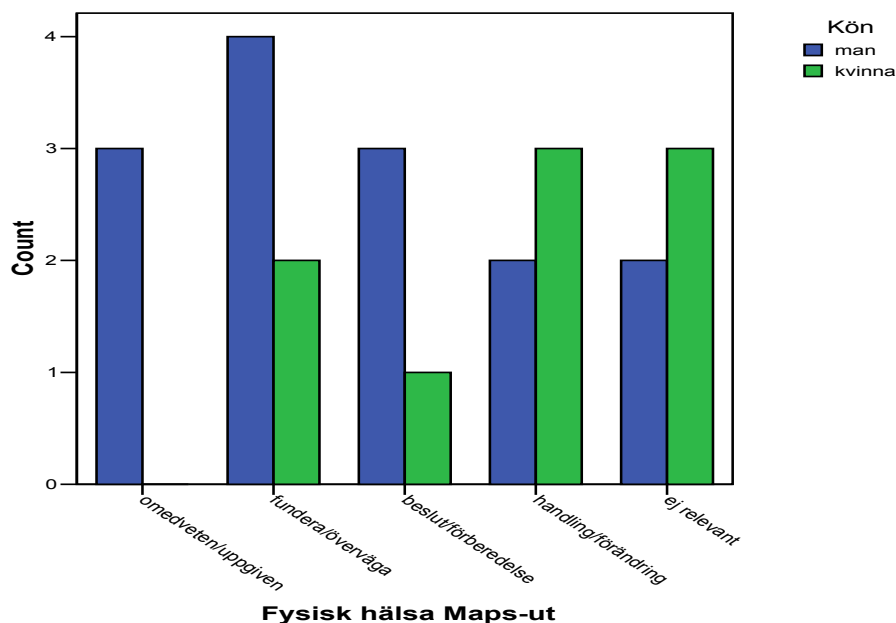
**Diagram 48. Motiverande stödsamtal** Tre personer har haft motiverande stödsamtal men har inte kunnat tillfrågas om insatsen.



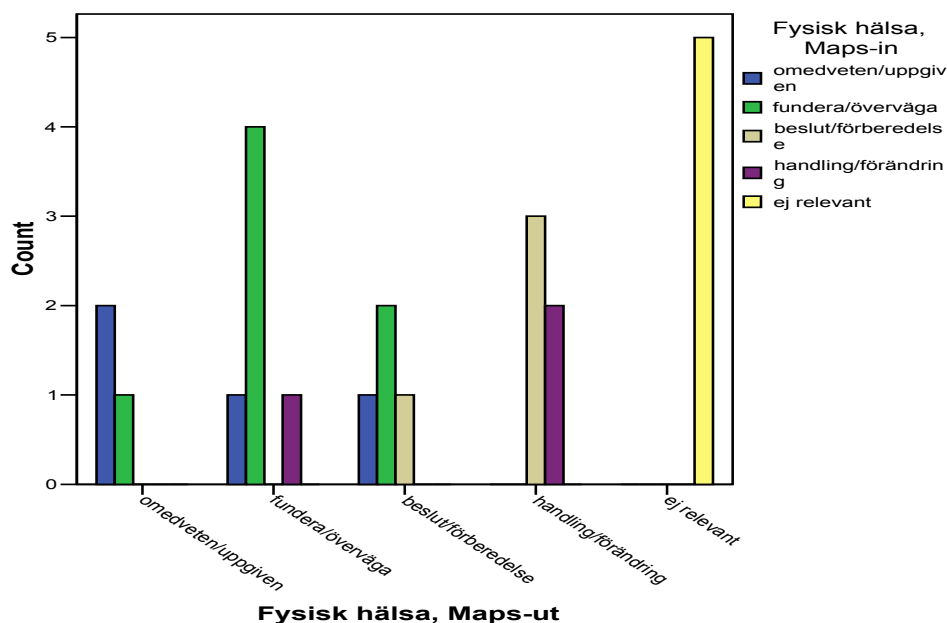
**Diagram 49. Medicinering med samtal.**



**Diagram 50. Utskrivningsform/ Medicinering med samtal.** De som fullföljt behandlingen har skattat positiv eller mycket positiv påverkan av kontakten med sjuksköterska kombinerat med medicinering.

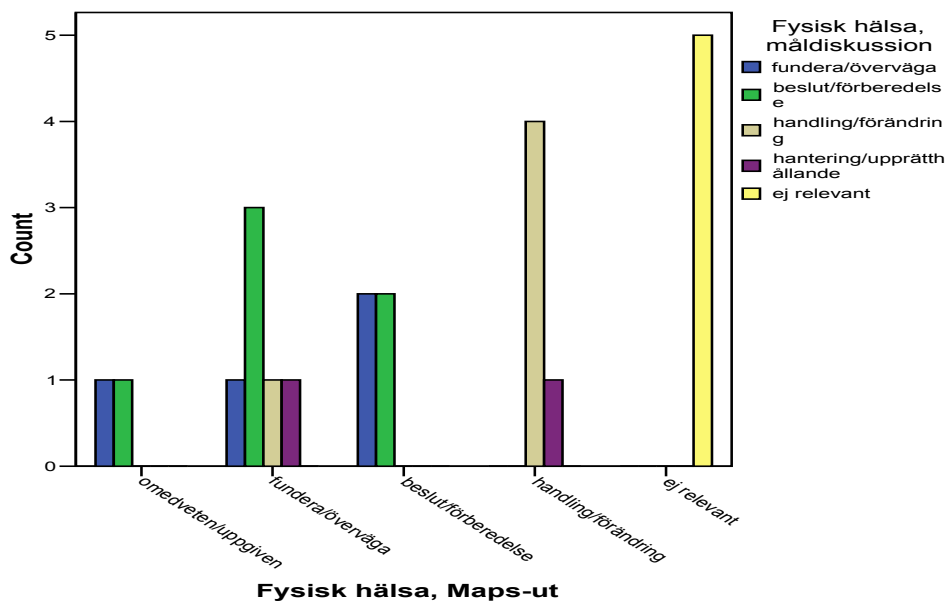


**Diagram 51. Fysisk hälsa MAPS-ut**



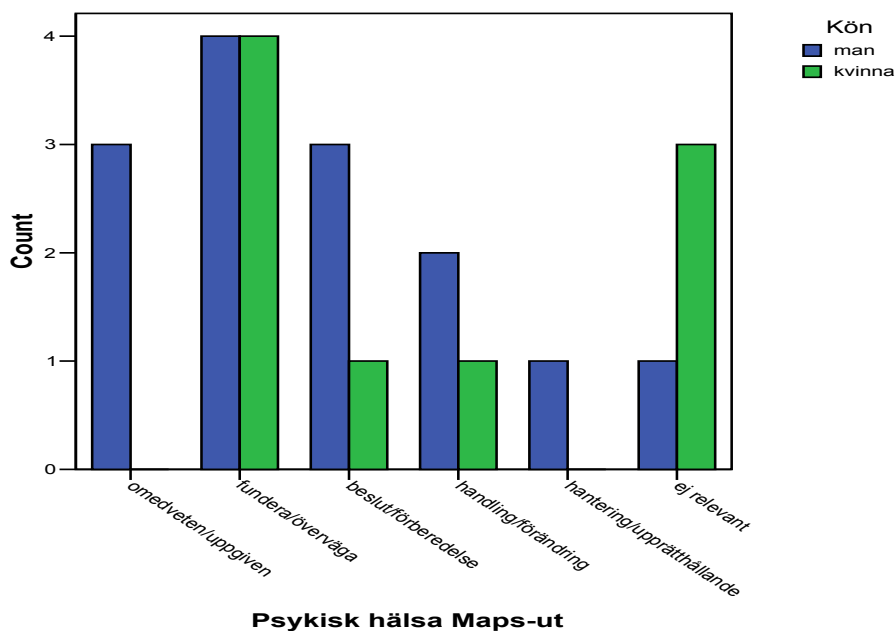
**Diagram 52. Fysisk hälsa/ MAPS-in**

Flera av de intervjuade har varit försiktiga i sin bedömning av problemen med fysisk hälsa. Vid en jämförelse t.ex. mellan in- och ut-intervju ser man att 2 personer är kvar på omedveten/uppgiven och en person har backat från fundera/överväga. 3 personer som i inledande intervjun befann sig i beslut/förberedelse, har kommit till handling/ förändring vad gäller fysiska hälsoproblem. Sju personer av arton som uppgivit att de vill göra en förändring vad gäller fysiska hälsoproblem, har tagit ytterligare ett steg i förändringsprocessen. (Diagram 52)

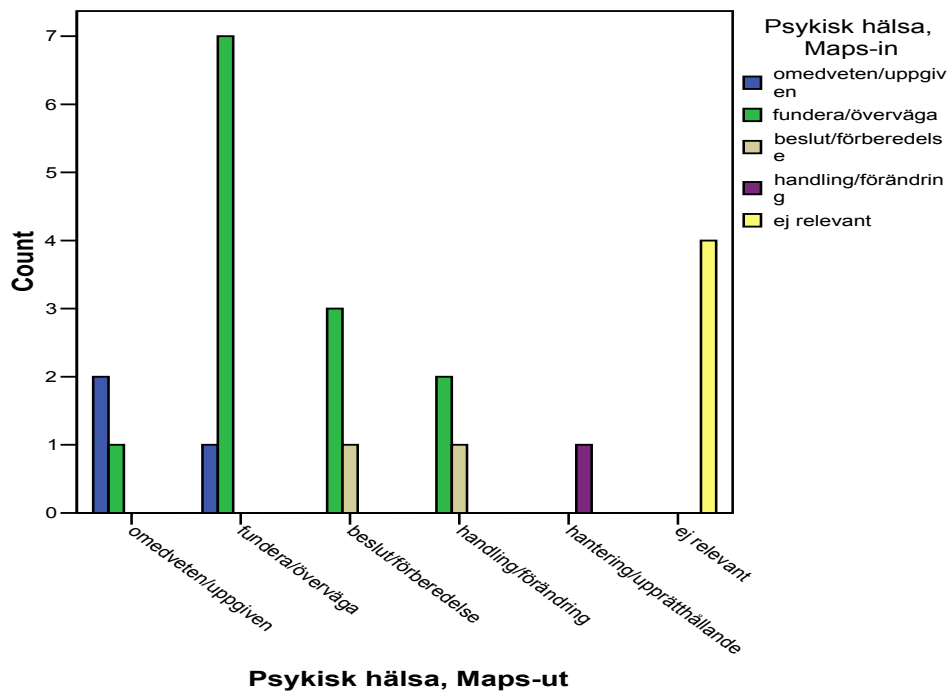


**Diagram 53. Fysisk hälsa, MAPS-ut/ MAPS-mål**

I en jämförelse i differensen mellan Måldiskussion och Maps-ut ser man att 7 personer som haft fysiska hälsoproblem har nått sina mål. 1 nådde fundera/överväga, 2 gick till beslut/förberedelse och 4 till handling/förändring. (Diagram 53)

