



# **Ung vuxen inom socialtjänsten**

## **Vad är problemet?**

En aktstudie om unga vuxna inom Sollentuna socialtjänst.

**Klara Eck**

Praktikerprojekt 2015



## Förord

Jag vill här tacka FoU-Nordväst som har tagit emot mig som praktiker till sin verksamhet med vad jag har uppfattat det som, öppna armar. Jag vill också tacka min arbetsgivare Sollentuna kommun som gjorde detta praktikerprojekt möjligt för mig att genomföra genom att låta mig gå ner i tid på min ordinarie arbetsplats. Framförallt önskar jag tacka mina handledare *Anders Arnsvik* och *Martin Åberg* på FoU-Nordväst. De har varit till stor hjälp, varit tillgängliga, och stöttat mig under processen med olika ingångar vad gäller den kvalitativa och kvantitativa delen av rapporten. Jag har också haft äran att lära känna andra medarbetare på FoU-Nordväst och fått en insyn i hur deras arbete ser ut. Jag hoppas vidare att rapporten kommer till nytta vad gäller framtida verksamhetsutveckling i Sollentuna kommun eller i annan kommun och verksamhet.

# Innehållsförteckning

1. Inledning.....	5
1.2 Praktikerprojekt.....	6
1.3 Syfte och frågeställningar.....	6
1.4 Centrala begrepp.....	7
1.4.1 Ung vuxen.....	7
1.4.2. Risk- och skyddsfaktorer.....	7
1.5 Disposition.....	7
2. Metod.....	9
2.1 Förförståelse.....	9
2.2 Kvantitativ metod.....	9
2.2.1 Urval och avgränsning.....	10
2.2.2 Aktgranskning.....	11
2.2.3 Tillvägagångssätt.....	12
2.2.4 Bortfall.....	13
2.2.5 Analys och redovisning av resultat.....	13
2.3 Etiska ställningstaganden.....	13
2.4 Metoddiskussion.....	14
2.4.1 Reliabilitet.....	14
2.4.2 Validitet.....	15
2.4.3 Generaliserbarhet.....	15
2.5 Teoretisk utgångspunkt.....	15
2.5.1 Risk- och skyddsfaktorer.....	16
3. Kunskapsöversikt - unga vuxna då och nu.....	19
3.1 Urbana förändringsprocesser och det moderna samhället.....	19
3.2 De nya villkoren för unga vuxna i Sverige.....	21
3.3 Ung vuxen utan sysselsättning och försörjning.....	21
3.4 Psykisk ohälsa hos unga vuxna.....	23
3.5 Ung vuxen i relation till bostadsmarknaden.....	25
3.6 Ung vuxen och riskbruk/missbruk.....	27
3.7 Behov av kartläggning av socialtjänstens målgrupper.....	29
3.7.1 Standardiserade bedömningsmetoder.....	29
3.7.2 Sammanfattning.....	30

4. Resultat.....	31
4.1 Ung vuxen inom socialtjänsten .....	32
4.1.1 Särskilda risker hos unga vuxna.....	33
4.1.2 Könsskillnader avseende gruppen unga vuxna inom socialtjänsten.....	41
4.1.3 Sammanfattning av risk - och skyddsfaktorer .....	43
4.2 Skillnader hos målgruppen inom de olika enheterna .....	45
4.2.1 Missbruksenheten .....	45
4.2.2 Enheten för socialpsykiatri .....	46
4.2.3 Barn- och ungdomsenheten .....	47
4.2.4 Enheten för ekonomi och integration .....	49
4.2.5 Sammanfattning på enhetsnivå .....	50
4.3 Utrednings- och bedömningsinstrument i utredningar .....	52
4.4 Insatser för unga vuxna .....	53
5. Analys och tolkning med stöd av den teoretiska utgångspunkten .....	56
5.1 Risk- och skyddsfaktorer hos unga vuxna .....	56
5.2 Ung vuxen utanför det etablerade samhället .....	62
5.3 Dokumentationen inom socialtjänsten .....	62
5.4 Insatser för unga vuxna .....	64
5.4.1 Behandling.....	65
5.4.2 Boende.....	66
5.4.3 Sociala insatser .....	67
5.4.4 Sysselsättning/ekonomi .....	68
5.4.5 Sammanfattning .....	70
6. Slutsatser och diskussion.....	71
6.1 Diskussion.....	72
6.2 Framtida forskningsfrågor.....	75
7. Referenser .....	76
7.1 Litteratur .....	76
7.2 Elektroniska källor .....	77
8. Bilaga 1 .....	78

## 1. Inledning

Många socialkontor i Sverige upplever att allt fler unga vuxna blir aktuella inom socialtjänsten och behovet av att anpassa metoder och insatser har länge diskuterats. Kommunerna är överens om att målgruppen unga vuxna är en ”svår grupp” att arbeta med och att gruppen är ”svår fångad”. Vidare anses att organiseringen av arbetet och resurserna inte är anpassade till målgruppens behov. Stor del av gruppen uppger även en samsjuklighet och brister finns i samverkan med andra aktörer (Arnsvik, 2012).

Gruppen unga vuxna och dess ohälsa, missbruk och kriminalitet har fått stor uppmärksamhet senaste åren. Redan 2003 gjorde Utbildningsdepartementet en utredning om förslag till insatser för ”unga utanför” d.v.s. målgruppen 16-24 åringar som står utanför arbetsmarknaden och som inte studerar. Utbildningsdepartementet gör ett uttalande om att man måste bryta det utanförskap som många unga befinner sig i. Av 70 000 unga utanför år 2001 befann sig fortfarande ca 20 000 av dessa utanför även ett andra år. De som står utanför två år eller längre har betydligt svårare att etablera sig i samhället. Enbart en av fem studerade detta andra år och en av tio arbetade med en löneinkomst över tre basbelopp. Många av dessa unga har svårt att sätta ord på sina problem men beskriver högst ogynnsamma uppväxtförhållanden i föräldrahemmet, svåra sociala problem, olika former av sjuksomar eller funktionshinder, missbruk, kriminalitet och samhällets diskriminering. Vissa har fått barn tidigt och då hoppat av utbildningen. Många har någon form av skolmisslyckande bakom sig (SOU 2003:92).

Samtidigt finns lite kunskap och området tenderar att vara svårbeforskat av flera orsaker. Det har visat sig att unga vuxnas ohälsa ofta är ett dolt problem som ger avtryck senare i livet (Arnsvik, 2012). Mot den bakgrunden är det angeläget att undersöka hur målgruppen egentligen ser ut, vilket även är i linje med Socialstyrelsens ”öppna jämförelser” där man betonar vikten av att uppmärksamma och kartlägga unga vuxnas särskilda behov och insatser för de med exempelvis missbruk- och beroendeproblematik (Socialstyrelsen, 2014).

För att inte låta unga vuxnas problematik hållas dolt krävs ett systematiskt utredningsarbete från socialsekreterarnas håll. Att fatta beslut och skriva sociala utredningar om människor i svåra livssituationer är komplicerat och består inte enbart av objektiva fakta. Enligt Munro (1996) kan sociala utredningar betraktas som ett slags pussel där socialsekreteraren inte känner till bilden som pusslet ska forma, inte vet om hon har alla bitar eller om de bitar hon har passer till pusslet. Lagstiftningens tidsbegränsande krav på utredningar ger inte utrymme för obegränsad faktainsamling och analys. Samtidigt finns det exempel på att felaktiga beslut

kan orsaka negativa konsekvenser för den enskilda. Kunskapen om insatsers effekter är också begränsad. Forskning har visat att teoretiskt rimliga insatser ibland inte är effektiva. Många gånger tycks insatser avbrytas i förtid som ett resultat av att de inte varit förankrade hos individen själv. Sociala utredningar och beslut kräver kunskap om både människors problem och om lämpliga insatser (Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS), 2008).

## 1.2 Praktikerprojekt

Som anställd inom Sollentuna kommun har jag liksom andra anställda i nordvästkommunerna haft möjlighet att ansöka om att få göra ett praktikerprojekt på FoU-Nordväst. Ett praktikerprojekt innebär en möjlighet för socialsekreterare att fördjupa sig inom ett område som rör den egna kommunen och som även kan vara av intresse för andra kommuner. Genomförandet ska leda till att kunskapen om en företeelse, ett fenomen eller en situation ökar, eller påvisar nya aspekter.

I den här studien har jag valt att fördjupa mig i hela målgruppen unga vuxna inom socialtjänsten. Som praktiker möter jag unga vuxna regelbundet och vet att det finns utvecklingsmöjligheter vad gäller utredningsarbetet, bedömningar, insatser och uppföljningar för målgruppen. Men innan vi kan utveckla vårt arbete krävs kunskap. Vi behöver mer kunskap om målgruppen unga vuxna som är aktuella inom socialtjänsten. I vilken kontext de lever i, vad de har för risk- och skyddsfaktorer runt omkring sig och om det stöd och insatser beviljats är tillräckliga. Eftersom den information vi får fram om de unga vuxna är grunden för våra insatser är det också oerhört viktigt att se hur vi gör våra utredningar. Utreder vi samtliga unga vuxna på samma sätt inom socialtjänsten eller skiljer det sig åt inom de olika enheterna och om det skiljer sig får de unga ändå de insatser de är i behov av? Utreder vi behoven i tillräcklig utsträckning eller kan det vara så att utredningarna innehåller viss nödvändig information för de insatser vi redan har att erbjuda? Det är stora frågor och jag har självklart begränsat mig i den här rapporten och valt ut några frågeställningar som jag bestämt mig för att undersöka närmare.

## 1.3 Syfte och frågeställningar

Syftet med rapporten är tudelad. Att kartlägga målgruppen unga vuxnas (18-29 år) livssituation med fokus på risk- och skyddsfaktorer har stått i fokus för projektet. Att även kartlägga likheter och skillnader i beskrivningen av risk- och skyddsfaktorer mellan de olika enheterna samt mellan könen har också varit i fokus. Men eftersom detta är beroende av *hur*

de unga vuxnas livssituation samt risk- och skyddsfaktorer utreds har även det besvarats genom frågeställningen: Vilka utrednings- och bedömningsinstrument har använts i utredningarna? Studien har även svarat på frågeställningen: Vilka insatser har beviljats målgruppen unga vuxna? Dessa två extra frågeställningar finns besvarade eftersom de är direkt kopplade till forskningsfrågorna. Vägledande frågeställningar för studien har varit:

- Vilka risk- och skyddsfaktorer går att urskilja i dokumentationen kring unga vuxna inom Sollentuna socialtjänst?
- På vilket sätt skiljer sig beskrivningen av målgruppen på de olika enheterna och vilka skillnader avseende kön finns dokumenterat?

## 1.4 Centrala begrepp

### 1.4.1 Ung vuxen

Unga vuxna som begrepp kan förstås dels av vilken ålder det rör sig om men också vad som ingår i att vara ung vuxen.

Begreppet används idag i olika sammanhang och med olika betydelser. Myndigheter, organisationer och forskare använder sig av olika åldersspann vad gäller gruppen unga vuxna. Jag har valt åldersspannet 18-29 år i denna studie. Bakgrund till det är att man enligt svensk lag är myndig från 18 års ålder och kan då anses vara vuxen. Att jag valt att sträcka mig till 29 år är för att många andra också gjort detta, även FoU-Nordväst när de har kartlagt och beskrivit unga vuxna i Sollentuna i tidigare rapporter.

Vad som ingår i att vara ung vuxen har också beskrivits på flera håll som en social kategori och inte bara som ett åldersspann. En kategori som innehar specifika egenskaper med villkor, som idag skiljer sig avsevärt från tidigare generationer ungdomar. Se vidare beskrivning under rubrik unga vuxna i dess kontext.

### 1.4.2. Risk- och skyddsfaktorer

Begreppen risk- och skyddsfaktorer är centrala begrepp i rapporten och beskrivs utförligt i kapitel 2 under rubriken *Teoretisk utgångspunkt*.

## 1.5 Disposition

Rapporten är indelad i sex kapitel. I följande kapitel presenterar studiens metodologiska och teoretiska utgångspunkter. I tredje kapitlet finns en kunskapsöversikt. Kapitel fyra utgör

studiens resultat. I kapitel fem görs en analys utifrån resultatet i relation till den teoretiska utgångspunkten samt kunskapsöversikten. Det sjätte och avslutande kapitlet inleds med slutsatser och därefter sammanfattning och diskussion.



## 2. Metod

För att besvara studiens frågeställning har kvantitativ metod valts. En aktstudie har genomförts där resultatet redovisas med hjälp av frekvenstabeller. Resultatet har sedan analyserats med stöd av en kunskapsöversikt samt teorin om risk- och skyddsfaktorer.

### 2.1 Förförståelse

Förkunskapen som jag har kommer av att jag arbetar och har arbetat på olika socialkontor inom Stockholms län samt arbetat med målgruppen unga vuxna som har ett pågående riskbruk/missbruk och/eller kriminalitet. Att ha förkunskap kan vara till det bättre och till det sämre. Eftersom jag som praktiker själv skriver utredningar har det varit en fördel att göra en aktstudie då jag har haft lätt för att hitta de fakta jag sökt efter i utredningarna då jag har god kännedom om dess struktur. Jag har dock även en förkunskap som har inneburit att jag behövt fråga mig själv flera gånger om svaret jag letar efter faktiskt står i utredningen eller om jag gör tolkningar då vissa saker kan tyckas självklara för mig trots att det inte står i skrift.

Min förkunskap har också haft inflytande över mina frågor i akt granskningen och det finns alltid en risk att analysen färgas av mina egna hypoteser sedan innan. Jag har valt en frågemall efter min egen förförståelse och kanske skulle jag ha tagit med andra frågor om jag inte haft min förkunskap och fått med andra variabler i undersökningen. Till förkunskapen ligger också min vetskap om hur förutsättningarna kan se ut på socialkontoret för att skriva utredningar och de olika syften en utredning kan ha och till vem den är riktad, detta är till fördel under analysen för att kunna skildra olika anledningar till varför resultatet ser ut som det gör.

### 2.2 Kvantitativ metod

För att besvara frågeställningarna i studien har kvantitativ metod valts. Studien består av en aktstudie på en avgränsad målgrupp under en avgränsad tidsperiod en så kallad totalpopulation.

Kvantitativa metoder, i form av enkät, passar särskilt bra för att göra generaliseringar utifrån en mindre grupp. Kvantitativa metoder fungerar alltså bäst när man vill mäta på bredden, för att uppskatta hur utbredd olika tydligt beskrivna förhållanden och attityder är inom den undersökta gruppen. De lämpar sig också bra när man vill täcka in flera olika områden i en undersökning: i frågeformuläret går det att ställa frågor om många olika förhållanden som kan

vara viktiga att få med i undersökningen. Däremot saknar frågeformuläret för det mesta de kvalitativa metodernas möjligheter att gå på djupet med en frågeställning (Eliasson, 2013).

För att kunna göra ett bra frågeformulär är det viktigt att kunna täcka in ämnet fullständigt och systematiskt med frågor för att ge frågeformuläret en tydlig struktur, liksom att förbereda undersökningen väl. Just förberedelserna är viktiga vid kvantitativa undersökningar, eftersom en undersökning knappast går att kompletteras efteråt. En fördel är att efterarbetet går snabbare då data kan läggas in i databaser genom kodningar och materialet sedan kan analyseras upprepade gånger.

Förutom den kritik av kvantitativa undersökningar som utgår från att de är mindre lämpliga i olika sammanhang, går det också att kritisera hanteringen av kvantitativa metoder om det finns brister i genomförandet, slutsatser på bristfälligt underlag och missvisade slutsatser (ibid).

### 2.2.1 Urval och avgränsning

Kartläggning av *Unga vuxna* – kan innebära en hel del. Utan en klar definition av begrepp och frågeställningar hade arbetet blivit alltför brett. Avgränsning är något som behövt göras inom ramarna för denna undersökning. Studien har ett urval som varit hanterbart för att besvara frågeställningarna. En tidsbegränsning har gjorts i den meningen att studien innefattar de unga vuxna som hade insats på socialkontoret under januari 2015. Studien bygger enbart på utredningar och inga akt anteckningar eller annan dokumentation. Detta då utredningarna bör innehålla all relevant information för att kunna skriva en analys och bedömning som sedan ska ligga till grund för att bevilja en insats.

Utifrån avgränsningen unga vuxna mellan 18-29 år som i januari 2015 hade pågående insats på socialkontoret i Sollentuna har jag gjort en s.k. totalundersökning med totalt 175 lästa utredningar (Eliasson, 2013). I studien har 16 personer varit aktuella på två enheter samtidigt vilket har resulterat i att personerna haft två aktuella utredningar kopplat till sig. Alla dessa 16 unga vuxna har varit aktuella inom enheten för ekonomiskt bistånd och en till enhet. Den utredning som har valts att använda i studien har varit utredningen som skrivits inom missbruk, socialpsykiatri eller barn- och ungdomsenheten och inte från ekonomienheten. Detta då det i större utsträckning används vetenskapliga utrednings- och bedömningsinstrument som exempelvis ASI i dessa utredningar än i de utredningar som görs på enheten för ekonomi och integration.

### 2.2.2 Aktgranskning

En social akt innehåller löpande journalanteckningar och kan i övrigt innehålla utredningar och andra dokument. Jag har valt att i denna aktstudie enbart innefatta utredningar om unga vuxna inom Sollentuna individ- och familjeomsorg (IFO). Akt är alltså i denna studie utredningar som produceras av socialsekreterare inom socialtjänsten. Studiens resultat är baserat på vad som har dokumenterats i utredningar vilket innebär att studien inte undersökt hur verkligheten faktiskt ser ut, utan på socialtjänstens dokumentation om klienter, där syftet är att spegla verkligheten så långt det är möjligt. Under senare tid har det blivit vanligare med systematiska utrednings- och bedömningsinstrument som då blir en del av de sociala utredningarna.

Liksom alla andra dokument måste en social akt analyseras som en produkt skapad under specifika omständigheter. En social akt utgör en avspeglning av en socialvård som måste förstås i sitt historiska och organisatoriska sammanhang, ett sammanhang som förändrats över tid och som kan skilja sig åt mellan olika organisationer. Graden av ”ordentlighet” och utförlighet varierar mellan enskilda socialarbetare och mellan olika socialkontor. På detta sätt sätter de organisationsrelaterade förhållandena som styr texternas innehåll gränser för forskare som vill få fatt i fakta om klienterna och det sociala arbetets innehåll. Utredningar som ofta ligger till grund för åtgärder är i allmänhet mer sammanhållna och mindre fragmentariska än journalanteckningar. De är ofta tänkta att utgöra underlag för beslut. Utredningens text ska med andra ord presentera ärendet så att de som fattar beslut har det underlag som lagstiftningen och den organisatoriska kulturen kräver. Med tanke på att författarna för det mesta är socialarbetare och att de tänkta läsarna ofta är andra socialsekreterare med vana att läsa akter och utredningar, kan man förvänta sig att de ska vara skrivna på basis av en relativt sammanhållen professionell kultur. Det betyder att mycket kan tas för givet, en del kan underförstås. Samtidigt kan texterna se olika ut beroende på deras syfte.

I Sverige är det vanligt förekommande med aktforskning utifrån olika syften. Ett syfte kan vara som i denna studie att använda akter för att få fram sociala fakta om klienterna och de insatser som de erhåller. Forskaren är då inte i första hand intresserad av akterna som sådana, utan använder dem som sekundärkällor för att få reda på hur verkligheten ser ut. Ofta rör det sig om kvantitativ forskning där man via akterna identifierar relativt enkla klientkaraktäristiska som kön, ålder, familjetyp, klass; men också mer komplexa företeelser som typ av sociala problem (missbruk och asocialt beteende som exempel). Ibland kopplas

klientkaraktistiska till socialtjänstens insatser, dvs vilka klienter som får vilka insatser (Lundström, 2008).

En svårighet som ryms i akt- eller dokumentstudier kan vara att grundläggande fakta om klienterna saknas (Lundström, 2008). I vissa fall anses forskning med akter, journaler och andra dokument tillkomna i specifika professionella och organisatoriska miljöer skilja sig från forskning baserat på annat källmaterial. Det faktum att sådana dokument inte i första hand är till för forskning gör det nödvändigt att ställa frågor om dokumentens författare, och det sammanhang författaren är en del av (ibid.).

### 2.2.3 Tillvägagångssätt

För att kunna genomföra denna undersökning behövdes först ett urval göras. Ur kommunens journalsystem Procapita gick det att få fram samtliga unga vuxna mellan 18-29 år som hade en insats kopplad till sig under januari 2015. Det blev ett resultat på 195 enskilda personer som kunde ha en eller flera insatser vid valt tillfälle. 20 personer av dessa hade ingen utredning kopplat till insatsen vilket resulterade i ett bortfall (se under rubrik bortfall).

För att samla in data till studien har ett strukturerat frågeformulär med slutna frågor använts. Slutna frågor ökar jämförbarheten mellan svaren och är lättare att bearbeta (Bryman, 2012). Frågeformuläret och dess frågor har gjorts med stöd av frågeformuläret Addiction Severity Index (ASI) som redan används som utredningsverktyg och som används i forskning. Detta har gjorts för att säkerställa att frågorna är relevanta och formulerade på ett vetenskapligt korrekt sätt. Detta innebär att frågorna är testkörda vilket är en stor fördel (ibid). Frågorna har varit slutna då det också är lättare att koda in svaren i webbprogrammet ProofX som använts och även för att minska risken för tolkningar. Den sista frågan i frågeformuläret lades till i efterhand men hade noterats under hela akt granskningen. Hela formuläret med svarsalternativ finns med som bilaga (Bilaga 1).

Följande livsområden med frågor ställdes i syfte att skapa bästa möjliga underlag för att besvara studiens frågeställningar:

- Aktuell inom socialtjänsten
- Bakgrund
- Familj och umgänge
- Sysselsättning och ekonomi
- Riskbruk och missbruk

- Fysisk och psykisk hälsa
- Rättsliga problem
- Insatser

Frågeformuläret fylldes i för varje person i målgruppen och varje person har därmed fått ett löpnummer och personuppgifter är avkodade.

#### 2.2.4 Bortfall

I studien är de unga vuxna bortplockade – som har insatser men där utredningarna saknas. Där det alltså inte har funnits någon utredning kopplad till insatsen och inte heller någon utredning kort innan som kunde vara relevant ändå. Bortfallet för dessa var totalt 20 stycken och finns alltså inte med i studien. Studien innehåller därför totalt 175 utredningar som har granskats. Dessförinnan sällades andra insatser bort då dessa var kopplade till den unga vuxnas barn eller utredningar på kontaktpersoner eller liknande som alltså inte handlade om den enskilda själv. Insats som försökslägenhet kopplad till kommunens boendesamordnare sällades också bort eftersom boendesamordnaren inte skriver utredningar som socialsekreterarna.

#### 2.2.5 Analys och redovisning av resultat

För att kunna samla in och analysera studiens resultat har ett webbaserat databasverktyg som heter ProofX använts. Datainsamlingen systematiserades så att relevant information fördes över från de sociala utredningarna till ProofX med stöd av ett frågeformulär. ProofX kan presentera all inmatad data statistiskt och göra jämförelser. När datamaterialet samlats in har ProofX skapat en webbaserad databas med diagram som går att utläsa i antal och procent. Beskrivande statistik har använts för att presentera studiens resultat.

Resultatet har redovisats i form av frekvenstabeller. För att sedan analysera resultatet har en teori om psykopatologi används för att få en fördjupad förståelse av risk- och skyddsperspektivet.

### 2.3 Etiska ställningstaganden

När en studie görs måste hänsyn tas till olika etiska frågor, oro, dilemman och konflikter som kan uppstå under processen. Etik definierar vad som är eller inte är legitimt att göra inom ramen för forskningen. Det är ofta en balans mellan två värden; strävan efter vetenskaplig kunskap och rättigheterna för dem som studeras (Neuman, 2006).

Denna studie är baserad på redan insamlad information som systematiseras genom aggregering till gruppnivå. Informationen är alltså redan tillgänglig. Detta innebär att ingen ny information eller ytterligare intrång i människors liv görs och studien presenteras på gruppnivå för att också säkerställa anonymiteten. Innan studien genomfördes undersöktes om ett specifikt godkännande behövdes för att öppna och läsa samtliga utredningar men inget sådant var aktuellt. I och med detta har ingen djupare etisk diskussion förts under processen.

## 2.4 Metoddiskussion

I enlighet med studiens syfte passade kvantitativ metod bäst för att kunna besvara frågeställningarna. Syftet har varit att få bred kunskap om en målgrupp och att ställa många frågor för att fånga in risk- och skyddsfaktorer hos målgruppen. Nackdelen med att läsa utredningar är att de inte alltid speglar verkligheten utan istället speglar det socialsekreteraren valt att belysa i skrivna utredningar. Att göra en aktstudie har inneburit att det inte varit möjligt att ställa följdfrågor om något i utredningarna varit oklart. Det har heller inte gått att fördjupa sig i något specifikt. Men å andra sidan har det heller inte varit syftet. Eftersom studien bygger på slutna frågor finns risken att studien har missat något som skulle ha varit av intresse.

En svårighet har varit att inte ta med underförstådda fakta i utredningarna som egentligen inte dokumenterats. Med tanke på att författarna för det mesta är socialarbetare och att de tänkta läsarna ofta är andra socialsekreterare med vana att läsa akter och utredningar, kan man förvänta sig att de ska vara skrivna på basis av en relativt sammanhållen professionell kultur. Det betyder att mycket kan tas för givet, en del kan underförstås. En del som skulle kunna ses som en svaghet men som kan vändas till en styrka i rapporten är att det är så mycket fakta som saknas i dokumentationen och som besvarats med ”framkommer inte”. Styrkan är att det blir tydligt att se hur stor del av dokumentationen som kan anses saknas. Den stora fördelen med metodvalet har ändå varit att resultatet gått att analysera om och om igen.

### 2.4.1 Reliabilitet

För att studien ska få en stark reliabilitet krävs att undersökningen ger samma resultat om den upprepas vid annat tillfälle. Detta är viktigt för att säkerställa de slutsatser undersökningen kommit fram till. Reliabiliteten bestäms av hur mätningarna utförts och hur noggrant de bearbetats (Eliasson, 2013). Frågeformuläret som skapats är baserat på tidigare formulär (ASI) som används i forskning, för att höja studiens reliabilitet. Frågeformuläret har också

testats mot några utredningar för att justeras innan studien satt igång. Eftersom det inte heller går att säkerställa att informationen i utredningarna stämmer är studien baserad på vad som kommer fram i utredningarna och inte på vad som är sant eller inte. Detta för att också minska risken för tolkningar även om detta såklart inte går att komma ifrån helt, vilket minskar reliabiliteten. För att öka reliabiliteten ytterligare har jag förberett undersökningen väl genom att formulera klara och tydliga instruktioner om hur undersökningen har genomförts. För att säkerställa att frågor inte missats att besvaras har nästan alla frågor gjorts obligatoriska i ProofX så att det inte går att missa. Anteckningar har förts vid bortfall, varför det räknas som bortfall och hur resonemanget har gått. För att säkerställa att informationen om insatser stämmer har en extra översyn gjorts i Procapita för att se om samtliga insatsen var pågående januari 2015 eller om någon av socialsekreterarna missat att avsluta insatsen och att den egentligen varit avslutad sedan länge. Om detta varit fallet har jag inte tagit med insatsen i undersökningen. Detta för att få en så korrekt bild som möjligt av de faktiska förhållandena.

#### 2.4.2 Validitet

Validiteten handlar om ifall studien verkligen mäter det som är meningen att den ska mäta. Validiteten kan aldrig bli bättre än reliabiliteten eftersom validiteten är beroende av en hög reliabilitet (Eliasson, 2013). För att kunna mäta det som varit tänkt har flera handledningsmöten varit aktuella där syfte och frågeställningar har diskuterats. Syftet har varit klart från början men har formulerats på olika sätt genom processen medan frågorna tagit olika form. För att sedan säkerställa att data är sann och giltig är studien baserad på ”vad som kan utläsas i utredningarna” och det i sig behöver inte stämma helt och hållet med verkligheten.

#### 2.4.3 Generaliserbarhet

Kvantitativa metoder passar särskilt bra för att göra generaliseringar utifrån en mindre grupp. Gruppen unga vuxna bör sannolikt kunna se likadan ut i nordvästkommunerna.

### 2.5 Teoretisk utgångspunkt

Den teoretiska utgångspunkten och tidigare forskning som kopplas till resultatet är valt utifrån intresse och relevans för att kunna förklara samspelet mellan en individ och det samhälle där hon lever. Psykopatologin med dess risk – och skyddsfaktorer, som också utgör analysverktyget i den här studien, menar att det finns faktorer som kan utgöra en risk för människan men också faktorer som skyddar. Eftersom tidigare forskning applicerat

psykopatologins teorimodell även på unga vuxna tillämpas den även i denna rapport som en viktig teori för att påvisa hur unga vuxna kan påverkas av en eller flera riskfaktorer i sin närmaste omgivning.

### 2.5.1 Risk- och skyddsfaktorer

Psykopatologi är en teori som inom forskningen använts för att undersöka barns utsatthet och motståndskraft i samspel med riskfaktorer och skyddsfaktorer i omgivningen (Meeuwisse et al, 2008). En risk kan definieras som möjligheten (sannolikheten) för oönskade händelser, beteenden eller tillstånd med ursprung i människors relationer, livsvillkor och levnadsförhållanden och med negativa konsekvenser på det som en grupp människor ser som skyddsvärt (Ek et al. 2015). Risk- och skyddsfaktorer måste vidare ses i samspel med varandra (Lagerberg & Sundelin, 2008). Den skyddande faktorn minskar risken för en negativ utgång, risken är mindre när det finns skyddsfaktorer och större när skyddsfaktorer saknas.

Risker kan ses som en process där hänsyn måste tas till individens ålder och utvecklingsstadium. Uttrycken och effekterna av risker är kopplade till individens åldersspecifika sårbarhet. Sårbarheten kan också bindas till individens kön, psykiska hälsa, tidigare erfarenheter etc. Det faktum att ett specifikt problem uppstår vid en given tidpunkt har att göra med triggers. Faktorer som inte blir synliga bidrar till att det ogynnsamma tillståndet kvarstår eller att problem uppstår. Styrkan av risken påverkas av flera saker, inklusive antalet ogynnsamma faktorer, intensiteten, och dess varaktighet (Lagerberg & Sundelin, 2008). Antalet riskfaktorer är av stor betydelse eftersom det är svårare att hantera fler riskfaktorer än färre. Kombinationer av riskfaktorer ökar också risken för negativt utfall, då individen exempelvis både lever i fattigdom, arbetslöshet och har föräldrar som brukar våld och som missbrukar. Det är den kumulativa risk som kan vara ohanterligt för människan och kan leda till fara för dess utveckling (Meeuwisse et al, 2008; Lagerberg & Sundelin, 2008).