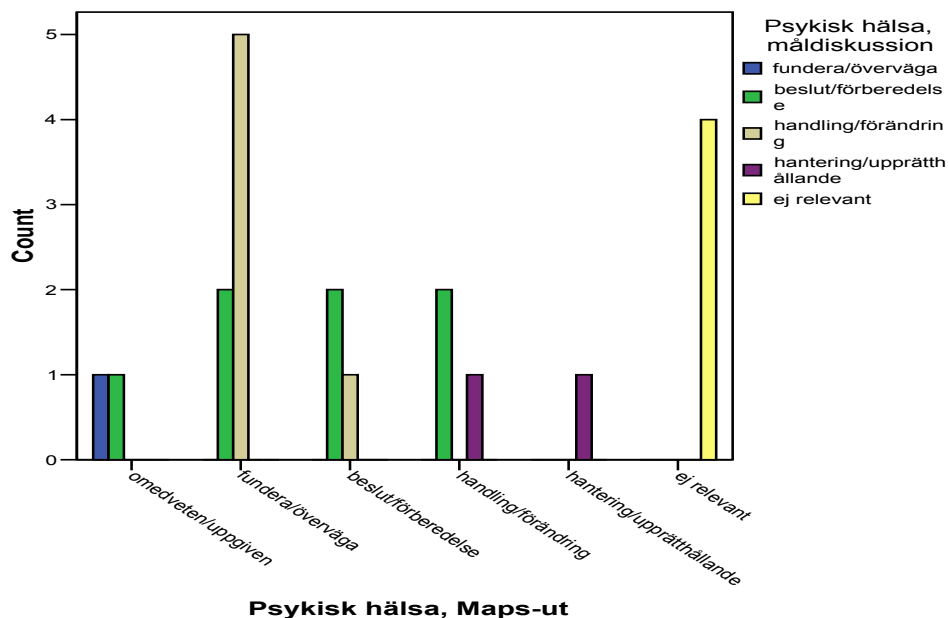


**Diagram 54. Psykisk hälsa, MAPS-ut**



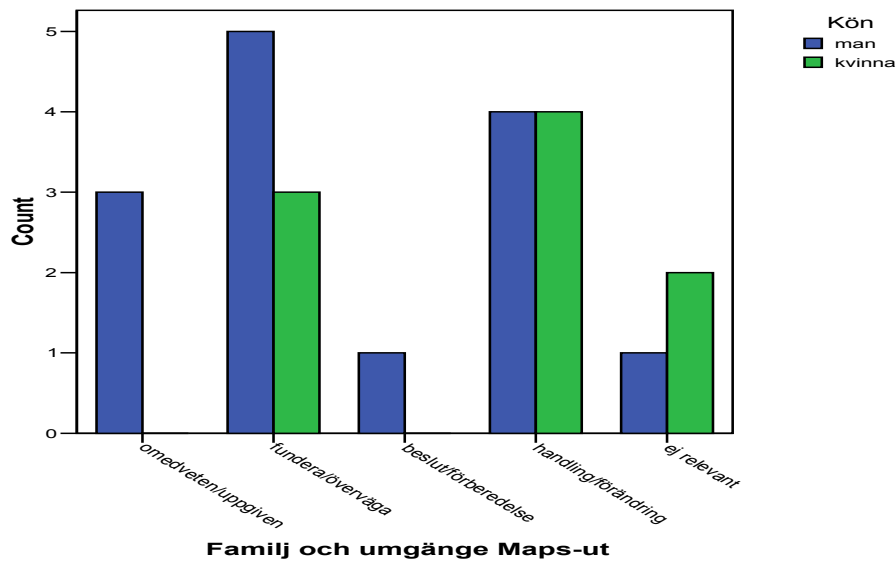
**Diagram 55. Psykisk hälsa, MAPS-ut/ MAPS-in**

Även vad gäller psykiska hälsoproblem, har flertalet visat försiktighet i sina planeringar. 7 personer som funderade och övervägde hur de skulle lösa sina psykiska hälsoproblem i den inledande intervjun var alltså i fundera/överväga fasen i Maps-ut intervjun. 8 personer av 19 har gått kommit till nästa fas från Maps-in intervjun. (Diagram 55)

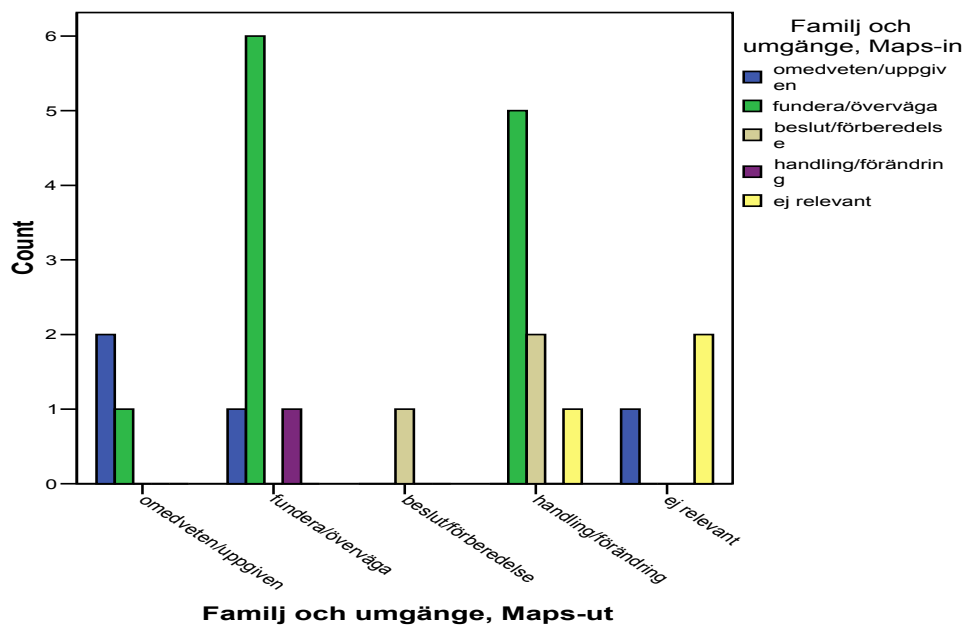


**Diagram 56. Psykisk hälsa, MAPS-ut/ MAPS-mål**

7 personer av de 19 intervjuade som upplevt problem med psykisk hälsa har nått sina mål eller kommit längre. (Diagram 56)



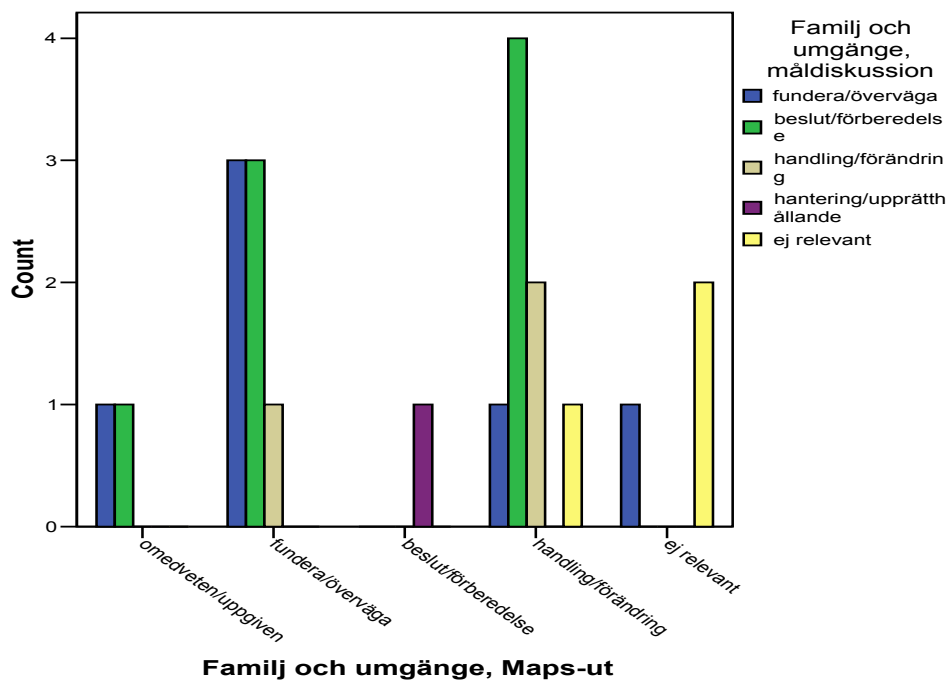
**Diagram 57. Familj och umgänge, Maps-ut**