När teorin tillämpas i den här studien är det viktigt att komma ihåg det kulturella perspektivet. Vad som ska ses som något oönskat respektive skyddsvärt är beroende på vem som gör bedömningen. Att något uppfattas som skyddsvärt har att göra med att något ses som värdefullt för den egna gruppens eller samhällets existens eller att de måste fungera på ett tillfredsställande sätt. I grunden finns moraliska ställningstaganden som starkt påverkar. Människor i olika kulturer har olika uppfattningar, kunskaper, värderingar och världsbilder



om vad som är värt att skydda och vad som därmed anses vara skyddsfaktorer (Gjaerum, Groholt & Sommerchild, 1999; Ek et al. 2015).

Ek et al. (2015) presenterar exempel på vad som kan ses som skydds- och riskfaktorer.

### *Riskfaktorer*

Riskfaktorer kan finnas inom olika områden. I *strukturella förhållanden och livsvillkor* finns exempel på: ekonomiska skillnader/klyftor i samhället, klasstillhörighet, genusordningar, etnicitet, segregation, social, ekonomisk och politisk marginalisering, brist på finansiella, materiella eller personella resurser hos myndigheter eller samhälle samt brister i utbildningssystem.

Riskfaktorer finns även bland *levnadsförhållanden*: Social stigmatisering- utpekande av sociala grupper, territoriell stigmatisering- utpekande av bostadsområden, otrygga uppväxtförhållanden, otrygg boendemiljö, trångboddhet och bristande resurser.

Riskfaktorer kan även vara *personbundna*: Kön, personliga egenskaper och förutsättningar, bristande utbildning och kompetens, alienation en känsla av främlingskap, att inte tillhöra samhället, ohälsosamma levnadsvanor och hälsotillstånd.

### *Skyddsfaktorer*

*Strukturella förhållanden och livsvillkor kan vara*: God ekonomi, tillhör majoritetsbefolkning, social, ekonomisk och politisk inkludering.

*Skyddsfaktorer bland levnadsförhållanden kan vara*: Trygga uppväxtförhållanden, trygg boendemiljö, god levnadsstandard, trygga relationer och nätverk.

*Skyddande personbundna skyddsfaktorer kan vara*: Social kompetens och problemlösningsförmåga, emotionell stabilitet och positiv självuppfattning, initiativförmåga och intellektuell kapacitet, god utbildning, känsla av inkludering, hälsosamma levnadsvanor.

I vilken utsträckning människor kan utveckla sina funktionella förmågor beror bl. a på hennes personliga och kroppsliga tillstånd, hur samhället är organiserat, vilka institutioner och normsystem som finns samt geografiska och naturliga förhållanden. Kortfattat finns det ett samspel mellan individens möjligheter att utvecklas och samhällets organisation respektive naturliga förutsättningar. Därför är det ur ett skyddsvärts perspektiv också centralt hur institutioner, samhällsfunktioner m.m. fungerar för att människor utifrån sina förmågor skall

kunna leva ett fullgott liv. Det innebär att individer som har sämre förutsättningar än andra för att komma över en viss kapacitetströskel skall få det stöd som krävs (Ek et al. 2015).

### 3. Kunskapsöversikt - unga vuxna då och nu

Unga vuxna är ett relativt nytt begrepp. Det här kapitlet syftar till att peka på olika förändringar i samhället som sammantaget bidragit till att gruppen unga vuxna blivit ett begrepp. Generellt har ungdomsgruppen påverkats av den urbana process som Sverige och många andra länder genomgått under de senaste 50 åren. Sollentuna som en förort till Stockholm är inget undantag för den förändring som skett och därför beskrivs även förorten. Under samhällsförändringen har bland annat tre begrepp blivit centrala vilka är, individualismen, risksamhället och social exkludering vilka kommer att belysas. Förändringen som samhället genomgått har även fått konsekvenser för vissa grupper av unga vilket belyses i den här översikten. Områden som särskilt fördjupas är unga vuxnas relation till arbetsmarknaden, psykisk hälsa, unga vuxnas i relation till bostadsmarknaden samt riskbruk/missbruk. Avslutningsvis diskuteras behovet av enhetliga begrepp och regelbundna karläggningar av klienternas behov eftersom det är relevant för den här rapporten.

#### 3.1 Urbana förändringsprocesser och det moderna samhället

*”I förorten skulle den nya människan bo, hon som varken var borgare eller proletär, landsbygdsbo eller stadsbo... Förorten blev en symbol för svensk framtidstro- ett vapen mot det gamla klassamhället”* (Forkby & Liljeholm Hansson, 2011).

Den svenska förortens historia startar vid andra världskriget. I 1940-talets Sverige var bostadsbristen och trångboddheten i de större städerna stor. I bostadssociala utredningen från 1945 påtalades att en bostad borde vara en social rättighet för alla. Därför skulle invånarna förses med ”goda och hygieniska bostäder till rimliga hyror”. I takt med att städernas undermåliga arbetarbostäder försvann och landsbygdens fattiga befolkning flyttade in till städerna, skulle samhället förändras i mer jämlik riktning. Tanken var att alla sorters människor skulle kunna bo i de nya områdena och tron på att det gick att bygga bort social misär var stor. Under åren 1965-1974 byggdes sammanlagt en miljon lägenheter. Det var inte förrän runt 1970 som de första rapporterna om missförhållanden och sociala problem i förortsområdena började dyka upp (Forkby & Liljeholm Hansson, 2011).

Begreppet förort har beskrivits i forskningssammanhang och i statliga utredningar som ”socialt utsatta områden”. Begreppet kan också användas mer neutralt och anger då egentligen bara att ett område är beläget utanför de centrala delarna av en stad. En vanlig

undergruppering av mer vardagligt slag är att skilja mellan så kallade ”villaförorter” och ”betongförorter” (ibid).

Vid mitten av 1970-talet anammades den tillväxtmodell som legat till grund för den snabba västerländska samhällsutvecklingen. De senaste femtio årens urbana omvandling har benämnts olika, även kallad den postindustriella staden. Detta har resulterat i städer, som allt oftare bygger på tjänsteproduktion och konsumtion där kunskaps- och informationsbaserade branscher och verksamheter är särskilt förekommande (Ek et al. 2015). Den utveckling vi har sett, en tid då de allra flesta kunde få ett jobb, till dagens verklighet, där många med avancerade utbildningar står utan anställningens trygghet har medfört att de som tidigare skulle ha varit givna en plats på arbetsmarknaden, nu står utan.

Vad som uppstått i skiftet mellan industri- och välfärdssamhället, har för många medfört en ökad risk för marginalisering (Trondman, 1999). Politiskt har detta även tagit sig uttryck i en ny stadsplanering. I denna nya stadsplanering finns två olika komponenter som ligger till grund för utvecklingen. Å ena sidan ses det som allt mer angeläget att skapa ett klimat i staden som upplevs som attraktivt av de människor och verksamheter stadens styre vill dra till sig. Å andra sidan har ett delvis nytt säkerhetstänkande kommit att genomsyra den nya stadspolitiken, i synnerhet efter attackerna mot World Trade Center i New York 2001. Förutom yttre hot har mer eller mindre repressiva förhållningssätt utkristalliserats gentemot samhällsgrupper som ansetts stå för en otrygghet (fattigdom, kriminalitet, social oro) man vill undvika ofta knutna till kulturell och socioekonomiskt redan marginaliserade grupper. Idag speglas detta i en ökad stigmatisering av vissa platser eller områden samt av personerna som bor där (Ek et al. 2015). Förändringarna rör inte bara objektiva villkor såsom socioekonomiska villkor, utan även kulturella traditioner och människors psykiska varande. Tillsammans utgör dessa förändringar grunden för den känsla av osäkerhet och utsatthet som karakteriserar det moderna identitetsskapandet (von Greiff, 2008).

Utvecklingen har alltså bland annat inneburit att den ekonomiska tillväxten inte kommit alla grupper i samhället till del och har medfört att ett utanförskap skapats. Förutom en ökande långtidsarbetslöshet har riskerna växt i många samhällen genom förändrade familjemönster, social isolering av individer och grupper samt försvagade nätverk (Edgren-Schori, 2000). Dagens restriktioner i svenska socialförsäkringssystem har inneburit att många arbetslösa, sjuka och äldre har bollats mellan Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen och utförsäkrade hänvisas till stöd från familj eller frivilligorganisationer. De nya riskerna som nämnts

ovan betraktas som ett individuellt ansvar att hantera och finna lösningar på. Om den enskilde misslyckas att balansera riskerna, anses det bero på hens brister. Kort sagt kan man säga att en individualisering i kombination med en individorienterad politik har förändrat stadens ekonomiska och sociala karaktär. Denna urbana förändring har i sin tur skapat en ökad social utsatthet för många samhällsgrupper. Detta har noterats även inom bostadspolitiken där de fattiga oftast hänvisas till hyresrätter i vissa områden, eftersom de inte har möjlighet att låna till egen bostad. I dessa områden har detta medfört en koncentration av boende som har betydligt mindre socioekonomiska resurser än befolkningen i genomsnitt (Ek et al. 2015). Den grupp som bland annat står som förlorare är de unga i samhället (Trondman, 1999).

Därtill kommer flyktinginvandringen från framförallt utomeuropeiska länderna. Parallellt med denna utveckling har många länder inom EU sänkt de offentliga utgifterna genom bl. a nedskärningar i olika trygghetssystem vilket riskerar att öka gapet mellan rika och fattiga grupper i samhället (Edgren-Schori, 2000).

### 3.2 De nya villkoren för unga vuxna i Sverige

Den förändrade familjeformen – med barnet mer i fokus, skolans framväxt, industrialiseringen, skillnader mellan arbetar- och medel/överklass är faktorer som bland annat fört med sig att ungdom som social kategori uppkommit. Tidigare, med större behov av arbetskraft och mindre krav på utbildning fanns inte det utrymme och den möjlighet att leva så som många av dagens ungdomar/unga vuxna gör, med allt längre utbildning, möjlighet att resa innan man skaffar fast arbete, bostad och familj (Ramström, 1995).

Den förlängda ungdomstiden som begrepp belyser det faktum att samtidigt som unga idag, biologiskt och socialt, blir vuxna allt tidigare, så dröjer det allt längre innan de blir självförsörjande, avslutar utbildning, får ett arbete och på andra sätt blir vuxna, med allt vad det innebär. Den förlängda ungdomstiden kan medföra mindre tydliga roller, vilket kan upplevas som problematiskt och otryggt för den enskilde individen (Trondman, 1999).

### 3.3 Ung vuxen utan sysselsättning och försörjning

Forskning visar, vilket tidigare berörts, att den traditionella övergången från skolan till arbetsmarknaden har brutits sönder, och att ungdomarna svävar fritt mellan skola och arbete (Svärd, 2000). Socialstyrelsen skriver ett kapitel om ungas etablering på arbetsmarknaden i Social rapport 2010. Där framkommer att både genomförda och helst framgångsrika gymnasiestudier är viktiga för de framtida försörjningsmöjligheterna. Det finns också

skillnader mellan olika grupper av unga. Kvinnor lyckas bättre än män och inrikes födda bättre än utrikesfödda med undantag för de som är födda i övriga västvärlden. Att varken arbeta, studera eller vara sjukskriven betraktas i rapporten som indikator på ett socialt utanförskap. Omfattande sjukskrivningar behöver inte nödvändigtvis innebära utanförskap, men med tanke på att det handlar om unga människor måste ändå ett sådant tillstånd ses som ganska allvarligt. Man vet också att det är svårt att komma tillbaka till arbetslivet efter en lång sjukskrivning. Risken för att hamna i utanförskap är lägst för de som går ut gymnasiet inom fyra år efter avslutad grundskola, följt av dem som fortfarande är kvar på gymnasiet. Högst risk är bland dem som aldrig har påbörjat gymnasiet. När det gäller de tre utanförskapspositionerna, att varken studera, arbeta eller att man är sjukskriven, är det mycket små skillnader mellan kvinnor och män. Genomgående är det dock något fler kvinnor som är sjukskrivna (Socialstyrelsen, 2010). Det innebär att de unga i praktiken är utestängda från viktiga sektorer i samhället, samtidigt som de i ungdomskulturen experimenterar med nya övergångar till vuxenhet och söker alternativa vägar in i vuxenlivet.

Forskare har påvisat att arbetslöshet bryter ner självförtroendet, leder till social isolering, apati, ökade hälsorisker, förstärkta generations- och klassklyftor samt leder till vanmakt och misstroende mot myndigheter utan att ungdomarna förmår att organisera ett kollektivt motstånd (Svärd, 2000).

Svärd (2000) presenterar en studie som har gjorts i Malmö bland unga vuxna mellan 18-24 års ålder som erhållit socialbidrag under kortare och längre tid. Denna studie har gjort det möjligt att jämföra socialbidragstagande ungdomars levnadsförhållanden med andra ungdomar. För många innebär arbetslöshet och bidrag en personlig kris. Inställningen till socialbidraget hänger hos många samman med upplevelsorna av arbetslöshet, sysslöshet, att sakna lön, att bli beroende av bidrag och inte kunna etablera ett vuxenliv fullt ut. Lönen ger inte bara försörjning, utan också en moralisk intäkt. I åren omkring tjugo befinner de sig i skärningspunkten mellan ungdoms- och vuxenlivet och vad som händer i denna övergång har enligt flera forskare betydelse för hur det framtida livet skall gestalta sig, hur ungdomen etablerar sig i vuxenlivet och utvecklar en självständig social position.

Under 90-talet fördubblades nästan bidragtagarna i ungdomsgruppen 18-24 år. År 1998 var 40 procent av alla bidragstagarna i åldern 18-29 år och idag är unga fortsatt överrepresenterade i socialbidragsstatistiken. Personer i åldern 18-29 år har den högsta fattigdomsintensiteten och skiljer sig betydligt från övriga åldersgrupper. Man har sett tre faktorer som har betydelse för

långa bidragstider bland 18-24 åringar. Starkast samband med antal bidragsmånader har utländskt medborgarskap, debut för ekonomiskt bistånd i 20 årsålder samt de som debuterar under period med hög arbetslöshet i Sverige (Swärd, 2000).

Relativ fattigdom medför begränsningar för individen, att på grund av ekonomiska begränsningar inte kunna göra olika val eller delta i samhällslivet på det sätt som majoriteten gör. Knappa ekonomiska resurser begränsar möjligheterna för en individ att leva det liv hen vill leva, t.ex. hur och var hen vill bo, vilken mat hen kan äta, vilka aktiviteter individen själv har råd med. Relativ fattigdom har visat sig öka stress och oro. Att leva på socialbidrag kan även leda till stigmatisering (Burström et al 2007).