**Diagram 58. Familj och umgänge, MAPS-ut/ MAPS-in**

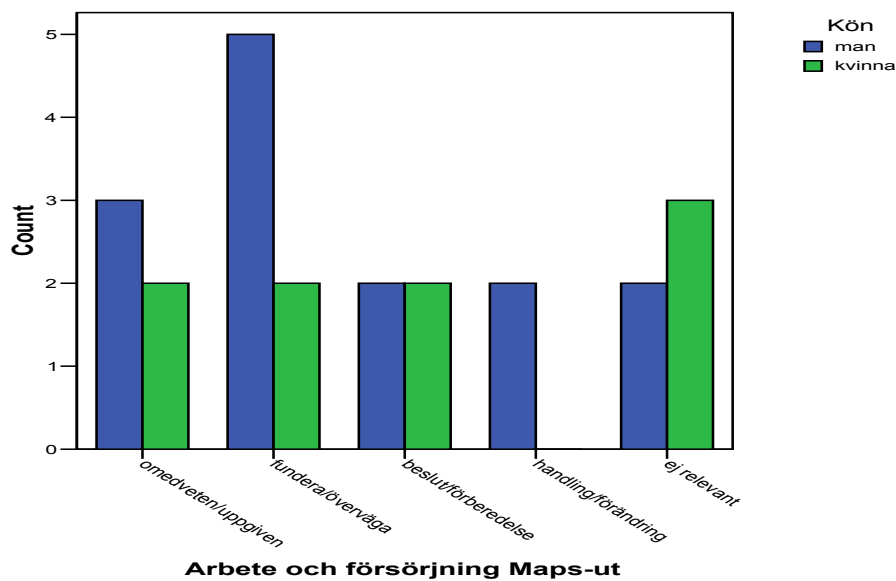
Vid en jämförelse med Maps-in, ser man framför allt att flera av de intervjuade kvinnorna kommit vidare med att lösa problemen vad gäller familj och umgänge. 9 av de 20 intervjuade som uppgett problem med familj och umgänge hade avancerat en eller flera faser. (Diagram 58)



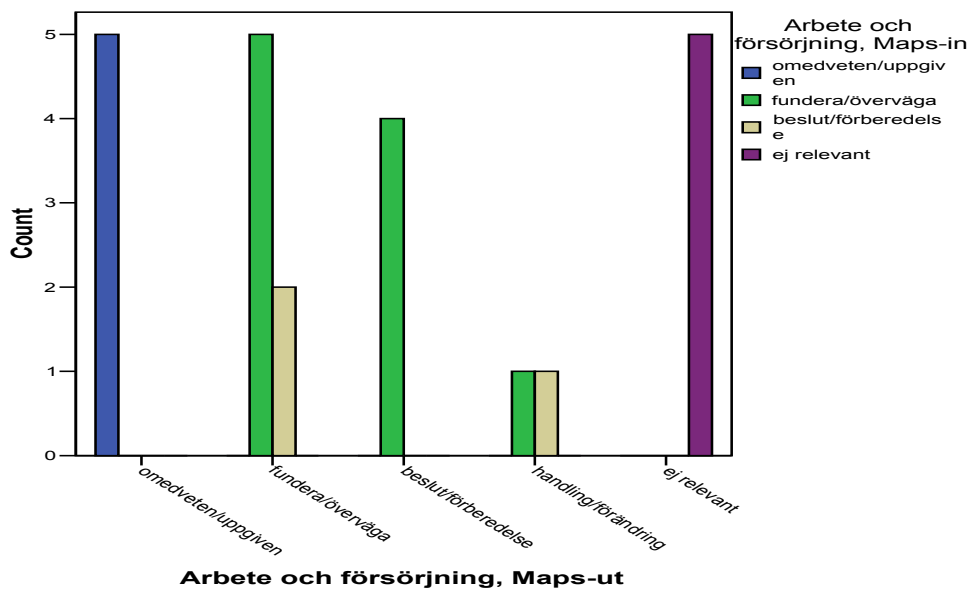


**Diagram 59. Familj och umgänge, MAPS-ut/ MAPS-mål**

I jämförelse mellan Måldiskussion och Maps-ut intervju ser man att 9 personer av 20 nått de mål de satt eller kommit ännu längre. (Diagram 59)

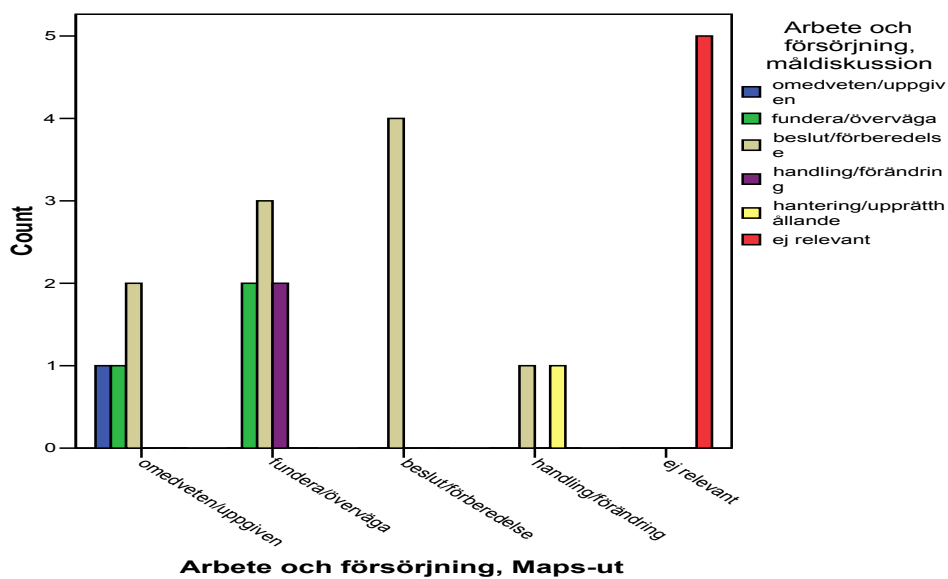


**Diagram 60. Arbete och försörjning, MAPS-ut**



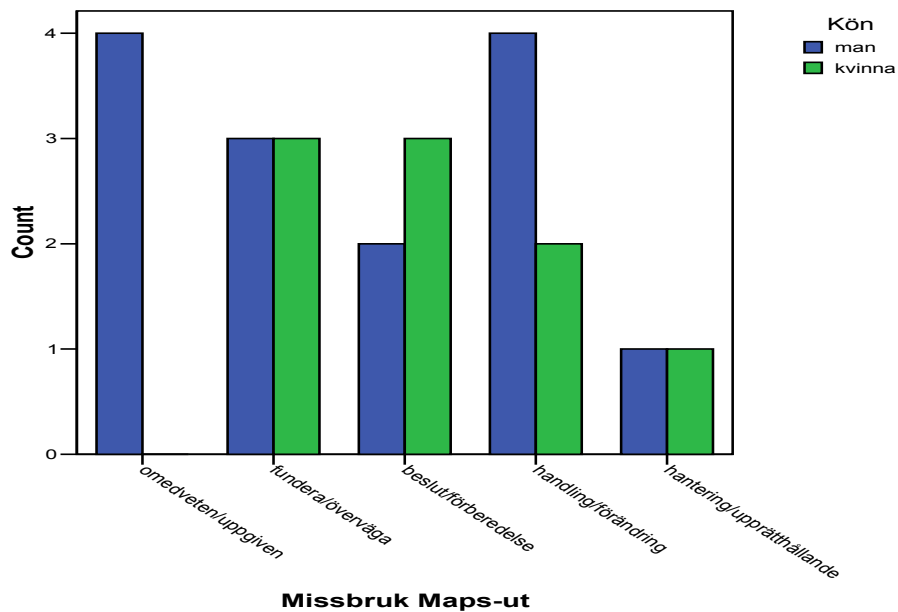
**Diagram 61. Arbete och försörjning, MAPS-ut/ MAPS-in**

Arton personer av de som intervjuats i Maps-ut har uppgett problem med arbete och försörjning. Sex av dessa har gått vidare till beslut eller handling/förändringsfasen. (Diagram 61)

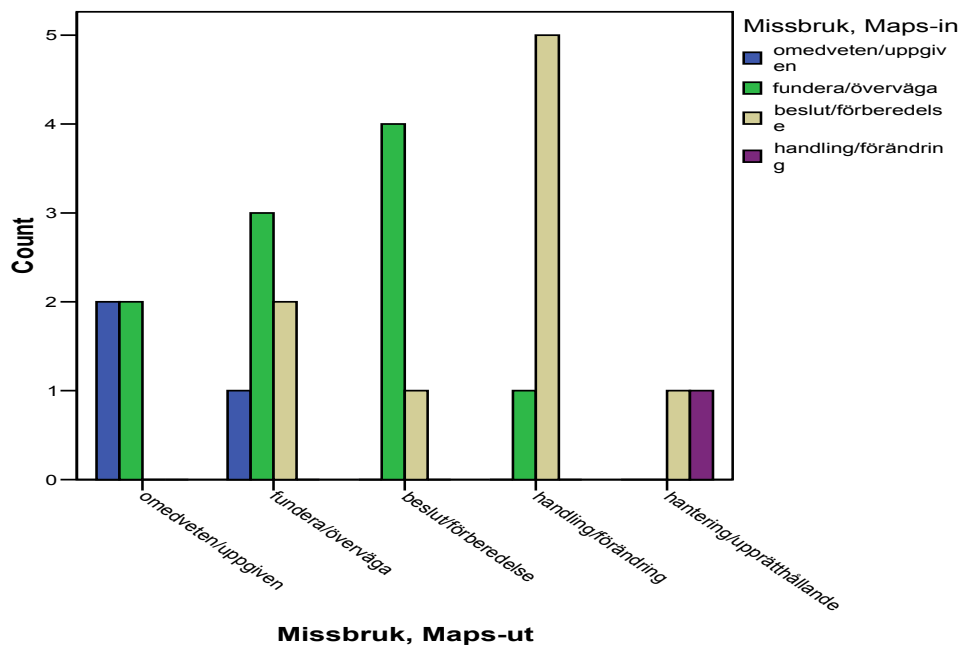


**Diagram 62. Arbete och försörjning, MAPS-ut/ MAPS-mål**

Sju av de arton intervjuade som uppgett problem med arbete och försörjning har nått de mål de satt upp i måldiskussionen. (Diagram 62)

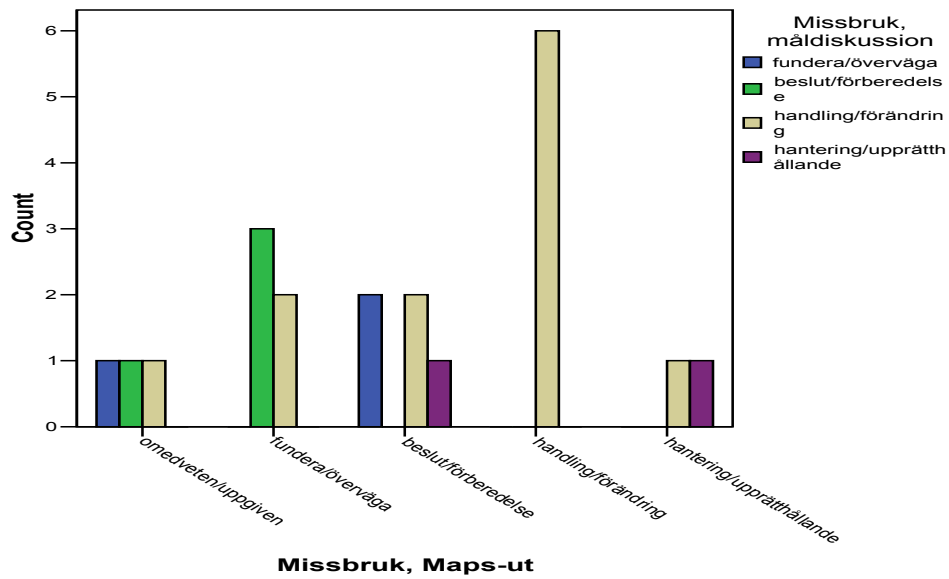


**Diagram 63. Missbruk, MAPS-ut**



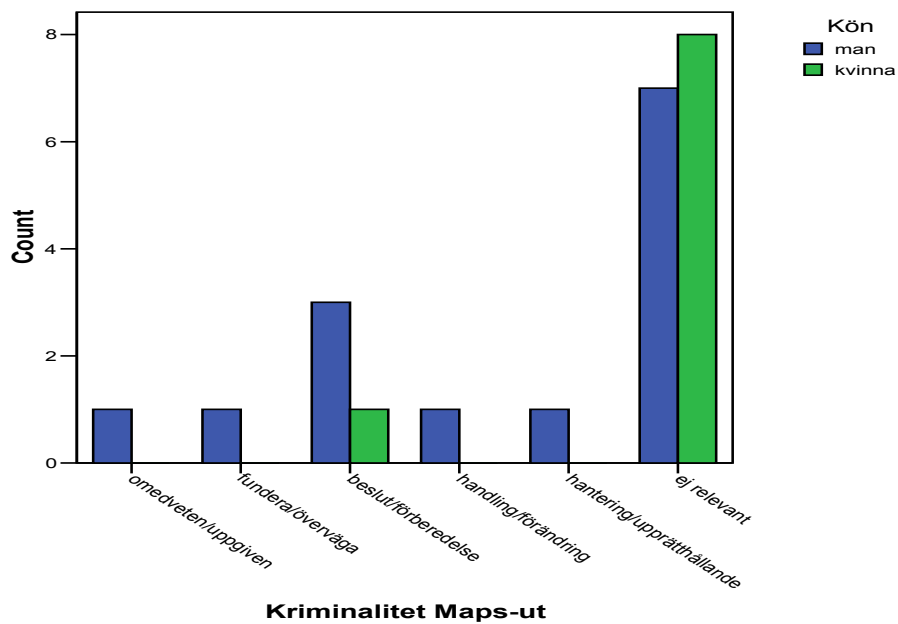
**Diagram 64. Missbruk, MAPS-ut/ MAPS-in**

13 personer av 23 intervjuade har gått vidare en eller två förändringsfaser vad gäller missbruk vid en jämförelse mellan Maps-in och Maps-ut intervju. (Diagram 64)

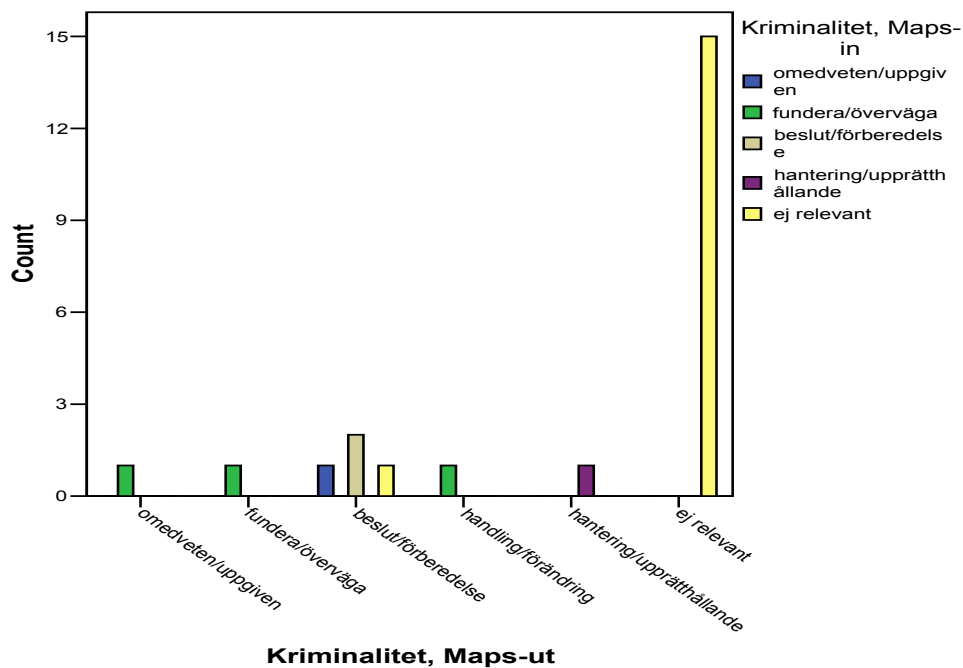


**Diagram 65. Missbruk, MAPS-ut/ MAPS-mål**

10 personer av 21 intervjuade har nått de mål de satt eller kommit längre.  
(Diagram 65)

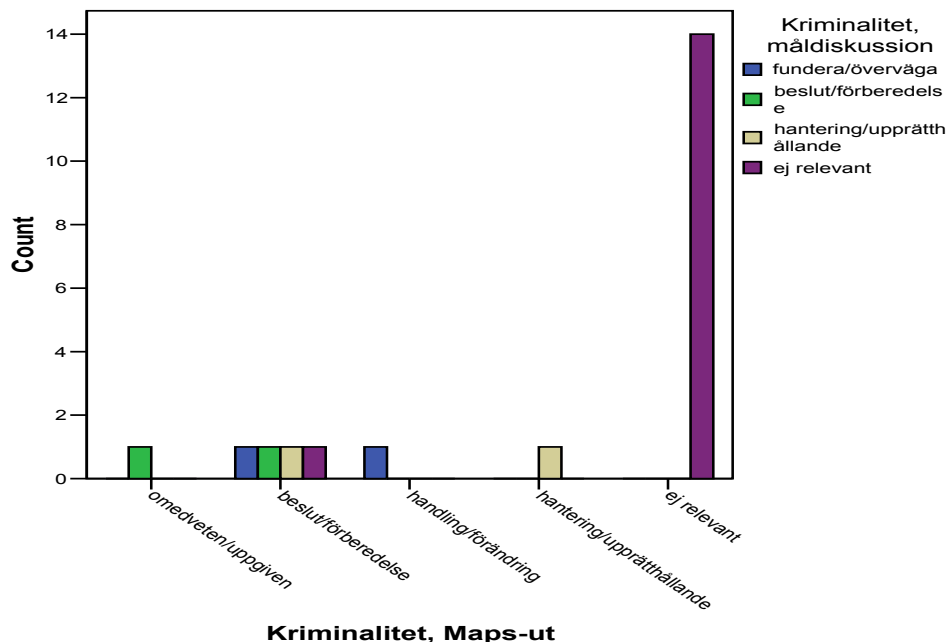


**Diagram 66. Kriminalitet, MAPS-ut**



**Diagram 67. Kriminalitet, MAPS-ut/ MAPS-in**

Tre av åtta personer, som i MAPS-in intervjun uppgivit problem med kriminalitet eller juridiska problem har gått vidare en eller flera faser. En person har återfallit i kriminalitet och är i beslutsfas från att initialt inte ha haft aktuella problem med kriminalitet. En person har fortsatt att hantera och upprätthålla ett liv utan kriminalitet. (Diagram 67)



**Diagram 68. Kriminalitet, MAPS-ut/ MAPS-mål**

Fyra personer av sju intervjuade har nått det mål de satt upp i måldiskussionen eller kommit längre. (Diagram 68)

## Maps-uppföljningsintervjuerna

I Maps-uppföljningsintervjun går man igenom varje livsområde och frågar om det förekommit problem inom området, om problemen förändrats under uppföljningsperioden jämfört med motsvarande tidsperiod före vårdtillfället och om man fått några insatser eller stöd och hjälp för problemen. Klienten skattar också hur givet stöd påverkat förmågan att hantera problemen. Samma skattningsskala används som i MAPS-utdelen. Därefter görs tillsammans en bedömning av vilken förändringsfas klienten befinner sig i vid det aktuella uppföljningstillfället.