I en annan longitudinal studie bland unga vuxna mellan 20-24 år framkommer att ökande kostnader för psykisk ohälsa bland unga vuxna samt längre perioder mellan skola och arbete bland unga är stora problem i Sverige och många andra europeiska länder. Studien visar samband mellan psykisk ohälsa och att stå utanför arbetsmarknaden och samtidigt inte delta i utbildning. Sambandet innebär å ena sidan att social och ekonomisk utsatthet leder till ohälsa, men också att ohälsa medför negativa sociala och ekonomiska konsekvenser. Detta är en mycket omdebatterad fråga när det gäller arbetslösheten och dess samband med psykisk ohälsa bland unga vuxna (Sellström, Bremberg & O'campo, 2010).

Risken för att få heldygnsvård på grund av depression visade sig i samma studie vara mer än fördubblat för ekonomiskt inaktiva unga vuxna. På samma sätt, var risken att få heldygnsvård på grund av självtillfogade skador och alkoholrelaterade sjukdomar tredubblad. Drogmisbruk var sju gånger vanligare bland inaktiva unga vuxna. Betydligt fler kvinnor togs in på sjukhus på grund av depression och självtillfogade skador och fler män på grund av alkohol- och drogmisbruk. Beträffande alkohol och depression kunde inga åldersrelaterade skillnader identifieras, medan drogmisbruk var vanligare bland äldre och självtillfogade skador bland yngre personer (ibid).

### 3.4 Psykisk ohälsa hos unga vuxna

År 1999 rapporterades i Folkhälsorapporten att psykisk ohälsa var det största folkhälso-problemet i Stockholm. Den psykiska ohälsan har sedan länge rapporterats vara högre hos unga vuxna än hos äldre och att den även ökar i högre grad hos de yngre. Även förbrukningen av psykofarmaka och konsumtionen av psykiatrisk vård har ökat mest hos unga. En ökning har framförallt observerats hos de unga kvinnorna (Forsell & Dalman, 2004). Nästan en

fjärdedel av de 50 000 unga vuxna som ingick i en studie har uppgivit att de allvarligt har övervägt eller försökt ta sitt liv, bland de arbetslösa är denna andel 39 procent. Människors hälsa påverkas av olika faktorer. Alla människor har vissa givna förutsättningar (ålder, kön, genetiskt arv) som i sig medför olika risker. Utöver detta påverkas hälsan av individens livsvillkor, den typ av samhälle individen lever i och de rådande övergripande ekonomiska och sociala förutsättningarna. Hälsan påverkas också av individens levnadsvanor, sociala nätverk och kontakter. Arbets- och boendeförhållanden har därutöver stor betydelse för hälsan (Burström et al 2007).

I det följande presenteras ett flertal riskfaktorer för att utveckla psykisk ohälsa bland unga vuxna. *Kvinnor* rapporterar en högre frekvens av psykisk ohälsa än män, undantaget schizofreni och beroendesjukdomar. En *uppväxt* som kännetecknas av affektionslös kontroll, kärlekslöshet, otrygghet eller sexuella övergrepp ökar sårbarheten för depression och självmordsbenägenhet senare i livet. Familjens *ekonomi* under uppväxten är viktig. Barn som växer upp i familjer med sämre ekonomi rapporterar oftare psykisk ohälsa. *Strukturen på området man bor i* är ett uppväxtvillkor och i vissa hyresområden upplever de boende oftare att de känner sig otrygga. Fler har även varit utsatta för hot eller fysiskt våld. En annan viktig del är att *skaffa bostad*.

*Nätverkets storlek* spelar mindre roll, det kan räcka med en enda förtrolig relation för att ha ett tillfredställande stöd. Det sociala stödet innefattar både det informella nätverket (familj, vänner m.m.) och det formella (vård, omsorg, skola m.m.).

*Negativa livshändelser*, exempelvis dödsfall i familjen, ökar risken för psykisk sjukdom under en längre tid (Forsell & Dalman, 2004).

I många studier har man också visat att *kroppslig ohälsa* ökar förekomsten av psykisk ohälsa. I studier som gjorts har deltagare med sämre fysisk hälsa allvarligare depressiva symtom än de som ansåg sig ha bra fysisk hälsa. Studien visar alltså på ett förhållande mellan psykisk och fysisk ohälsa utan att kunna säga säkert vilket det är som styr det andra. Denna koppling gör fler då de menar att fysisk hälsa är en betydande återhämtningsresurs för i stort sätt alla stressfulla möten. Att lida av sjukdom, trötthet, eller på annat vis vara försvagad innebär mindre energi till att hantera sina problem. Fysiskt välmående är särskilt viktigt för att hantera stressfulla situationer som kräver extrem mobilisering och även när det gäller att uthärda problem (Bredinger, 2013).



Forsell & Dalman (2004) har också kopplat samman svårigheterna med att komma in på bostadsmarknaden och arbetsmarknaden med våra förväntningar på de mål vi upplever som socialt erkända och vad som går att uppnå i verkligheten. Om unga vuxna har mål att sträva efter som är ouppnåeliga kan detta leda till en stressituation eller till och med kriminalitet. Stressen kan också medföra att de unga intar nikotin, narkotika och alkohol som ångestreducering (Forsell & Dalman, 2004).

### 3.5 Ung vuxen i relation till bostadsmarknaden

*”Boendet är basalt, att inte ha något som man kan eller vill kalla sitt hem markerar utanförskap” (Swärd, H. i Hemlös 2011).*

Både forskare och myndigheter (Swärd, 1998, Socialstyrelsen, 2011), har i skilda sammanhang rapporterat att förändringarna – begränsat utbud av bostäder, höga hyror samt bostadsrätter - bidragit till att unga vuxna har stora svårigheter att över huvud taget komma in på bostadsmarknaden. Trots inkomst kan det vara svårt att få bostad beroende på begränsat utbud av mindre lägenheter i kombination med höga hyresnivåer. Ett annat skäl är också att inkomsten som erbjuds unga människor (18 - 24 år) inte är tillräcklig för att kunna betala hyran. Dessutom kan det vara svårt att få beviljat banklån då det för flertalet är en förutsättning för att klara av att köpa en lägenhet (Statens bostadskreditsnämnd, 2005). De som drabbats hårdast av de förändringar som bostadsmarknaden genomgått är det svaga grupperna i samhället. Under de senaste 10 åren har Socialstyrelsens kartläggningar samt Stadsmissionen observerat att hemlösheten ökat bland unga vuxna.

I sammanhanget kan nämnas att Socialstyrelsen (2011) försökt hitta en heltäckande definition av hemlöshet. Utgångspunkten är att hemlöshet inte handlar om en egenskap hos en person, utan om en situation som personen kan befinna sig i under en kortare eller längre tid. Dessa fem situationer, vilka tillämpades som definition under den senaste kartläggningen år 2011:

-*Situation 1:* En person är hänvisad till akutboende, härbärke, jourboende eller är uteliggare.

-*Situation 2:* En person är intagen/inskriven på antingen; kriminalvårdsanstalt/behandlingsenhet eller stödboende inom socialtjänst/landsting/privat vårdgivare/HVB-hem/SIS-institution och som planeras skrivas ut inom tre månader efter mätperioden, men utan egen bostad ordnad inför utskrivningen/utflyttningen. Hit räknas även de personer som skulle ha skrivits ut/flyttat ut, men som är kvar på grund av att de inte har någon egen bostad ordnad.

- *Situation 3:* En person bor i en av kommunen ordnad boendelösning exempelvis försökssöklägenhet/träningslägenhet/socialt kontrakt/kommunalt kontrakt) på grund av att personen inte får tillgång till den ordinarie bostadsmarknaden. Det handlar om boendelösningar med någon form av hyresavtal där boendet är förenat med tillsyn och/eller särskilda villkor eller regler.

-*Situation 4:* En person bor tillfälligt och kontraktslöst hos kompisar/bekanta, familj/släktingar eller har ett tillfälligt (kortare än tre månader efter mätperioden) inneboende- eller andrahandskontrakt hos privatperson. Den uppgiftslämnande verksamheten har haft kontakt med personen av detta skäl och känner till att denna hemlöshetssituation gäller under mätperioden.

-*Situation 5:* Barn och unga (18 år eller yngre) som av olika skäl lever under ”hemlösa förhållanden” utanför familjen. Det innebär att han eller hon befinner sig i en gråzon mellan familjen och vård- och omsorgssystemet. Detta gäller inte barn och ungdomar (18 år eller yngre) som är placerade utanför hemmet av socialtjänsten enligt socialtjänstlagen eller lagen om vård av unga (LVU) (Socialstyrelsen, 2011).

En kandidatuppsats skriven av Evelina Bredinger (2013) har sammanfattat både svensk och internationell litteratur och statistik vad gäller unga vuxna i hemlöshet, med fokus på psykisk ohälsa. Nedan används hennes material för att beskriva situationen för unga vuxnas nuvarande situation i Sverige.

Stockholms Stadsmission menar i sin rapport från 2011 att unga som lever i hemlöshet är ett växande problem i Sverige och att de oftare möter unga som saknar bostad och stabila sociala nätverk. År 2011 var antalet hemlösa i Sverige 34 000. När det gäller unga vuxna i denna studie (18-26 år) var dessa 7000 individer (21%). Av dessa 59% män och 41% kvinnor. 32% uppgav att de är födda i Sverige. Den vanligaste boendeformen var inneboende eller kortvariga andrahandskontrakt (36%) medan den akuta hemlösheten för denna grupp låg på åtta procent. Ungefär en tredjedel av de unga vuxna hade missbruks- eller beroendeproblematik och ungefär lika många psykisk ohälsa. Gällande orsak till hemlöshet angav de flesta att de inte godkännts på den ordinarie bostadsmarknaden. För ca 40 % var den främsta orsaken konflikter, skilsmässa eller våld inom familjen. I senare rapporter visas det dock att hemlösheten bland unga vuxna håller på att minska i Stockholm (Bredinger, 2013).

Hemlösa unga som har intervjuats har beskrivit gatumiljön som konstant obekvämt, oförutsägbart och osäkert. En plats där de inte välkomnas och där de när som helst kunde bli bortkörda från. I kontrast till detta associeras hemmet till upplevelse av ägande, stabilitet, privatliv och kontroll i den egna livsmiljön. Detta inkluderar ofta även stöd och stabila relationer. En del unga beskriver en stark stress, att man är fast i en situation, med en identitet eller ett beroende av droger eller alkohol som man inte kan bli av med. Användning av droger

är ett vanligt förekommande tema som framställs som en signifikant och avgörande faktor kopplad till hemlöshetsmiljön, identitet och känslomässig stress. Drogen blir till en direkt tillfredsställelse men som i längden bidrar till ytterligare stress. Många av de unga menar på att identiteten av missbrukare och känslan av att sedan vara fast ger upphov till känslor av värdelöshet/meningslöshet som också leder till hopplöshet (ibid).

Vissa beskriver det som en fälla där man gradvis blir neddragen till en position som är fysiskt och psykiskt stressande och smärtsam. Element inom hemlösheten som dessa unga menar skapar en nedåtgående spiral mot denna position är bl.a. drogberoende, brist på sociala resurser, samhällsstigmatisering/förtyck, dålig fysisk hälsa och den sociala hemlöshetskontexten som inte agerar stödjande för att ta sig ur fällan. Att uppleva ett säkert socialt stöd från sin omgivning framkommer som en mycket viktig aspekt för att uthärda och så småningom hitta vägar ur hemlösheten. Forskning visar att många av de unga vuxna som lever i hemlöshet kommer från konfliktfyllda familjebakgrunder där de under uppväxten har blivit utsatta för olika former av utnyttjande och övergrepp (ibid).

### 3.6 Ung vuxen och riskbruk/missbruk

Forskning som är gjord av Stone, Becker, Huber, & Catalano (2012) baseras på avhandlingar under tio års tid i USA har påvisat evidens för aktuella prediktorer för droganvändning och missbruk under åren som ung vuxen. Studien visar att dagliga nivåer av högt alkoholintag är som störst under perioden som ung vuxen och att de flesta avancerar i sitt narkotikamissbruk innan 27 års ålder. Detta utvecklingsstadium som ung vuxen kännetecknas av snabba övergångar till nya sociala sammanhang som involverar större frihet och mindre social kontroll än under tonåren. Parallellt med denna nyfunna självständighet finns en ökad användning av illegala substanser.

Forskning om förebyggande arbete bygger på antagandet att negativa hälsoutfall kan förebyggas genom att minska risken och öka hälsofrämjande eller skyddsfaktorer hos individer och deras miljöer. Att förstå de risk- och skyddsfaktorer som finns bland dess unga vuxna som använder olika narkotiska substanser är viktigt för att kunna utveckla insatser riktat till målgruppen. Flera studier har undersökt risk och skyddsfaktorer för droganvändning under tonåren, och många av dessa tidigare prediktorer kan förutsäga fortsatt droganvändning hos unga vuxna. Förekomsten av missbruksproblem ställer till det för fortsatt utveckling inför vuxenlivet. Lyckad övergång till vuxenlivet är förknippad med minskad droganvändning, och minskar kriminella och antisocialt beteende. Emellertid för vissa, är denna period förknippad

med fortsatt riskfylld sexuell aktivitet, ökad droganvändning som kännetecknas av missbruk och beroende, finansiell instabilitet, brister i etablerandet av meningsfulla relationer, och försämrad psykisk hälsa (Stone, Becker, Huber, & Catalano, 2012).

En sammanfattning av resultaten i studien visar att kön har ett tydligt samband med missbruk. Män är mer benägna än kvinnor till att skaffa sig erfarenhet av droganvändning och missbruksproblem och har 1,4 gånger större risk än flickor att initiera marijuanaanvändning under ung vuxen ålder. Män är också mer benägna att övergå till tung användning och utveckla missbruk/beroende. Att vara ung vuxen man ökar även risken för tungt alkoholintag med nästan sex gånger mer än kvinnor och män har en tredubbel risk för alkoholberoende jämfört med kvinnor.

Samband mellan låga inkomster och problembeteenden är kända men det är betydligt mindre tydligt när det kommer till missbruksproblem och där behövs mer forskning. Att växa upp som barn med låga inkomster och låg status kan öka risken för användning av nikotin och cannabis under perioden som ung vuxen medan andra studier visar att högre inkomster är associerat med att unga vuxna dricker alkohol mer frekvent (ibid).

Många av de risk- och skyddsfaktorer kopplade till droganvändning hos unga vuxna är desamma som för yngre i barndomen eller tonåren. Den unges egen droganvändning påverkas om kamraterna använder droger, om det finns en positiv attityd gentemot droger och normer för användning. Unga vuxna löper en betydande ökad risk för problem om de är män, har föräldrar med missbruksproblem, erfarenhet av problematiskt beteenden under tonåren, har en positiv inställning till droger, uppvisar en bristande tro på samhället och den moraliska ordningen, har lågt engagemang för skolan och låga betyg, eller om de använder droger under tonåren, särskilt om de är "tidiga" användare. Samhällsnormer, lagar, pris, tillgänglighet och skatter på alkohol påverkar också. Skyddsfaktorer kan vara samboskap, äktenskap, arbete och en examen (ibid).

## 3.7 Behov av kartläggning av socialtjänstens målgrupper

Inom ramen för Evidens Baserad Praktik<sup>1</sup> (EBP) lyfts verksamhetsförbättringsperspektiven med betoning på dokumentation, beskrivningar och mätningar och behovet av ett ”gemensamt språk”. Detta gemensamma språk är av vikt för varje enskild verksamhet men också för alla de verksamheter som har likartade syften och arbetsprocesser. Med det menas att de begrepp, den terminologi och de empiriska indikatorer som används i dokumentation och beskrivningar, ska användas på ett enhetligt och precist sätt. Detta har betydelse för brukarnas rättsäkerhet och därmed för verksamhetens resultat. Det saknas en mer enhetlig användning av begrepp, termer och empiriska indikatorer för att beskriva brukarna, deras förhållanden, livssituation, problem, behov, styrkor och svagheter. Det saknas också en mer preciserad terminologi för de sociala insatser som beslutas (IMS, 2008).

### 3.7.1 Standardiserade bedömningsmetoder

Ett sätt att kartlägga och utreda klientgruppers behov är att använda standardiserade bedömningsmetoder för att bedöma en situation, funktion eller behov. Med hjälp av standardiserade bedömningsmetoder insamlas relevant och tillförlitlig information om enskilda personer som underlag för bedömningar.

Information från samtliga individer i en målgrupp kan sammanställas för att ge kunskap som rör hela målgruppen och de insatser som utförts, och kan användas för verksamhetsutveckling (Socialstyrelsen, 2012).

Det vanligast förekommande utrednings- och bedömningsinstrumentet inom den svenska kommunala missbruksvården är Addiction Severity Index (ASI). Syftet med standardisering är att uppnå ett enhetligt tillvägagångssätt som är oberoende av vem som använder metoder vilket är viktigt eftersom forskning har visat att människor ofta brister som beslutsfattare i komplexa situationer. Ett ytterligare skäl för att ställa alla frågor i ett bedömningsinstrument är att det kan synliggöra brister i utbudet av insatser. Att synliggöra personernas behov kan påverka utbudet av insatser och på så sätt bidra till verksamhetens utvecklingsarbete (ibid).

---

1. Evidensbaserad praktik har definierats som ”en noggrann, öppet redovisad och omdömesgill användning av den för tillfälligt bästa evidensen för beslutsfattande om insatser till enskilda individer”. Den integrerar tre kunskapskällor: (1) den för tillfället bästa vetenskapliga kunskapen (2) brukarens erfarenhet och önskemål (3) den professionellas erfarenhet och förmågor. I en evidensbaserad praktik vägs dessa tre kunskapskällor ihop och ingen är viktigare än andra (IMS, 2008).

### 3.7.2 Sammanfattning

Den bild som tecknats i det här kapitlet är att samhället under de senaste 50 åren genomgått stora förändringar. Övergången mellan ungdomsliv och vuxenliv har sedan 1990-talet successivt förskjutits i den meningen att det generellt för unga vuxna blivit allt svårare att komma in på arbets- och bostadsmarknaden. Trösklarna har blivit allt högre. Forskare som följt utvecklingen har noterat en ökning av den psykiska ohälsan bland unga vuxna samt en ökning av konsumtionen av alkohol och narkotika. Båda fenomenen kan ha sin grund i de förändringar samhället genomgått. De som drabbats hårdast av samhällsutvecklingen är det svagare grupperna i samhället.

## 4. Resultat

Nedan presenteras resultatet av totalt 175 lästa utredningar från Sollentuna socialtjänst; enheterna missbruk och socialpsykiatri myndighet, barn och ungdom samt ekonomi och integration. Resultatet baseras på vad som har framkommit i utredningarna med fokus på risk- och skyddsfaktorer som lyfts fram i stycket om den teoretiska ansatsen samt i kunskapsöversikten.

Alla procentsatser är avrundade till jämna tal utan decimaler. Resultatet presenteras utifrån studiens två huvudsakliga frågeställningar; Vilka risk- och skyddsfaktorer går att urskilja i dokumentationen kring unga vuxna inom Sollentuna socialtjänst? På vilket sätt skiljer sig beskrivningen av målgruppen på de olika enheterna och vilka skillnader avseende kön finns dokumenterat? Resultatet presenteras även utifrån studiens extra två frågeställningar: Vilka utrednings- och bedömningsinstrument har använts i utredningarna? Vilka insatser har beviljats målgruppen unga vuxna?

För att få en bättre förståelse av de unga vuxna i Sollentuna beskrivs först kortfattat Sollentuna kommun utifrån de ungas perspektiv.

Sollentuna är en blandad förortskommun, med både villaområden och höghusområden. Sollentuna har en befolkning på 69 260 personer (november 2014) varav 7898 tillhör gruppen unga vuxna 20-29 år (SCB). I rapport ”Ung i Sollentuna, drive-in-fotboll ett lokalt utvecklingsprojekt” beskrivs Sollentuna av både ungdomar och professionella som arbetar i området. I rapporten framkommer att det finns gängbildningar bland ungdomar upp till ungefär 20 års ålder i Sollentuna. Men det framkommer även att det finns kriminalitet bland de unga vuxna mellan 20-25 år. Gängbildningarna har oftast en geografisk plattform. Under 2013 beskrivs att det i vissa områden blivit mer oroligt med mycket skadegörelse, personrån, misshandel och utpressningar. Utpressningarna har blivit allt vanligare, äldre pressar de yngre. Ungdomarna säger att det bara är en bråkdel av det som händer som kommer till myndigheternas kännedom.

Ungdomarna verkar även ha en liberal hållning till droger och de använder en avancerad terminologi. Toleransen för droganvändning uppges vara hög. Unga som inte använder droger tycks acceptera att andra gör det.

Sollentuna beskrivs som ett starkt segregerat samhälle. Järnvägsspåret delar samhället i två delar, på ena sidan finns Edsviken med sina villor och på den andra Malmvägen med de höga

husen. Detta leder till ett vi och dem-tänkande och det finns ett myndighetsförakt hos de unga. De unga upplever att det är lätt att leva upp till de negativa förväntningar andra har. Flera ungdomar lever i vad som beskrivs som ett utanförskap. Olika bostadsområden tjänar som gränser för dessa grupperingar och man har bestämda uppfattningar om varandra.

Det finns också en annan bild av ungdomarna som ambitiösa och med stora förhoppningar på framtiden. Flera uppger att de trivs i Sollentuna då alla känner alla och att det finns många ställen att ha kul på. I rapporten går ändå att utläsa en problematik i Sollentuna, om än dock i speciella områden (Eriksson & Nylander, 2014).

#### 4.1 Ung vuxen inom socialtjänsten

Av 175 lästa utredningar framkommer att 18 personer (10%) är aktuella inom missbruksenheten, 29 personer (17%) inom socialpsykiatri, 45 personer (26%) på barn och ungdomsenheten och 99 personer (57%) på ekonomiskt bistånd och integration. Endast 16 personer (9%) har insatser och är aktuella på fler enheter samtidigt.

Målgruppen är relativt jämt fördelat mellan könen då 76 personer (43%) är kvinnor och 99 personer (57%) är män. Nedan presenteras ålderfördelningen inom gruppen unga vuxna.

*Tabell 1. Åldersfördelning (N=175)*

<b>Ålder</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
26- 29 år	58	33
20- 25 år	87	50
18 -19 år	30	17

Nästa tabell visar hur länge personerna varit aktuella på socialtjänsten från och med att en aktualisering inletts fram till januari 2015.

*Tabell 2. Aktuell tid på socialtjänsten (N=175)*

<b>Tid</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Upp till 6 månader	52	30
Mellan 7-12 månader	16	9
Mellan 13-24 månader	70	40
Över 24 månader	37	20

Vidare har 123 personer (70%) varit aktuella tidigare på socialtjänsten och många personer har även varit aktuella flertal gånger.



#### 4.1.1 Särskilda risker hos unga vuxna

Det framkommer sällan i utredningarna vilket land klienten är född i. Det är vanligare att det framkommer i utredningen om klienten är född i annat land. Detta gäller även föräldrarnas födelse-land. Nedan presenteras personens födelse-land i tabell 3 och föräldrarnas födelse-land i tabell 4 och 5.

*Tabell 3. Födelse-land (N=175)*

<b>Födelse-land</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Sverige	23	13
Övriga Norden	1	1
Övriga Europa	3	2
Utanför Europa	52	30
Framkommer inte	96	55

*Tabell 4. Födelse-land mamma (N=175)*

<b>Födelse-land mamma</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Sverige	10	6
Övriga Norden	3	2
Övriga Europa	4	2
Utanför Europa	59	34
Framkommer inte	99	57

*Tabell 5. Födelse-land pappa (N=175)*

<b>Födelse-land pappa</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Sverige	12	7
Övriga Norden	2	1
Övriga Europa	6	3
Utanför Europa	53	30
Framkommer inte	102	58

Av 175 utredningar saknas i 61 utredningar (34%) information om hur många syskon personen har. Totalt sett har 29 personer (17%) fler än två syskon. 128 personer (73%) är ensamstående- aldrig gifta eller sammanboende. 25 personer (14%) har barn, varav 9 personer (5%) har fler än ett barn.

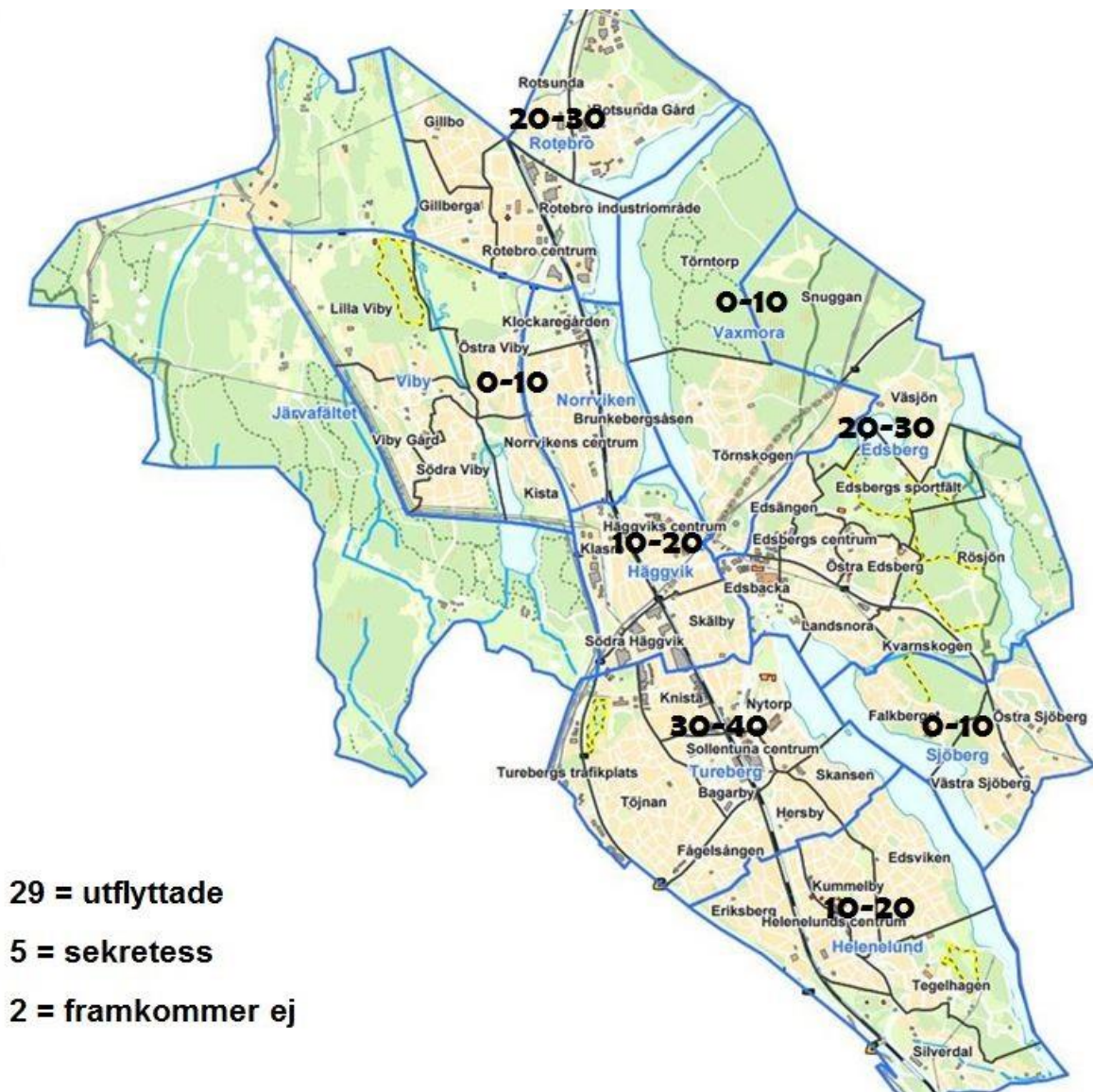
I tabellen nedan presenteras de vanligare boendesituationerna för de unga vuxna på socialkontoret.

Tabell 6. Aktuell boendesituation (N=175)

Boendesituation	Antal	Procent
Hysesrätt	13	7
Äger sitt boende	3	2
Bor stadigvarande hos föräldrar	65	37
Bostad med andrahandskontrakt	7	4
Inneboende med kontrakt	29	17
Tillfälligt boende	23	13
Stödboende	5	3
Familjehem	9	5
Social lägenhet	3	2
Hemlös	4	2
Övrigt	11	6

I vilken del av Sollentuna personerna bor i har sammanställts efter personernas nuvarande postadress. Nedan i figur 1 går att urskilja i vilka områden personerna bor i. Detta redovisas inte i exakta antal utan i fasta intervall för att inte röja någons identitet. Bland gruppen utflyttade kan det finnas personer som fått någon form av bostad i bistånd och därmed ändrat sin adress till den nuvarande bostaden. Personen tillhör därför fortfarande Sollentuna kommun när rapporten skrivs.

Figur 1. Postadress (N=175)



Det som framkommer av figur 1 är att det är vanligare att de unga som har kontakt med socialtjänsten är bosatta i områden som Tureberg, Edsberg, Helenelund samt Rotebro.

## Nätverk

I 175 lästa utredningar beskrivs det i 67 utredningar (38%) vilka personens nätverk består av och i 59 utredningar (34%) om viktiga personer i klientens nätverk. I 92 utredningar (53%) framkommer delvis personens nätverk genom att någon enstaka person är nämnd. I 16 utredningar (9%) står ingenting om personens nätverk.

Frågor som rör eventuell problematik inom familjen är svåra att presentera då det sällan framkommer i utredningarna om personen blivit tillfrågad detta eller om det finns i familjen.

Av 175 utredningar framkommer att 26 personer (15%) är tillfrågade om de har någon familjemedlem med missbruk/beroendeproblematik. Tjugo personer (11%) uppger att det förekommer missbruksproblem inom familjen.

Av 13 tillfrågade (7%) har 8 personer (5%) en eller flera familjemedlemmar som har problem med kriminalitet. Av 22 tillfrågade (13%) har 18 personer (10%) familjemedlemmar med psykisk eller fysisk ohälsa.

I tabell 7 presenteras hur många personer som har upplevt trauma eller förlorat någon nära anhörig eller om det inte framkommer i utredningen.

*Tabell 7. Upplevt trauma (N=175)*

Upplevt trauma	Antal	Procent
Ja	50	29
Nej	3	1
Framkommer inte	122	70

Det som framkommer i tabell 7 är att nästan 30% av alla unga vuxna som har kontakt med socialtjänsten har upplevt någon form av trauma trots sin unga ålder. En hög siffra med tanke på att det inte dokumenterats alls i 70% av utredningarna.

Nedan framkommer i tabell 8 om hur många personer som blivit utsatta för någon typ av våld.