Maps-uppföljningsintervjuer har gjorts 4-6 månader efter avslutad behandling. Hittills har 11 personer kunnat intervjuas. Av dem som *inte* har intervjuats trots avslutad behandling har 3 personer flyttat och inte kunnat nås, 1 person avtjänar ett längre fängelsestraff, 1 person har inte kunnat nås av okänd orsak och 6 personer har nyligen avslutats. Dessa 6 kommer att intervjuas längre fram.

Av de 11 intervjuade klienterna har samtliga påbörjat planerad behandling. Fyra klienter har sedan fullföljt erbjuden vård, 2 har flyttat till annan ort före avslutandet av behandlingen, 2 har själva avbrutit pågående behandling men gått med på att bli intervjuade och 3 har av vårdgivaren ombetts lämna behandlingen. Dessa 5 klienter som avbrutit har ånyo sökt kontakt med Hässelbymottagningen och då intervjuats.

I diagrammen nedan redovisas klienternas förändringsfas vid uppföljningstillfället. Data som beskriver *fysisk hälsa* visar att av de 11 intervjuade befinner sig 6 stycken alltjämt i fasen fundera/överväga. Här finns klienter med t. ex. tandläkarskräck och viktproblem. Tre hanterar sina problem som förväntat. (Diagram 69)

Inom området *psykisk hälsa* är 5 klienter aktiva i åtgärder som skall förbättra deras situation. (Diagram 70)

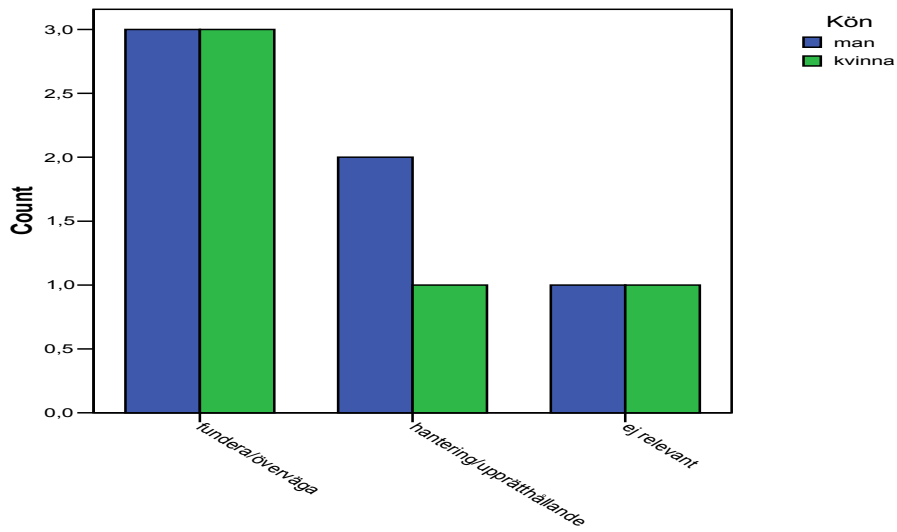
Området *familj och umgänge* innefattar inte bara förhållandet mellan klienten och dennes närmaste utan även individuella kontakter med andra missbrukare. En ambivalent inställning till att överge missbrukarvärlden är här en bidragande orsak till att 5 klienter alltjämt tvekar att uppvisa en resolut handlingsstrategi, som dock 4 av klienterna accepterat. (Diagram 71)

*Arbete och försörjning* uppvisar lika många (4) som alltjämt är tveksamma som beslutat sig för handling. Samhällsåtgärder av olika slag spelar givetvis alltjämt den största rollen för dessa klienters möjlighet att hitta meningsfulla sysselsättningar. (Diagram 72)

Området *missbruk* uppvisar hela 8 klienter som är i aktiv förändringsfas. De 3 övriga hör till dem som avbröt planerad behandling och nu återvänt. (Diagram 73)

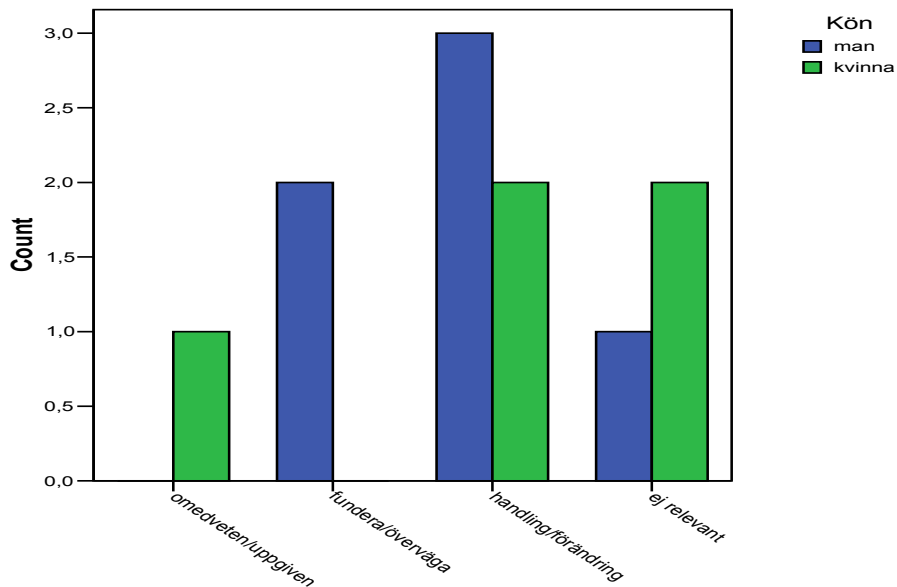
*Kriminalitet* saknade relevans för 7 av klienterna vid uppföljningen. (Diagram 74)

*Ytterligare bearbetning av insamlade projekt data planeras och kommer att publiceras.*