*Tabell 8. Utsatt för våld (N=175)*

Våldsutsatt	Antal	Procent
Ja	58	33
Nej	24	14
Framkommer inte	93	53

Det som framkommer i tabell 8 är att många unga vuxna har blivit utsatta för våld men också att det saknas dokumentation om detta i många utredningar.

I tabell 9 redovisas antal personer som har bevittnat våld i hemmet.

*Tabell 9. Bevittnat våld i hemmet (N=175)*

Bevittnat våld i hemmet	Antal	Procent
Ja	23	13
Nej	2	1
Framkommer inte	150	86

I tabell 9 framkommer att det är ett stort mörkertal i utredningarna om vad som dokumenteras vad gäller våld i hemmet.

### Sysselsättning och försörjning

Tabellen nedan visar högsta genomförda utbildning.

*Tabell 10. Högsta genomförda utbildning (N=175)*

<b>Utbildning</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Ej avslutad grundskola	20	11
Grundskola	82	47
Gymnasium	34	19
Universitet	5	3
Okänd/framgår ej	31	18

I tabell 10 ser vi att nästan 50% av de unga vuxna har grundskolekompetens som högsta genomförda utbildning.

Nedan presenteras den vanligaste försörjningskällan senaste sex månaderna.

*Tabell 11. Försörjningskälla (N=175)*

<b>Försörjningskälla</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Lön	10	6
Studiemedel	14	8
Ekonomiskt bistånd	18	10
Ersättning från Försäkringskassan	33	19
Föräldrar/anhöriga	30	17
Etableringsprogram/Migrationsverket	8	5
Övrigt	12	7
Framkommer inte	50	29

I tabell 12 presenteras hur många som haft arbete på den öppna arbetsmarknaden senaste året.

*Tabell 12. Haft arbete senaste året (N=175)*

<b>Arbete senaste året</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Ja	38	22
Nej	91	52
Framkommer inte	46	26

I tabell 12 framkommer att över hälften av alla unga vuxna inte har arbetat på den öppna arbetsmarknaden under det senaste året.

Nedan återges personens huvudsakliga sysselsättning.

Tabell 13. Huvudsaklig sysselsättning (N=175)

Sysselsättning	Antal	Procent
Arbete heltid (minst 35 tim/v)	4	2
Arbete deltid (regelbundet)	-	-
Arbete deltid (oregelbundet)	4	2
Arbetsträning/praktik	8	5
Arbetssökande (inskriven på AF)	39	22
Studier	57	33
Värnplikt	-	-
Framkommer inte	5	3
Har ingen sysselsättning	56	32

I tabell 13 framkommer att de tre stora grupperna av unga vuxna antingen studerar, är arbetssökande eller inte har någon sysselsättning alls.

### Riskbruk/missbruk

I majoriteten av utredningarna fanns en rubrik ”missbruk” och ofta besvarades detta endast med ett nej. Hur detta är utrett är otydligt och det finns sällan information om frågor ställda kring ett eventuellt riskbruk.

I tabellen nedan presenteras hur riskbruket är dokumenterat i utredningarna i antal och procent.

Tabell 14. Antal i riskbruk (N=175). Procent inom parentes.

Riskbruk	Alkohol	Narkotika
Ja	4 (2)	8 (5)
Nej	107 (61)	103 (59)
Framkommer inte	64 (36)	64 (36)

I tabellen framkommer att 12 personer (7%) har ett riskbruk. I utredningarna framkommer även att 15 personer (8%) har *haft* ett tidigare riskbruk/missbruk och att 33 personer (19%) tidigare haft insatser kopplat till tidigare och/eller pågående riskbruk/missbruk.

Av utredningarna framkommer att totalt 28 personer (16%) har ett aktivt missbruk/beroende. I 66 utredningar framkommer inte att frågan är ställd. I tabellen nedan framgår vilken typ av beroende som är aktuellt. Ytterligare tre personer har ett dataspelsberoende.

*Tabell 15. Antal i missbruk (n=28)*

<b>Missbruk</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Alkohol	2	7
Narkotika	20	71
Tablett	2	7
Blandmissbruk, alk, nark, tab	4	14

## Psykisk och fysisk hälsa

Tabell 16 visar hur många personer som har långvariga kroppsliga skador/sjukdomar som påverkar livsföringen.

*Tabell 16. Kroppslig skada/sjukdom (N=175)*

<b>Kroppslig skada/sjukdom</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Ja	45	26
Nej	93	53
Framkommer inte	37	21

Tabell 16 visar att så många som 26% av gruppen unga vuxna har dokumenterade långvariga kroppsliga skador/sjukdomar.

Tabell 17 visar hur många personer som har dokumenterad långvarig psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.

*Tabell 17. Psykisk funktionsnedsättning/sjukdom (N=175)*

<b>Psykisk ohälsa</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Ja	85	49
Nej	60	34
Framkommer inte	30	17

I tabell 17 framkommer att nästan 50% av alla unga vuxna på socialtjänsten har en dokumenterad psykisk ohälsa.

De främst förekommande psykiska funktionsnedsättningarna/sjukdomarna som framkommer i utredningarna presenteras i tabellen nedan.

*Tabell 18. Psykiska funktionsnedsättningarna/sjukdomar (n=85)*

<b>Psykisk ohälsa</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
AD/HD / ADD	30	35
Autismstörningspektrat	9	10
Depression/ångest	34	40
Social fobi/ tvång	15	17
PTSD	3	3
Psykosjukdom/schizofreni	4	5
Bipolär sjukdom	2	2
Boarderline	5	6
Traumatiserad	3	3
Ätstörning	3	3
Pågående AD/HD utredning	7	8

Tabell 18 visar att 35% av de med psykisk ohälsa har en dokumenterad ADHD /ADD diagnos, 40% har diagnos depression/ångest.

Tabellen nedan visar hur dokumentationen ser ut vad gäller hur många som upplever stress/oro/nedstämdhet.

*Tabell 19. Upplever stress/oro/nedstämdhet (N=175)*

<b>Stress/oro/nedstämdhet</b>	<b>Antal</b>	<b>Procent</b>
Ja	87	50
Nej	12	7
Framkommer inte	76	43

I tabell 19 framkommer av dokumentationen att hälften av alla unga vuxna upplever stress/oro/nedstämdhet. I nästan hälften av alla utredningar framkommer ingenting alls om detta.

I tabellen nedan presenteras tre frågor om personen haft självmordstankar, gjort självmordsförsök någon gång och om personen har en pågående kontakt med psykiatri i antal och procent (%).

*Tabell 20. Självmordstankar/försök, psykiatrikontakt (N=175). Procent inom parantes.*

	<b>Självmordstankar</b>	<b>Självmordsförsök</b>	<b>Psykiatrikontakt</b>
Ja	27 (15)	11 (6)	62 (36)
Nej	4 (2)	8 (5)	40 (23)
Framkommer inte	144 (82)	156 (89)	70 (41)

I nästan 90% av utredningarna saknas dokumentation om personen någon gång försökt ta sitt liv eller funderat på det. 15% av de unga vuxna har haft självmordstankar.



## Kriminalitet

I tabell 21 presenteras svar från fyra olika frågor som har ställts kring rättsliga problem. Svaren baseras med antal och procent (%) inom parentes.

*Tabell 21. Rättsliga problem (N=175). Procent inom parentes.*

	<b>Blivit dömd för brott</b>	<b>Frivårds-påföljd</b>	<b>Varit frihets - berövad</b>	<b>Väntar åtal, rättegång, straffpåföljd</b>
Ja	28 (16)	7 (4)	12 (7)	9 (5)
Nej	15 (9)	28 (16)	17 (10)	17 (10)
Framkommer inte	132 (75)	140 (80)	146 (83)	149 (85)

I tabell 21 framkommer att det är lite dokumenterat om rättsliga problem i utredningarna. 16% har blivit dömda för brott enligt de studerade utredningarna.

Utifrån resultatet ovan presenteras nedan en uppdelning av olika risk- och skyddsfaktorer inom gruppen unga vuxna med en fördelning av kön man och kvinna. Risk- och skyddsfaktorerna är framtagna utifrån teorin om psykopatologi med sin forskning om utsatta människors motståndskraft i samspel med riks faktorer och skyddsfaktorer i omgivningen (Meeuwisse et al, 2008).

### 4.1.2 Könsskillnader avseende gruppen unga vuxna inom socialtjänsten

Nedan beskrivs könsskillnader i den totala urvalsgruppen. Avsnittet avslutas sedan med en sammanfattning i tabellform.

Fler män (57%) än kvinnor (43%) aktuella i målgruppen unga vuxna på socialkontoret. Det är en stor skillnad på enheten för missbruk där det är dubbelt så många män aktuella än kvinnor. På enheten för socialpsykiatri är det istället fler kvinnor (59%) än män (41%). På barn och ungdomsenheten är två tredjedelar män. På ekonomi och integration är det jämnare. Tio procent fler män har varit aktuella på socialtjänsten tidigare. Det är ett par fler män som har varit aktuella i över två år än kvinnor men det är en jämnare siffra. I åldern 18-19 är det fler män aktuella (63%) än kvinnor (47%) och i åldern 20-25 är det istället fler kvinnor aktuella (56%) än män (44%). I åldern 26-29 är det jämnare mellan könen.

Födelseland saknas ofta i dokumentationen men av det som har dokumenterats framkommer att det är lika många kvinnor som män som är födda utanför Europa (15%) men dubbelt så många män än kvinnor som är födda i Sverige. Fler kvinnor är gifta eller sambo 6% till skillnad från männen med 4% och betydligt många fler kvinnor har tidigare varit gifta eller sammanboende 9% till skillnad från männen med 2%. 20 kvinnor (11%) respektive fem män

(3%) har barn. Nästan dubbelt så många kvinnor bor i egen hyresrätt (5%). Det är enbart kvinnor (2%) som under utredningen redan bor i en social lägenhet. Betydligt fler män bor kvar hos sina föräldrar med 23% till skillnad från kvinnorna med 14%. Fem kvinnor (1%) bor i familjehem kontra tre män. Tre män bor på HVB hem och ingen kvinna.

### Nätverk

Det framkommer oftare i utredningarna vilka som ingår i personens nätverk hos männen med 22% kontra 16% bland kvinnorna. Men det anges lika ofta viktiga personer för personen i utredningarna för båda könen. 8% av männen har missbruk inom familjen och enbart 3% av kvinnorna. Vad gäller kriminalitet inom familjen förekommer det också oftare i männens familj (3%) än i kvinnornas (1%) enligt utredningarna. Det är lika stor andel kvinnor (5%) som män (5%) som har familjemedlemmar med psykisk eller fysisk ohälsa. Lika stor andel, 14% inom respektive könstillhörighet, har även upplevt trauma eller förlorat någon anhörig. 6% fler kvinnor har varit utsatta för våld då totalt 19% av kvinnorna uppger detta. En något större andel kvinnor (7%) har även bevittnat våld i hemmet än männen (6%).

### Sysselsättning och försörjning

Nästan fem procent fler män har en gymnasieutbildning än kvinnorna. En större andel män (28%) har också genomfört grundskolan än vad kvinnorna (19%) har. Tre kvinnor kontra två män har en universitetsutbildning. Det är fler män (4%) som försörjer sig på egen lön och fler som har studiemedel (5%). Det är vanligare att kvinnor (13%) än män (6%) har ersättning från Försäkringskassan och en större andel kvinnor har ekonomiskt bistånd (6%). Fler män har arbete och nästan alla som praktiserar eller arbetstränar är kvinnor (4%). Samma andel män som kvinnor är arbetssökande (11%). Sex procent fler av männen studerar men åtta procent fler av männen har ingen sysselsättning alls. Tre procent fler män har haft ett arbete på den öppna arbetsmarkanden senaste året.

### Riskbruk/missbruk

Enligt utredningarna är det samma andel kvinnor (1%) som män (1%) har ett riskbruk vad gäller alkohol och något fler män (3%) än kvinnor (2%) vad gäller narkotika. Fler män har ett missbruk/beroende då 18 stycken män uppger detta till skillnad från kvinnorna där det är åtta personer. Fler kvinnor har ett alkoholberoende och tablettmissbruk medan männen oftare har ett narkotikamissbruk. Fler män har ett blandmissbruk. 13% av männen kontra 6% av

kvinnorna har tidigare fått insatser kopplat till sitt riskbruk/missbruk och en större andel män (6%) än kvinnor (3%) har tidigare haft ett missbruk.

### Psykisk och fysisk hälsa

Samma andel män som kvinnor har kroppsliga skador/sjukdomar som påverkar livsföringen (13%). Fyra procent fler män har en långvarig psykisk funktionsnedsättning/sjukdom. Samma andel män som kvinnor upplever stress/oro/nedstämdhet (25%). Nästan samma andel kvinnor (23%) som män (26%) har depression/ångest och social fobi/tvång (11%). Procentuellt fler kvinnor (10%) än män (6%) har haft självmordstankar men det är många fler män än kvinnor där det inte framkommer i utredningarna som personen fått frågan. Vad gäller männen saknas dokumentation helt om detta i 50% av utredningarna och 32% hos kvinnorna. Det är lika vanligt bland kvinnorna som männen har gjort självmordsförsök (3%) enligt dokumentationen och samma andel har en pågående kontakt med psykiatri (18%).

### Kriminalitet

Majoriteten av alla som blivit dömda för brott, som väntar på åtal, rättegång eller straffpåföljd är män. Samma andel kvinnor som män har frivårdspåföljd (2%) men nästan alla som varit frihetsberövade någon gång är män.

#### 4.1.3 Sammanfattning av risk - och skyddsfaktorer

I tabell 22 och 23 sammanfattas vilka framträdande skydds- och riskfaktorer som framkommit i de 175 lästa utredningarna. Sammanfattningen består även av en uppdelning mellan könen.

Procent är beräknad man och kvinnor för sig för att möjliggöra jämförelser mellan könen inom socialtjänsten.

*Tabell 22. Skyddsfaktorer som har dokumenterats, könsuppdelat. Antal och procent i parentes.*

<b>Skyddsfaktorer</b>	<b>Kvinna</b> (n=76)	<b>Man</b> (n=99)	<b>Totalt</b> (n=175)
Gift/sambo	10 (13)	7 (7)	17 (10)
Hysesrätt/äger sitt boende	11 (14)	5 (5)	16 (9)
Viktiga personer i nätverk	28 (36)	31 (31)	59 (34)
Universitetsutbildning	3 (4)	2 (2)	5 (3)
Gymnasieutbildning	13 (17)	21 (21)	34 (19)
Lön /studiemedel	9 (11)	15 (15)	24 (14)
Arbete senaste året	16 (21)	22 (22)	38 (21)
Kontakt med psykiatri	31 (40)	31 (31)	62 (36)

*Tabell 23. Riskfaktorer som har dokumenterats, könsuppdelat. Antal och procent i parentes.*

<b>Riskfaktorer</b>	<b>Kvinna</b> (n=76)	<b>Man</b> (n=99)	<b>Totalt</b> (n=175)
Född utanför Europa	25 (32)	27 (27)	52 (30)
Tillfälligt boende	11 (14)	12 (12)	23 (13)
Missbruk/kriminalitet inom familj	8 (10)	20 (20)	28 (16)
Psykisk/fysisk ohälsa inom familj	9 (11)	9 (9)	18 (10)
Upplevt trauma	25 (32)	25 (25)	50 (28)
Utsatt för våld	34 (44)	24 (24)	58 (33)
Bevittnat våld i hemmet	13 (17)	10 (10)	23 (13)
Ej avslutad grundskola	9 (12)	11 (11)	20 (11)
Grundskoleutbildning	33 (43)	49 (49)	82 (53)
Ingen sysselsättning	21 (27)	35 (35)	56 (32)
Riskbruk alk/nark	5 (6)	7 (7)	12 (7)
Missbruk/beroende	8 (10)	18 (18)	26 (15)
Kroppsliga skador/sjukdomar	23 (30)	22 (22)	45 (16)
Psykisk funkneds./sjukdom	39 (51)	46 (46)	85 (49)
Självordstankar	17 (22)	10 (10)	27 (16)
Dömd för brott	6 (8)	22 (22)	28 (16)

## 4.2 Skillnader hos målgruppen inom de olika enheterna

Går det att se skillnader på målgruppen inom de olika enheterna? Nedan presenteras en sammanställning av resultatet från var och en av socialtjänstens enheter/målgrupper. Procent är beräknad enhetsvis för att möjliggöra jämförelser mellan de olika enheterna inom socialtjänsten.

### 4.2.1 Missbruksenheten

På missbruksenheten är det 18 personer (10% av alla unga vuxna) som är aktuella. Nedan beskrivs komponenter som sticker ut utifrån de svar som framkommit. 15 personer (83%) har sedan innan varit aktuella på socialtjänsten. Hälften har varit aktuella upp till sex månader och andra hälften mellan sex månader upp till ett år. Ingen har varit aktuell i över ett år. Åtta personer har även insats på ekonomienheten och en person på socialpsykiatri.

Det är dubbelt så många män som kvinnor. 11 personer befinner sig i åldern 20-25 år och sju stycken mellan 26-29 år. Majoriteten är född i Sverige, liksom föräldrarna. De flesta är ensamstående, aldrig gifta eller sammanboende. Fyra personer (22%) har barn, sex barn totalt. Sju personer (39%) bor hos sina föräldrar, fem personer (28%) på tillfälliga boenden, två (11%) har eget hyreskontrakt, en person (5%) äger sitt eget boende och tre personer (17%) är hemlösa i den mening att de inte har någonstans att sova.

### Nätverk

I hälften av utredningarna presenteras ett nätverk och även personer som är viktiga i nätverket. Missbruk förekommer inom familjen hos sex personer (33%), kriminalitet hos två (11%), psykisk/fysisk ohälsa hos två (11%). En tredjedel har upplevt trauma eller förlorat någon nära anhörig. 11 personer (61%) har varit utsatt för våld.

### Sysselsättning och försörjning

Hälften av målgruppen har en grundskoleutbildning som högsta utbildning, och endast fem har en gymnasieutbildning och ingen har läst på universitet. Den huvudsakliga inkomstkällan är ekonomiskt bistånd eller att det inte framkommer i utredningen. Mer än hälften har ingen sysselsättning alls och en lika stor grupp har heller inte haft något arbete på den öppna arbetsmarknaden det senaste året.

## Riskbruk/missbruk

17 personer har ett missbruk/beroende och en person har ett riskbruk. 11 personer (61%) har ett narkotikamissbruk och endast en person har alkoholmissbruk. 15 personer (83%) har haft insatser även tidigare kopplat till sitt missbruk.

## Psykisk och fysisk hälsa

Det framkommer att hälften har kroppsliga skador/sjukdomar som påverkar livsföringen och mer än hälften har långvarig psykisk funktionsnedsättning/sjukdom. 13 personer (72%) upplever stress/oro/nedstämdhet. Nio personer (50%) har haft självmordstankar och fem (28%) har gjort självmordsförsök. Sex personer (33%) har en pågående kontakt med psykiatri.

## Kriminalitet

12 personer (67%) har blivit dömda för brott. Fem personer (28%) har varit frihetsberövade och fyra (22%) har frivårdspåföljd.

### 4.2.2 Enheten för socialpsykiatri

På enheten för socialpsykiatri är det 29 personer (17%) av totalpopulationen som är aktuella. Nedan kommer en beskrivning av komponenter som sticker ut särskilt hos denna grupp. En person har även insats på missbruksenheten och fem personer är aktuella på ekonomienheten. 20 personer (69%) av de inom enheten har tidigare varit aktuella på socialtjänsten. Sju personer (24%) har varit aktuella upp till sex månader, åtta personer (28%) mellan sex månader och ett år och 10 personer (34%) har varit aktuella i över två år.

17 personer (59%) är kvinnor respektive 12 personer (41%) män. Det är fler i 20-25 års ålder än mellan 25-29 år. Det framkommer inte alls i utredningarna i vilket land personerna är födda eller föräldrarna. Majoriteten har syskon. 23 personer (80%) är ensamstående, aldrig gifta eller sammanboende och ingen har barn. Två personer (7%) har eget hyreskontrakt och lika många äger sitt boende. En person har ett andrahandskontrakt och en bor inneboende. 17 personer (57%) bor stadigvarande hos föräldrar och fyra (14%) bor i tillfälligt boende.

## Nätverk

I 18 utredningar (62%) anges hela nätverket samt viktiga personer för personen i nätverket. Det är mer sällan det är förekommande med ohälsa, kriminalitet och missbruk inom familjen. Sju personer (24%) har blivit utsatta för våld.

## Sysselsättning och försörjning

Majoriteten har gått ut grundskolan. De flesta försörjer sig via Försörjningskassan alternativt via ekonomiskt bistånd. 17 personer (59%) har ingen sysselsättning alls, sju personer (24%) studerar och tre (10%) arbetstränar eller går på praktik. 13 personer (45%) har inte haft arbete på den öppna arbetsmarknaden senaste året. I lika många utredningar framkommer detta inte alls.

## Riskbruk/missbruk

En person har dokumenterat riskbruk och två har ett missbruk. I 15 utredningar (52%) framkommer det inte om frågorna är ställda. Fem personer (17%) har tidigare fått insatser kopplat till riskbruk/missbruk och tre (10%) uppger att de haft problem tidigare.

## Psykisk och fysisk hälsa

Samtliga har långvarig psykisk funktionsnedsättning/sjukdom. 11 personer (15%) har AD/HD /ADD, 15 personer (22%) depression och ångest och 11 personer (15%) har social fobi och tvång. 21 personer (72%) upplever också stress/oro/nedstämdhet. 25 personer (86%) har en aktuell kontakt med psykiatri, åtta (28%) har haft självmordstankar och fem (17%) har försökt begå självmord. Åtta personer (28%) har kroppsliga skador/sjukdomar som påverkar livsföringen.

## Kriminalitet

Det finns inget dokumenterat om kriminalitet.

### 4.2.3 Barn- och ungdomsenheten

På enheten för barn och ungdomar är det 45 personer (26%) av alla 175 unga vuxna som är aktuella. Nedan beskrivs faktorer som sticker ut särskilt hos denna grupp.

Tre personer har insats på annan enhet nämligen ekonomienheten. 37 personer (82%) av de inom BoU har varit aktuella inom socialtjänsten tidigare. 18 personer (40%) har varit aktuella i över två år, 11 personer (24%) mellan ett och två år, sju personer (16%) mellan sex månader och ett år och sedan nio personer (20%) upp till sex månader.

Tre fjärdedelar är män, en fjärdedel är kvinnor. De flesta är mellan 18-19 år men en del är mellan 20-25 år. I ungefär hälften av utredningarna framkommer inte vilket land personen är född i men när det väl är dokumenterat så är majoriteten födda utanför Europa, 17 personer

(37%). Så gott som hela gruppen är ensamstående- aldrig gifta eller sammanboende, en person har barn. Ingen har eget boende men en person bor inneboende. 17 personer (37%) bor stadigvarande hos föräldrar, fyra personer (8%) på tillfälligt boende och fem (11%) på stödboende. Åtta personer (18%) bor i familjehem och ytterligare tre (7%) på HVB. Tre personer bor i jourhem (7%).

## Nätverk

I hälften av utredningarna framkommer hela personens nätverk och viktiga personer i nätverket. Sju personer (15%) har missbruk inom familjen och nio (20%) psykisk eller fysisk ohälsa. Men i de flesta fall står ingenting alls om detta. Hälften av alla har upplevt trauma eller förlorat någon anhörig. 17 personer (37%) har upplevt våld och 14 personer (31%) har bevittnat våld i hemmet, men även här framkommer det för det mesta inte att frågorna är ställda.

## Sysselsättning och försörjning

De flesta har enbart en grundskoleutbildning, men majoriteten studerar på heltid då på gymnasienivå eftersom de tillhör den åldersgruppen. Åtta personer (18%) har ingen sysselsättning alls. Majoriteten blir försörjda av sina föräldrar, men i 14 utredningar (31%) framkommer det inte alls. Majoriteten har inte haft någon anställning på den öppna arbetsmarknaden senaste året.

## Riskbruk/missbruk

I 28 utredningar (62%) står ingenting om riskbruk eller missbruk. Åtta personer (17%) har ett riskbruk, främst narkotika. Fem personer (11%) har narkotikamissbruk, två dataspelsmissbruk. Sju personer (15%) har haft tidigare insatser för riskbruk/missbruk.

## Psykisk och fysisk hälsa

17 personer (37%) har långvarig psykisk funktionsnedsättning/sjukdom. De flesta har AD/HD / ADD och fyra personer (8%) har depression/ångest. 26 personer (58%) har upplevt stress/oro/nedstämdhet. I majoriteten av utredningarna nämns det inte alls men det framkommer ändå att åtta personer (18%) har haft självmordstankar men endast i tre utredningar står något om självmordsförsök. 14 personer (31%) har pågående kontakt med psykiatri.



## Kriminalitet

I majoriteten av utredningarna står ingenting men fyra personer (8%) har blivit dömda för brott, lika många väntar på åtal, rättegång eller straffpåföljd. Tre personer (6%) har varit frihetsberövade.

### 4.2.4 Enheten för ekonomi och integration

På enheten för ekonomi och integration är det 99 personer (66%) av alla unga vuxna som är aktuella med insatser men eftersom 16 personer även är aktuella på andra enheter har enbart 83 utredningar från enheten ekonomi och integration tagits med i studien. Nedan kommer en beskrivning av faktorer som sticker ut särskilt hos denna grupp. 40 personer (48%) har varit aktuella upp till sex månader, 27 personer (33%) från ett halvår till ett år, 32 personer (38%) mellan ett och två år och 14 personer (17%) som har varit aktuella i över två års tid. 66 personer (80%) har varit aktuella tidigare.

Det är jämt mellan könen med ungefär hälften kvinnor och män. Det är 51 personer (61%) i åldrarna 20-25 år. 46 personer (55%) är mellan 26-30 år. I fler än hälften av utredningarna framkommer inte vilket land personen är född i, eller dess föräldrar. När det är dokumenterat i utredningarna är de flesta födda utanför Sverige med 37 personer (45%), likaså föräldrarna. 61 personer (73%) är ensamstående- aldrig gifta eller sammanboende, 17 (20%) har varit gifta eller sammanboende tidigare och 14 (17%) är gifta eller sammanboende. 23 (27%) personer har barn, totalt 34 barn. 30 personer (36%) bor stadigvarande hos sina föräldrar, 28 (33%) har inneboendekontrakt, 15 (18%) bor i tillfälliga boenden, 10 (12%) har egen hyresrätt och 7 (8%) personer hyr i andrahand. Tre personer är hemlösa.

## Nätverk

I 11 (13%) av utredningarna framkommer inget nätverk alls och i 44 (53%) utredningar framkommer inte vilka i nätverket som är viktiga. Åtta personer (9%) har familjemedlemmar med missbruksproblem, sex (7%) med psykisk/fysisk ohälsa och sju (8%) med kriminalitet. 27 personer (32%) har upplevt trauma eller förlorat någon nära anhörig, 34 personer (41%) har blivit utsatta för våld och tio (12%) har bevittnat våld i hemmet.

## Sysselsättning och försörjning

37 personer (45%) har grundskoleutbildning som högsta utbildning, 27 personer (32%) har läst på gymnasiet och 12 personer (14%) har ingen grundskoleutbildning alls. Fem personer

(6%) har universitetsutbildning. I 32 utredningar (38%) framkommer inte hur personen har försörjt sig de senaste sex månaderna, 19 personer (23%) har fått ersättning från Försäkringskassan, 12 (14%) har ekonomiskt bistånd sedan innan men i annan kommun, tio (12%) har haft studiemedel och sex personer har haft lön. 37 personer (45%) är arbetsökande, 33 personer (40%) har ingen sysselsättning alls, 15 personer (18%) studerar. Hälften har inte haft någon anställning på den öppna arbetsmarknaden senaste året.

### Riskbruk/missbruk

I många utredningar finns en rubrik ”missbruk” och ett svar nej. Det är otydligt om det ställts frågor om eventuellt riskbruk. Det framkommer att fyra personer (5%) har ett riskbruk och 11 personer (12%) har ett missbruk, vanligast är narkotikamissbruk. 14 personer (17%) har haft tidigare insatser kopplat till riskbruk/missbruk. Sju personer (8%) har haft ett riskbruk/missbruk.

### Psykisk och fysisk hälsa

31 personer (37%) har långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar. 39 personer (47%) har långvarig psykisk funktionsnedsättning/sjukdom. De flesta med diagnos AD/HD alternativt ADD, depression/ångest och social fobi/tvång. 37 personer (45%) upplever stress, oro eller nedstämdhet. Det framkommer sällan i utredningarna om personen fått frågan om självmordstankar eller försök. I 10 utredningar (12%) där det finns dokumenterat något om självmord framkommer att åtta personer (9%) haft självmordstankar och tre (4%) som har gjort tidigare självmordsförsök. 27 personer (32%) har pågående kontakt med psykiatri.

### Kriminalitet

I majoriteten av utredningarna framkommer ingenting om eventuell kriminalitet eller om frågan är ställd. 17 personer (20%) har blivit dömda för brott, sex (7%) väntar på åtal, rättegång eller straffpåföljd, fem (6%) har frivårdspåföljd och åtta (9%) har varit frihetsberövade någon gång.

### 4.2.5 Sammanfattning på enhetsnivå

I tabell 24 och 25 sammanfattas de mest framträdande skydds- och riskfaktorer som framkommit i de 175 lästa utredningarna med en uppdelning på de olika enheterna med antal och procent (%). Procent är beräknad enhetsvis för att möjliggöra jämförelser mellan de olika

enheterna inom socialtjänsten. Det som presenteras är alltså det som har framkommit i utredningarna och som besvarats med ett ”JA”.