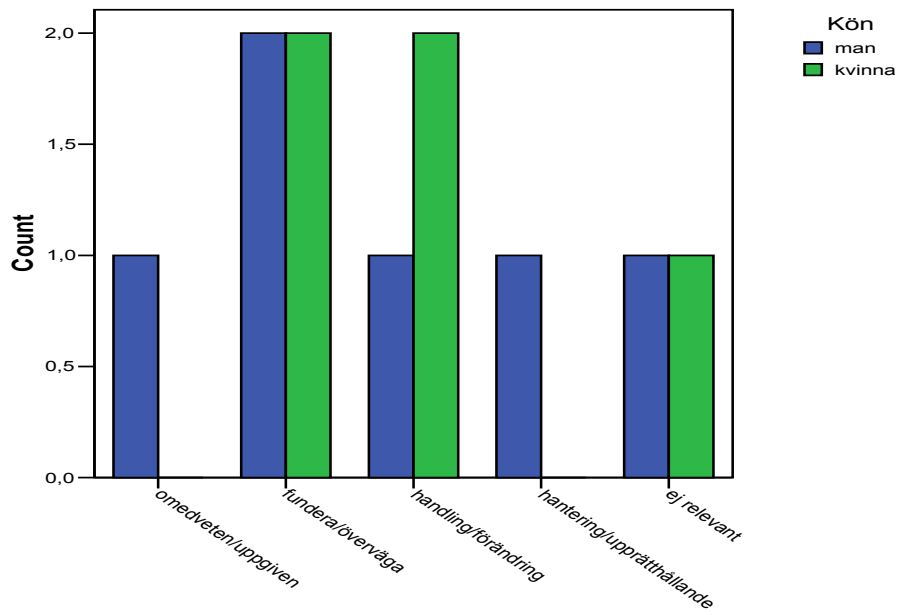
**Fysisk hälsa, Maps-uppföljning**

**Diagram 69. Fysisk hälsa, MAPS-uppföljning**



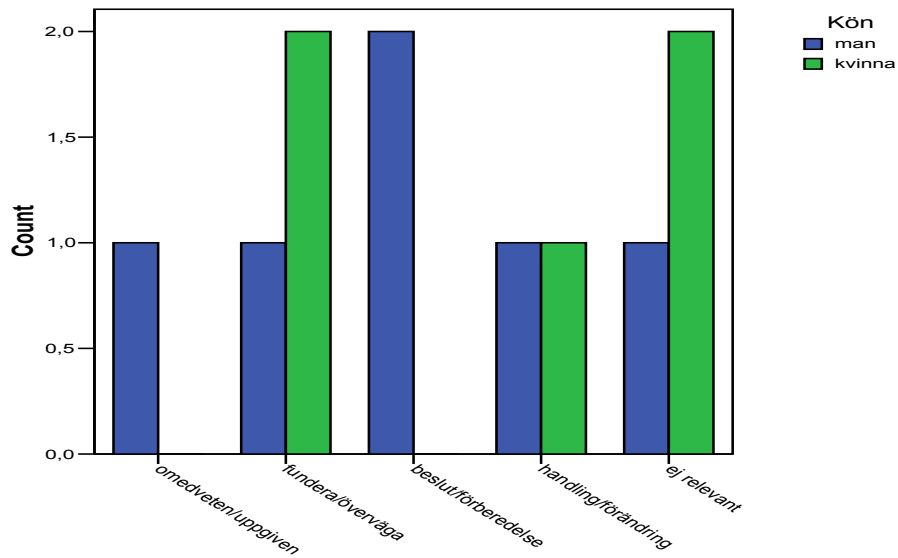
**Psykisk hälsa, Maps-uppföljning**

**Diagram 70. Psykisk hälsa, MAPS-uppföljning**



**Familj och umgänge, Maps-uppföljning**

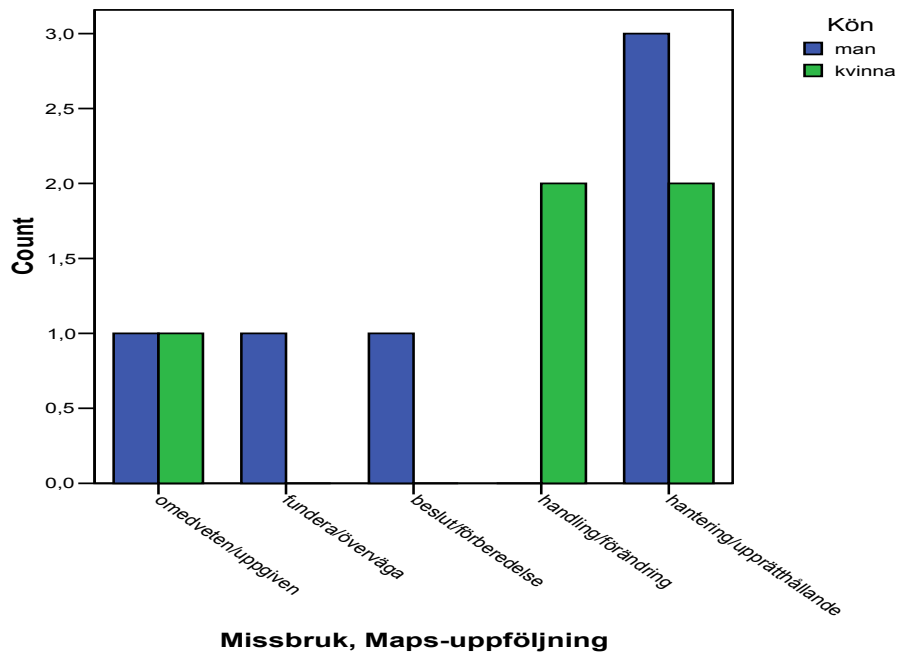
**Diagram 71. Familj och umgänge, MAPS-uppföljning**



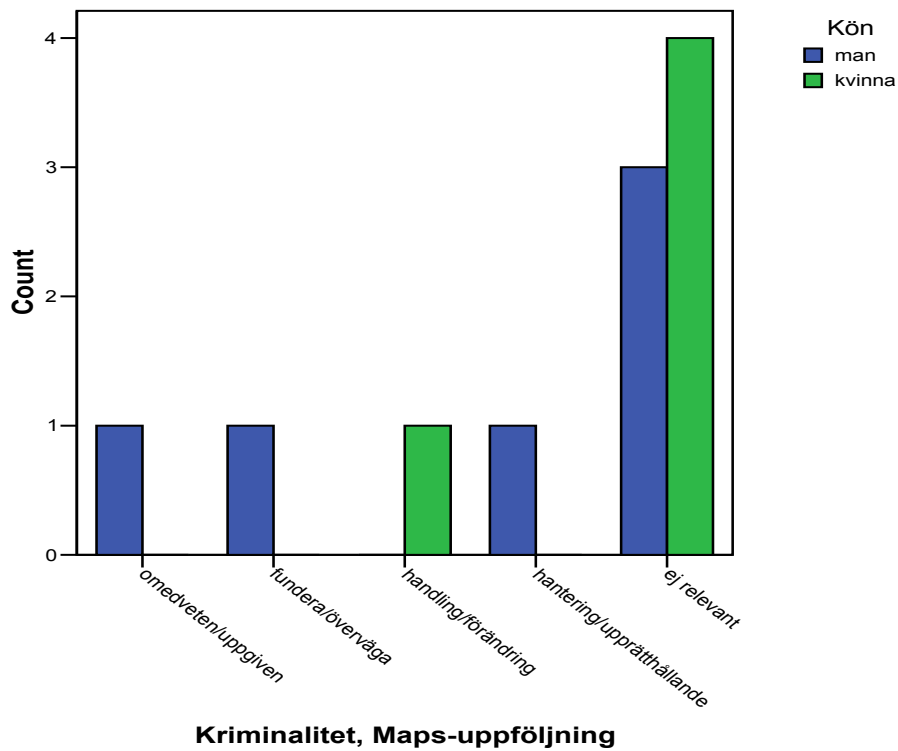
**Arbete och försörjning, Maps-uppföljning**

**Diagram 72. Arbete och försörjning, MAPS-uppföljning**





**Diagram 73. Missbruk, MAPS-uppföljning**



**Diagram 74. Kriminalitet, MAPS-uppföljning**

## **Klientbeskrivning**

### **ASI-X intervju (avidentifierade persondata har använts)**

#### **Allmän information**

Rolf är en 42-årig svensk man. Han är ensamstående, utan barn och bor ensam i en hyreslägenhet sedan 2 år tillbaka. Han är född i Sverige av svenska föräldrar.

#### **Fysisk hälsa**

Rolf har varit inlagd på sjukhus vid 3 tillfällen som barn. Han har problem med astma och migrän och har sökt hjälp för detta. Han anser inte att astman och migränen påverkar hans livsföring. Rolf har aldrig haft hepatit, könssjukdomar eller tuberkulos. Han HIV-testades för 2 månader sedan med negativt resultat. Rolf har haft problem med sin fysiska hälsa varje dag de senaste 30 dagarna på grund av övervikt. Han har varit påtagligt oroad av dessa problem och skattar följaktligen ett avsevärt behov av hjälp för sin fysiska hälsa. Intervjuaren har skattat att Rolf har ett litet hjälpbehov för sin fysiska hälsa, då Rolf inte har allvarliga fysiska hälsoproblem som påverkar hans dagliga livsföring, men att han har problem dagligen p.g.a. övervikt.

#### **Arbete och försörjning**

Rolf har genomgått grundskolan och har ingen högre utbildning. Han har haft ett körkort som nu är indraget. Rolf har arbetat i samma anställning som längst under sex år. Den längsta arbetslöshetsperioden var 1 år och 3 månader. Rolfs yrke är vårdare inom äldreomsorgen. Det vanligaste anställningsmönstret de senaste tre åren har varit heltidsarbete. De senaste 30 dagarna har Rolf inte arbetat. Han har haft sin försörjning från A-kassa, sjukkasseersättning och till viss del från förälder. Skulderna uppgår till 10 000 kr. Rolf uppger att han inte haft problem med arbete eller arbetslöshet de senaste 30 dagarna och bedömer att han inte har något hjälpbehov för detta. Intervjuaren har skattat att Rolf inte har något hjälpbehov med arbete och försörjning då han för närvarande är sjukskriven, men haft arbete de senaste 4 åren.

#### **Alkohol**

Rolf började med regelbunden användning av alkohol vid 15 års ålder och har använt alkohol regelbundet i sammanlagt 13 år. Den senaste 30-dagsperioden har Rolf använt alkohol regelbundet i 10 dagar. Han har haft delirium vid tre tillfällen. Han har genomgått 4 avgiftningstillfällen och en Minnesotabehandling tidigare. Rolf har upplevt problem med alkohol varje dag de senaste 30 dagarna. Han har varit påtagligt oroad av dessa problem och skattar ett påtagligt hjälpbehov. Intervjuaren har skattat ett avsevärt hjälpbehov, då Rolf inte varit nykter mer än 6 månader sedan 15 års ålder.

#### **Narkotika**

Rolf har använt dämpande mediciner, nämligen bensodiazepiner (bz) sedan 17 års ålder. Han har missbrukat sådana mediciner i sammanlagt 12 år. De senaste 30 dagarna har han dock inte använt detta. Han har aldrig injicerat. Rolf har tagit 2 överdoser av bz. Rolf har upplevt problem med denna form av narkotika i 7 av de senaste 30 dagarna. Han har varit påtagligt oroad av dessa problem och skattar ett påtagligt hjälpbehov. Intervjuaren har skattat ett avsevärt hjälpbehov då Rolf missbrukat bensodiazepiner under en lång tid.

#### **Kriminalitet**

Rolf har åtalats för rattfylleri vid ett tillfälle. Han har för övrigt ingen aktuell eller tidigare kriminalitet.

### **Missbruk, kriminalitet och psykiska problem i släkten**

Patientens farfar liksom en farbror har haft allvarliga problem med alkohol. Rolf har även en bror som har alkoholproblem. På fadern sida finns också en farbror som haft problem med kriminalitet. Patientens moder har haft allvarliga problem med sin psykiska hälsa.

### **Familj och umgänge**

Rolf separerade från sin partner för ett år och sex månader sedan. Han är nöjd med denna situation. Han har levt huvudsakligen ensam de senaste tre åren och under de senaste 30 dagarna huvudsakligen med en partner och ej haft några alkohol- eller narkotikaproblem. Rolf är nöjd med sina levnadsförhållanden. Han tillbringar dock det mesta av sin fritid ensam och är inte tillfreds med detta. Till mor och vänner har Rolf haft nära och personliga relationer. Han har tidigare haft svårigheter att komma överens med sin mor, med syskon och partnern, dock inte de senaste 30 dagarna. Rolf har tidigare blivit utsatt för såväl psykiska som fysiska övergrepp.

Rolf har inte haft några allvarliga konflikter de senaste 30 dagarna med familj eller anhöriga eller andra personer och han skattar inget hjälpbehov för detta. Intervjuarskattningen ger samma bild, inget hjälpbehov.

### **Psykisk hälsa**

Rolf vid 2 tillfällen fått behandling för psykiska problem i dygnsvård och har genomgått ett flertal vårdtillfällen i öppenvård. Han har tidigare i livet upplevt såväl allvarlig depression som ångest och koncentrationssvårigheter och har ordinerats läkemedel för de psykiska hälsoproblemen. De senaste 30 dagarna har han upplevt koncentrationsproblem och ånyo ordinerats läkemedel. Han har tidigare i livet upplevt allvarligt menade självmordstankar och har gjort ett självmordsförsök.

Rolf uppger sig ha haft psykiska hälsoproblem varje dag de senaste 30 dagarna. Han har varit måttligt oroad över dessa och skattar ett påtagligt hjälpbehov. Intervjuarskattningen är måttligt behov av hjälp för psykiska hälsoproblem. Han har nu mediciner men upplever koncentrationssvårigheter.

Av ASQ framgår att Rolf har en otrygg-distanserad anknytningsstil. Han har mer tillit i sin egen förmåga än för andras stöd för sin person. Han känner en viss oro över relationer och har även ett visst behov av andras acceptans.

Psykologtestning visar en personlighet med drag av depression, tvångstankar och med en kognitiv funktionsnivå något över genomsnittet.

## **MAPS-intervju**

### **Fysisk hälsa**

Enligt MAPS-intervjun vill Rolf gå ner i vikt. Han funderar på att lägga om kosten och börja träna men har inte börjat ännu. Han ser som en möjlighet att han har en kompis som kan träna tillsammans med honom. Som hinder ser han att han alltid har svårt att komma igång. Rolf har som mål att om ett halvår vara igång med att träna och ha uppnått en viktminskning.

### **Sysselsättning och försörjning**

I MAPS-intervju vill Rolf på sikt komma ut i arbete igen. Han funderar på att kontakta AF-rehab när han blivit klar med sin missbruksbehandling. Han ser som en möjlighet att han tidigare haft lätt att få arbete och att han är beredd att ta nästan vad som helst. Som hinder ser han att han är tveksam att gå tillbaka till sitt förra arbete. Han har som mål att om ett halvår ha kommit fram till vad han ska göra.

### **Missbruk**

Rolf har en önskan att bli nykter och har redan under utredningstiden påbörjat Hässelbymottagningens motivationskurs. Som möjlighet ser han att han känner en stor motivation att komma ifrån sitt missbruksbeteende. Han är beredd att fortsätta i behandlingsgruppen när den börjar. Som hinder kan uppträda problemet att hitta någon form av sysselsättning på ledig tid, då Rolf inte har någon hobby. Han har som mål att om ett halvår vara igång med att arbeta med sin nykterhet.

### **Psykisk hälsa**

I MAPS-intervjun säger Rolf att han vill börja må bättre psykiskt och kunna känna ett inre lugn. Han tror dock att hans mående kan hänga ihop med nykterhet. Han tror att möjligheterna till att må bättre psykiskt hänger samman med möjligheten att börja träna och vara nykter. Som hinder ser han att han just nu inte riktigt vet vad han behöver som stöd och om han ev. behöver psykologhjälp. Rolf vill ha som mål att fortsätta att fundera om han behöver någon ytterligare hjälp.

Rolf vill i MAPS-intervjun primärt arbeta med fortsatt nykterhet och sin fysiska hälsa. Därefter att skaffa sig en lämplig sysselsättning och må bättre psykiskt.

## **ASI-uppföljningsintervju efter 4 månader**

### **Fysisk hälsa**

Vid uppföljningsintervju framkommer att Rolf har också fortsatt problem p.g.a. övervikt, dagligen de senaste 30 dagarna. Han skattar ett litet hjälpbehov. Intervjuarskattningen är likaså ett litet hjälpbehov p.g.a. övervikten. Rolf har kontakt med läkare för att lägga om sin kost.

### **Arbete och försörjning**

I uppföljningsintervjun har Rolf varit utan arbete de senaste 6 månaderna och är sjukskriven. Han känner ett större behov av att komma ut på arbetsmarknaden nu och har haft en del ekonomiska problem. Han har sålunda upplevt problem med arbetslöshet och försörjning dagligen de senaste 30 dagarna och skattar ett påtagligt hjälpbehov. Intervjuaren har skattat ett måttligt hjälpbehov p.g.a. kort skolutbildning och arbetslöshet de senaste 6 månaderna.

### **Alkohol och narkotika**

Vid uppföljningsintervjun framkommer att Rolf genomgått ytterligare en avgiftning i öppenvård och har dessutom nu avslutat Hässelbymottagningens motivationskurs. Han har återfallit i alkoholmissbruk vid ett tillfälle men inte i tablettmissbruk. Rolf har inte druckit någon alkohol den senaste tiden och ska börja i Hässelbymottagningens behandlingsgrupp. Han säger att han upplevt problem med alkohol i form av sug 6 dagar av de senaste 30 och har inga dagar med narkotikaproblem. Han skattar ett påtagligt behov av hjälp för alkoholproblemet och inget behov av hjälp för narkotikaproblemet. Intervjuarskattningen är ”måttligt hjälpbehov” p.g.a tidigare hög konsumtion av alkohol som medför risk för återfall. Rolf har dock haft en lång nykter period och har varit nykter de senaste 30 dagarna. Intervjuarskattningen för narkotika är ”inget behov av hjälp” då Rolf under en längre tid och den senaste tiden inte haft några aktuella problem här.

### **Familj och umgänge**

Vid uppföljningstillfället bor Rolf med sin sambo, som inte har problem med alkohol eller droger. Han tillbringar det mesta av sin fritid med henne. Han är nöjd med sina levnadsförhållanden och sin fritid. Under de senaste 30 dagarna har det förekommit en konflikt mellan Rolf och hans syskon, som enligt Rolf delvis var orsak till att han tog ett återfall tidigare. Rolf har skattat ett litet hjälpbehov och intervjuaren har skattat ett litet hjälpbehov, eftersom familjekonflikten påverkat Rolf så att han tagit återfall.

### **Psykisk hälsa**

I uppföljningsintervjun säger Rolf att han inte haft någon vård för psykiska problem och han inte har behövt någon medicin. Han upplever fortfarande koncentrationssvårigheter och har upplevt problem 25 dagar av de senaste 30. Han har skattat ett påtagligt hjälpbehov och intervjuarskattningen är ett kvarstående litet hjälpbehov, då Rolf fortfarande upplever koncentrationssvårigheter, även om han inte haft behov av mediciner för andra psykiska besvär.

### **MAPS-utvärderingsintervju efter 7 månader**

Utvärderingsintervjun genomfördes i samband med ett avslutande samtal, när Rolf avslutades vid Hässelbymottagningen efter fullföljd vård. Rolf har då genomgått eftervård på mottagningen.

De insatser Rolf tagit del av under tiden på mottagningen har varit:

**Fysisk hälsa:**

Sjukskrivning. Rolf bedömer att det inte haft någon påverkan för honom vad gäller förmåga att hantera problem.

**Praktiska (arbete och försörjning):**

Sysselsättningsplanering via förmedling av mottagningen. Rolf bedömer att det haft en positiv påverkan vad gäller hans förmåga att hantera problem.

**Missbruk:**

Avgiftning i öppenvård. Positiv påverkan.

Motivationsgrupp: Positiv påverkan

Motiverande stödsamtal: Positiv påverkan

Behandlingsgrupp: Positiv påverkan

Medicinering med samtal: Positiv påverkan

Återfallsprevention: Positiv påverkan

Individuella återfallsamtal: Positiv påverkan

**Fysisk hälsa:**

Rolf har ännu inte börjat träna utan funderar fortfarande på hur han ska komma igång att göra något åt sin övervikt. Han har problem med astma igen och har en läkarkontakt för detta.

**Psykisk hälsa**

Rolf säger att han idag mår bra och är i gång med att hantera sitt mående.

**Praktiska (arbete och försörjning)**

Rolf är igång med att aktivt söka arbete och har kontakt med AF-rehab.

**Missbruk**

Rolf har varit nykter och drogfri i mer än sex månader och anser han klarar att upprätthålla en missbruksfrihet nu.

Vid ärendets avslutande lever Rolf i en stabil partnerrelation sedan mer än sex månader. Han har ett socialt stabilt nätverk och har en god kontakt med sin familj. Han är vidareremitterad till insatser genom AF-rehab.

**ASI-uppföljningsintervju nr 2 – efter 10 månader****Fysisk hälsa**

Rolf har upplevt problem med sin fysiska hälsa 6 dagar av de senaste 30 p.g.a. astma. Han är ordinerad av läkare att sköta sin mathållning. Rolf skattar inget hjälpbehov och intervjuarskattningen är ”inget ytterligare hjälpbehov för fysiska hälsoproblem”.

### **Arbete och försörjning**

Rolf har inte upplevt några problemdagar vad gäller arbetslöshet. Han har kontakt med AF-rehab. Han skattar ett måttligt hjälpbehov. Intervjuarskattningen är ”ett litet behov av hjälp vad gäller problem med arbetslöshet”.

### **Missbruk**

Rolf har inte upplevt några problemdagar de senaste 30 dagarna vad gäller alkohol och narkotika. Han skattar inget behov av ytterligare hjälp. Intervjuarskattningen är ”inget behov av ytterligare hjälp”.

### **Familj och umgänge**

Rolf har inte upplevt några dagar med allvarliga konflikter med familj eller anhöriga. Han skattar inget hjälpbehov. Intervjuarskattningen är ”inget hjälpbehov”.

### **Psykisk hälsa**

Rolf har inte upplevt några psykiska hälsoproblem de senaste 30 dagarna och skattar inget behov av hjälp. Intervjuarskattningen är ”inget hjälpbehov”.

## **Maps-uppföljningsintervju, 14 månader senare**

### **Fysisk hälsa**

Rolf har sedan utvärderingstillfället alltjämt haft problem med astma. Han skattar att problemen förändrats positivt jämfört med motsvarande tidsperiod före vårdtillfället. Han har fått hjälp av läkare för astman och detta har påverkat hans förmåga att hantera problemet på ett positivt sätt. Han har alltjämt problem med övervikt. Rolf funderar på hur han ska ta itu med sin övervikt och komma igång med någon fysisk aktivitet.

### **Arbete och försörjning**

Rolf har inte haft några arbetsproblem sedan utvärderingstillfället. Han bedömer att hans problem har förändrats mycket positivt jämfört med motsvarande tidsperiod för vårdtillfället. Han har fått hjälp av AF-rehab och upplever att det påverkat hans förmåga att hantera problemet på ett positivt sätt. Rolf har fått arbete och ska börja inom kort.

### **Missbruk**

Rolf har inte haft problem med missbruk sedan utvärderingstillfället. Han anser att hans problem förändrats mycket positivt jämfört med motsvarande period före vårdtillfället. Han har inte haft några återfall och känner heller inget sug efter alkohol eller droger. Han upplever att han hanterat problemet på ett tillfredsställande sätt.

### **Psykisk hälsa**

Rolf har inte haft några psykiska hälsoproblem sedan utvärderingstillfället. Han bedömer att hans problem har förändrats mycket positivt jämfört med motsvarande tidsperiod före vårdtillfället. Han anser att han generellt mår mycket bra psykiskt. Han känner inte längre av koncentrationssvårigheter.

## Slutsatser av projektet

Projektets syfte var att introducera och utvärdera MAPS som komplement till ASI genom att i ett pilotprojekt intervjua 50 vuxna klienter av båda könen. Till detta lades relevanta data från den medicinsk-psykologiska faktainsamlingen som utfördes av den lokala beroendemottagningen, och inkluderade psykologisk bedömning och personlighetsanalys enligt ASQ-metoden.

Målet var att införa MAPS-metoden i det löpande klientbaserade utredningsarbetet och att skapa en detaljerad faktabas för den integrerade vården av de vuxna missbrukarna.

Det väsentligaste med projektet visade sig vara att klient och handläggare *tillsammans* kunnat analysera klientens situation och planera en realistisk behandlingsplan/arbetsplan byggd på klientens aktuella förmåga att förändra sitt liv och på institutionens faktiska resurser.

Projektets syfte var att introducera och utvärdera MAPS som komplement till ASI genom att i ett pilotprojekt intervjua 50 vuxna klienter med om möjligt 50/50 könsfördelning. Av de 50 intervjuades 45 personer med ASI. Resterande 5 avbröt kontakten efter första eller andra besöket. Trettiosju personer har intervjuats med MAPS-in. Då hade ytterligare 7 personer avbrutit kontakten, flyttat eller hade en mycket sporadisk kontakt, varför MAPS-intervjun inte kunnat genomföras. Av dessa finns tre personer fortfarande aktuella och målsättningen är att genomföra MAPS-intervju även med dem.

En jämn könsfördelning uppnåddes inte, på grund av att färre kvinnor än män nyanmälades till enheten

Problem uppstod i projektets början då Hässelbymottagningen genomgick en större omorganisering. Det fanns också under projektets första år en hög omsättning av socialsekreterare.

För att utbilda och handleda nya socialsekreterare fick projektledaren själv utbildning till internutbildare för ASI och MAPS. Detta har också medfört att kontinuerlig handledning vid behov, i grupp eller individuellt, kan göras på Hässelbymottagningen som stöd för handläggarna.

ASI-X, som Hässelbymottagningen började använda vid projektstarten liksom MAPS används nu som en metod i utredningsskedet för Hässelbymottagningens klienter även utanför projektet samt för de klienter som ska bedömas för mottagningens behandlingsprogram. ASI med MAPS används också som utvärderingsinstrument i ett nytt Case Manager-projekt som pågår i Landtingets regi på Hässelbymottagningen.

Under projekttiden har socialsekreterarna arbetat med att utforma arbetsplaner och behandlingsplaner där klienterna är delaktiga i planeringen. Där har MAPS utgjort ett effektivt verktyg, som också har uppskattats av klienterna.



MAPS-ut intervjuer har hittills gjorts på 23 av projektets klienter. Resterande klienter är fortfarande kvar i någon behandlingsåtgärd. Av dessa intervjuer framgår tydligt hur många som faktiskt genomför en behandling och hur många som avbryter. Av de intervjuade har hittills ca 35 % nått de mål de satt upp inom olika områden.

Psykologutredningar kunde endast utföras på 18 klienter. Fullständig utredning med utvärdering finns tillgänglig för 10 klienter. Detta dels på grund av att Hässelbymottagningens psykolog var tvungen att avbryta medverkan av hälsoskäl.

Personlighetsanalys enligt ASQ-metoden genomfördes på 34 av klienterna. Resterande klienter har inte kunnat fullfölja denna del av studien.

Grunden till en databas för ASI och MAPS finns nu inom Hässelbymottagningen. Denna kommer att användas för framtida utvärdering och metodutveckling.

### **Erfarenheter**

Då Hässelbymottagningen använt ASI sedan 2001, fanns redan erfarenhet av att använda en strukturerad metod på mottagningen. Då det för användandet av MAPS är mycket viktigt att man gör en tydlig återföring av ASI-intervjun till klienten, har den mycket viktiga delen av ASI-intervjun börjat användas fullt ut av socialsekreterarna, vilket inte var fallet tidigare. Nu är återföringen av ASI till klienten en central del av utredningen och av den vidare planeringen. Genom återföringen kan man tillsammans med klienten analysera dennes situation liksom befintliga positiva och negativa mönster. Detta har visat sig ha i sig en motiverande effekt för många klienter.

Trots tidigare erfarenhet av användandet av ASI fanns ett kontinuerligt behov av handledning och utbildning av nya medarbetare. Med en internutbildare underlättas användandet betydligt.

Ingen klient har reagerat negativt på intervjusituationen även om man ibland av tidsskäl måste dela upp en intervju i två delar. För en del klienter kan det vara nödvändigt att innan man kan påbörja en ASI-intervju eller annan utredning se till att klientens allmänna situation är någorlunda stabil. Detta kan innebära att man först måste få klienten drogfri genom avgiftning eller ordna med ett stödboende.

Vad gäller MAPS kunde vi konstatera att samma sak gällde som för ASI: praktisk träning måste föregå det regelbundna användandet - det tar en viss tid innan man blir van att använda instrumentet. Medan ASI är en strukturerad metod, saknas i MAPS färdiga frågor. Här utgår man mer från individens egen problemformulering, dess möjligheter och hinder, målformuleringar och prioriteringar.

Under projektiden har egna behandlingsprogram startats upp på motivationsnivå liksom direkt behandling och återfallsprevention. Dessa är nu fokuserade på MAPS - begreppen

och underlättar förståelsen för att befinna sig där klienten befinner sig när man gör behandlingsplaneringen.

Under projekttiden har det skett en vidareutveckling av MAPS och MAPS-formuläret, så att det har blivit både tydligare och enklare att använda. Denna utveckling pågår fortfarande.

Klienterna har upplevt det som positivt att få en strukturerad återföring och att få en tydlig bild genom ASI och MAPS på hur de förändrats över tid. Diskussionen kring faserna i motivationscirkeln har i många fall haft en kraftigt positivt motiverande effekt på klienterna.

I projektet de klienter som avslutats och återaktualiserats intervjuats och även försökt nå klienter som avslutats eller flyttat i för uppföljning av MAPS. Klienterna har från början fått information om och skrivit på samtycke till uppföljningsintervjuer. Att på detta sätt följa upp klienter som avslutats är inte en rutin som tidigare funnits, men som visade sig ha en gynnsam effekt på resultatet för både klienter och handläggare. De klienter som intervjuats har alla varit positiva till detta och vissa har även bett om att bli kontaktade för ytterligare uppföljning, då de märkt att uppföljning kan ha en motiverande effekt.

Då även Kriminalvården och en del LVM-hem använder ASI och MAPS, har samarbetet genom, dessa nya rutiner underlättats och tid sparats.

Under projekttiden infördes ASI-net för Stockholms stads stadsdelsförvaltningar För projektets del har data från ASI och MAPS förts in i SPSS-systemet, för att möjliggöra en kartläggning på gruppnivå och kunna bearbeta materialet vidare. Arbetet pågår för att göra ett internetbaserat program för MAPS. En enhetsbeskrivning av Hässelbymottagningen genomfördes under studiens gång enligt MAPS-institutionformuläret.

En utvärdering genom fokusgrupp genomfördes med handläggare som genomgått kurs och använt metoden ASI och MAPS. Av redovisningen framgår att fokusgruppen givit ett högt medelbetyg åt projektet. Fyra faktorer i utvärdering hamnade under åtgärdsrutan och kommer ligga som förslag till åtgärder för att förbättra användningen av ASI och MAPS. (Se bilaga)

Både ASI och MAPS är anpassade för användning inom institutioner med inskrivningsdatum. Klienter inom socialtjänstens missbruksvård kan ofta vara aktuella i flera år och genomgå flera olika behandlingsinsatser. De kan också avslutas för att sedan återkomma efter en kort tid för en ny utredning. Det därför viktigt att ha ett system som kan användas både när man utvärderar en insats och när man följer upp insatsen. MAPS-ut och MAPS-uppföljningsintervju kan användas för detta. I kombination med en ASI-uppföljning får man en mycket detaljerad bild, där man också får med behandlingsinsatserna. Detta kan sedan användas för att utvärdera den egna verksamheten med klienten i centrum.

## Litteraturlista

Friedman, A., Terras, A., Öberg, D. och Haack, M-J (2002). *The European Version of the Adolescent Assessment Dialogue: The Manual*. EuroADAD group, Maastricht.

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

Nyström, S., Sallmén, B., Öberg, D., (2005). *Beslut på bättre grunder. En handbok för ASI-användare*. Bergslagens Grafiska, Lindsberg.

Prochaska, J.O., DiClemente, J.C. & Norcross, J.C. (1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviours*. Am. Psychologist 47, 1102-1114.

Projektrapport mars 2003, Sociala enheten vid Norrmalms stadsdelsförvaltning, Stockholm; projektledare Gunnel Ekblom. *Utveckling av metoder för utvärdering och dokumentation av sociala insatser* 73 sid..

Öberg, D., Sallmén, B., (2004). *Utbildningsmanual EuropASI/ ASI-X*. Stiftelsen Project MAPS, Maastricht.

Öberg, D., (2004). När man lyfter på stenar... Monitoring Area and Phase System- MAPS. En metodik för att göra dokumentation användbar i behandling.