*Tabell 24. Skyddsfaktorer som har dokumenterats, uppdelade på enheterna. Antal och procent (%).*

<b>Skyddsfaktorer</b>	<b>Missbruks- enheten</b> (n=18)	<b>Social- psykiatri</b> (n=29)	<b>Barn- och ungdom</b> (n=45)	<b>Ekonomi och integration</b> (n=83)
Gift/sambo	1 (5)	3 (10)	-	14 (17)
Hysesrätt/äger sitt boende	3 (16)	4 (13)	-	10 (12)
Viktiga personer i nätverket	9 (50)	18 (62)	12 (26)	29 (35)
Universitetsutbildning	-	1 (3)	0 (0)	5 (6)
Gymnasieutbildning	5 (27)	3 (10)	2 (4)	27 (33)
Lön/studiemedel	4 (22)	4 (13)	2 (4)	16 (18)
Arbete senaste året	5 (27)	3 (10)	2 (4)	29 (35)
Kontakt med psykiatri	6 (33)	25 (86)	14 (31)	27 (33)

*Tabell 25. Riskfaktorer som har dokumenterats, uppdelade på enheterna. Antal och procent (%).*

<b>Riskfaktorer</b>	<b>Missbruks- enheten</b> (n=18)	<b>Social- psykiatri</b> (n=29)	<b>Barn- och ungdom</b> (n=45)	<b>Ekonomi och integration</b> (n=83)
Född utanför Europa	-	2 (6)	17 (37)	34 (41)
Tillfälligt boende	5 (27)	4 (13)	4 (8)	15 (18)
Missbruk/kriminalitet inom familj	8 (44)	4 (13)	8 (17)	15 (18)
Psykisk/fysisk ohälsa inom familj	2 (11)	2 (6)	9 (20)	6 (7)
Upplevt trauma	5 (27)	2 (6)	21 (46)	27 (33)
Utsatt för våld	11 (61)	7 (24)	17 (37)	34 (41)
Bevittnat våld i hemmet	-	2 (6)	14 (31)	10 (12)
Ej avslutad grundskola	3 (16)	1 (3)	7 (15)	12 (14)
Grundskoleutbildning	9 (50)	17 (58)	25 (55)	37 (45)
Ingen sysselsättning	10 (55)	17 (58)	8 (17)	33 (40)
Riskbruk alk/nark	1 (5)	1 (3)	8 (17)	4 (5)
Missbruk/beroende	15 (83)	2 (6)	5 (11)	11 (13)
Kroppsliga skador/sjukdomar	7 (38)	8 (27)	4 (8)	31 (37)
Psykisk funkneds./sjukdomar	11 (61)	29 (100)	17 (37)	39 (47)
Själv mordstankar	9 (50)	8 (27)	8 (17)	2 (2)
Dömd för brott	12 (66)	1 (3)	4 (8)	17 (20)

Det framkommer färre skyddsfaktorer för de yngre på barn- och ungdomsenheten men det kan ha att göra med att de är för unga för att ha hunnit med att gifta sig eller att skaffa en högskoleutbildning. På missbruksenheten och socialpsykiatri framkommer i utredningarna

oftare om personen har någon viktig person i sitt nätverk än på de andra enheterna. Vi ser vidare att det finns många riskfaktorer inom gruppen och inom samtliga enheter.

### 4.3 Utrednings- och bedömningsinstrument i utredningar

I 93 utredningar (53% av alla) har inget utrednings- eller bedömningsinstrument använts. I ytterligare 6 utredningar (3%) framkommer det inte vilket som använts. Utrednings- eller bedömningsinstrument ASI och Camberwell Assessment of Need (CAN) används främst inom missbruk och socialpsykiatri medan Barnets Behov i Centrum (BBIC) och Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) används inom barn- och ungdomsenheten. De flesta utredningar utan utrednings- och bedömningsinstrument har gjorts på ekonomienheten.

Nedan är en sammanställning på de utrednings- eller bedömningsinstrument som har använts i de 175 utredningarna. De är uppdelade på enheterna.

*Tabell 26. Utrednings eller bedömningsinstrument som använts. Antal och procent inom parentes.*

<b>Utrednings- /bedömningsinstrument</b>	<b>Missbruks- enheten</b> (n=18)	<b>Social- psykiatri</b> (n=29)	<b>Barn- och ungdom</b> (n=45)	<b>Ekonomi och integration</b> (n=83)
ASI	14 (77)	-	-	-
CAN	-	20 (69)	-	-
BBIC	-	-	37 (82)	-
ADAD	1 (<1)	-	-	-
BBIC och ADAD	-	-	3 (6)	-
BBIC och DUDIT, AUDIT	-	-	1 (2)	-
Framkommer inte/ Inget	4 (16)	9 (31)	5 (10)	83 (100)

Det framkommer att det är mycket information som inte framkommer i utredningarna. Sammanfattningsvis kan urskiljas i tabell 27 hur stor andel i procent (%) av utredningar där det *saknas* dokumentation ("framkommer inte") inom olika livsområden, uppdelat på enhet. Detta för att tydliggöra eventuella konsekvenser av att man på socialförvaltningen, som det tydligt visas i tabell 26 använder olika utrednings- och bedömningsinstrument i utredningarna.

Tabell 27. Saknas dokumentation i utredningar. Antal och procent i parentes.

Livsområden/riskområden	Missbruks- enheten (n=18)	Social- psykiatri (n=29)	Barn- och ungdom (n=45)	Ekonomi och integration (n=83)
Födelseland	9 (50)	27 (93)	18 (40)	53 (64)
Missbruk inom familj	9 (50)	26 (89)	35 (77)	83 (100)
Kriminalitet inom familj	14 (77)	28 (96)	42 (93)	83 (100)
Psykisk/fysisk ohälsa inom familj	13 (72)	27 (93)	35 (77)	83 (100)
Utsatt för våld	5 (27)	21 (72)	26 (57)	45 (54)
Bevittnat våld i hemmet	17 (94)	27 (93)	31 (68)	83 (100)
Högsta utbildning	1 (5)	6 (20)	11 (24)	16 (19)
Försörjningskälla	4 (22)	2 (6)	14 (31)	32 (38)
Haft arbete senaste året	2 (11)	13 (44)	13 (28)	21 (25)
Förekommer riskbruk alk	-	14 (48)	27 (60)	26 (31)
Förekommer riskbruk nark	-	14 (48)	27 (60)	26 (31)
Har personen missbruk/beroende	-	15 (51)	28 (62)	27 (32)
Har haft risk/missbruk	2 (11)	15 (51)	34 (75)	42 (51)
Kroppsliga skador/sjukdomar	1 (5)	3 (10)	11 (24)	24 (29)
Psykisk funktionsnedsjukdom	1 (5)	-	8 (17)	21 (25)
Stress/oro/nedstämdhet	5 (27)	8 (27)	18 (40)	51 (61)
Haft självmordstankar	8 (44)	19 (65)	37 (82)	83 (100)
Gjort självmordsförsök	9 (50)	23 (79)	42 (93)	83 (100)
Dömd för brott	4 (22)	28 (96)	37 (82)	71 (86)
Väntar åtal, rättegång, straffpåföljd	7 (38)	29 (100)	40 (88)	83 (100)
Frivårdspåföljd	6 (33)	28 (96)	39 (86)	77 (93)
Frihetberövad någon gång	8 (44)	29 (100)	40 (88)	78 (94)

Utifrån vad som framkommer i utredningarna på socialtjänsten görs en analys för att sedan eventuellt bevilja olika insatser. Vilka insatser som är beviljade målgruppen unga vuxna presenteras nedan.

#### 4.4 Insatser för unga vuxna

I tabellen nedan presenteras de vanligare insatserna som är beviljade målgruppen unga vuxna i Sollentuna kommun. Förutom dessa insatser har någon enstaka fått beviljat råd- och stödsamtal av socialsekreterare, kontaktfamilj, brottsamtal samt inväntar kontaktfamilj /person, se under övriga insatser. Procent är beräknad enhetsvis för att möjliggöra jämförelser mellan olika enheterna inom socialtjänsten. 16 personer är aktuella med insatser på olika enheter samtidigt och därmed kan de finnas i flera kolumner samtidigt. Av tabellen framgår

inte vilken enhet som har beviljat vilken insats utan enbart på vilken enhet personen är aktuell med insats.

*Tabell 28. Beviljade insatser uppdelade enhetsvis. Antal och procent inom parentes.*

<b>Beviljade insatser</b>	<b>Missbruks- enheten (n=18)</b>	<b>Social- psykiatri (n=29)</b>	<b>Barn- och ungdom (n=45)</b>	<b>Ekonomi och integration (n=99)</b>
Ekonomiskt bistånd	8 (44)	5 (17)	3 (6)	97 (98)
Intern öppenvård sbm	6 (33)	1 (3)	1 (2)	2 (2)
Extern öppenvård	1 (5)	-	1 (2)	1 (1)
Boendestöd/kontaktperson	6 (33)	20 (69)	10 (22)	11 (11)
Boendestöd med träninglägenhet	-	1 (3)	4 (9)	-
Familjebehandling/samtal	-	-	8 (18)	1 (1)
Sysselsättning	-	4 (14)	-	4 (4)
Stödboende	6 (33)	4 (14)	8 (18)	7 (7)
Försökslägenhet	-	1 (3)	-	2 (2)
Familjehemsplacering	-	-	8 (18)	-
HVB	2 (11)	3 (10)	6 (13)	-
Tillfälligt boende	3 (16)	2 (7)	-	11 (11)
Övriga insatser	3 (16)	2 (7)	2 (4)	-

I tabellen framkommer att det främst är genom missbruksenheten som intern och extern öppenvård är beviljad. Boende är en insats som samtliga enheter beviljar fast i olika former. Antal HVB placeringar är jämt fördelade förutom inom ekonomi och integration som inte har några sådana insatser. Barn- och ungdomsenheten är de enda som beviljar familjebehandling och familjehemsplacering.

I studien och i tabell 29 framkommer även omfattningen av beviljad insats öppenvård då öppenvården är någonting man gärna ska bevilja klienter i första rum. I kategori öppenvård i denna studie ingår alla insatser som finns inom kommunen dvs. intern öppenvård, boendestöd/kontaktperson, familjebehandling och även insats sysselsättning som oftast beviljas i form av kommunens egen verksamhet. Procent är beräknad enhetsvis för att möjliggöra jämförelser mellan olika enheterna inom socialtjänsten. 16 personer är aktuella med insatser på olika enheter samtidigt och därmed kan de finnas i flera kolumner samtidigt.

*Tabell 29. Beviljad mängd öppenvård uppdelade enhetsvis. Antal och procent i parentes.*

<b>Mängd öppenvård</b>	<b>Missbruks- enheten (n=18)</b>	<b>Social- psykiatri (n=29)</b>	<b>Barn- och ungdom (n=45)</b>	<b>Ekonomi och integration (n=99)</b>
- Vid behov	3 (16)	-	-	2 (2)
- 1-3 timmar/vecka	4 (22)	18 (62)	4 (13)	6 (6)
- 4-8 timmar/vecka	-	-	6 (13)	1 (1)
- 10 timmar/vecka	-	-	1 (2)	-
- 1 tim/varannan vecka	-	-	1 (2)	-
- En helg i månaden	-	-	1 (2)	-
- Strukturerad heltid	-	2 (7)	-	3 (3)
- Strukturerad deltid	-	2 (7)	-	-
- Framkommer inte	6 (33)	2 (7)	6 (13)	6 (6)

Det är svårt att få en helhetsbild av vad det är som är beviljat i vilken mängd men det som framkommer i tabellen är att det inte beviljas någon öppenvård i all för stor omfattning då enbart fyra personer blivit beviljade öppenvård i någon form av strukturerad heltid/deltid. All annan beviljad öppenvård verkar vara mer sporadisk.

## 5. Analys och tolkning med stöd av den teoretiska utgångspunkten

I det här kapitlet analyseras och tolkas det insamlade datamaterialet. De variabler som lyfts fram är *boende, sysselsättning, fysisk och psykisk hälsa, alkohol och narkotika*. Annat som diskuteras är dokumentation inom socialtjänsten samt insatser för unga vuxna. Som en följd av projektets begränsade omfattning har möjligheten att mer på djupet studera enskilda variabler inte funnits. I resultatdelen kan det från tabellerna utläsas vilka faktorer som sticker ut t.ex. genom skillnader i frekvens eller procenttal.

I analysen samspelar studiens frågeställningar med varandra. Att fragmentarisk information kommit fram i utredningarna har mycket att göra med exempelvis hur man har genomfört utredningen. Analysen baseras på informationen som framkommit i de 175 utredningar men också på det antal uppgifter som saknas.

Vid analysen tillämpas psykopatologin det vill säga teorin om människors utsatthet och motståndskraft i samspel med riskfaktorer och skyddsfaktorer i omgivningen. Antalet riskfaktorer är av stor betydelse eftersom det är svårare för människan att hantera flera riskfaktorer. Kombinationer av riskfaktorer ökar också risken för negativt utfall, då individen exempelvis lever i fattigdom, arbetslöshet och har föräldrar som missbrukar. Detta kan vara en fara för individens utveckling (Meeuwisse et al 2008; Lagerberg & Sundelin, 2008). Nedan analyseras risk- och skyddsfaktorer som har kartlagts under kapitel resultat.

### 5.1 Risk- och skyddsfaktorer hos unga vuxna

Sollentuna beskrivs och upplevs av flera unga som en segregerad förort med tydliga gränser för höghus- och villaområden och som leder till ett ”vi och dem- tänk” (Eriksson & Nylander, 2014). Det framkommer av resultatet i denna studie att 30-40 personer bor nära Sollentuna centrum (Tureberg) och cirka 20-30 personer bor i Edsberg. Andra områden där flera bor är Rotebro/Rotsunda, Helenelund och några bor i Häggvik. Detta kan vara en förklaring till varför de unga själva menar att det finns tydliga gränser för olika grupperingar i Sollentuna (ibid).

Den urbana förändringen i samhället har förändrat de sociala riskernas natur samt i många fall skapat en ökad social utsatthet för många samhällsgrupper. Detta har noterats inom bostadspolitiken där de fattiga oftast hänvisas till hyresrätter i vissa områden, eftersom de inte har möjlighet att låna till egen bostad. Resultatet har blivit en koncentration av boende som har betydligt mindre socioekonomiska resurser än befolkningen i genomsnitt (Ek et al. 2015).



I Sollentuna kommun är många överens om att det under 2013 blivit mer oroligt med mycket skadegörelse, personrån, misshandel och utpressningar. Det har även framkommit att det förekommer en del kriminalitet bland de unga (Eriksson & Nylander, 2014). Bland de unga vuxna som är aktuella för socialtjänsten saknas ofta information om kriminalitet i utredningarna, i hela 150 utredningar (85%) saknas denna information. Men det framkommer ändå att 28 personer (16%) blivit dömda för brott någon gång och nio personer (5%) väntar på åtal, rättegång eller straffpåföljd. Samtidigt framkommer att den geografiska plattformen och boendeförhållandena är viktiga för människan. Personer som bor i områden med mycket hyresrätter känner sig oftare otrygga. Olika studier har också påvisat att många varit utsatta för hot eller fysiskt våld i sådana bostadsområden. Detta i sin tur påverkar den psykiska hälsan (Forsell & Dalman, 2004). I Sollentuna beskriver de unga att det är lätt att leva upp till de negativa förväntningar andra har. Flera uppfattar det som ett utanförskap vilket kan bidra till myndighetsförakt. I dessa områden uppger man även att det finns en ökad tolerans för narkotika (Eriksson & Nylander, 2014).

### *Boende*

Av 175 unga vuxna aktuella inom Sollentuna socialtjänst, januari 2015, har enbart 16 personer (9%) eget boende i form av hyresrätt med förstahandskontrakt eller att de äger sin bostad. För dessa kan detta faktum vara en viktig skyddande faktor. 65 personer (37%) bor stadigvarande hos sina föräldrar. Det är vanligare bland männen att bo kvar hos föräldrarna än kvinnorna. Det är dock inte troligt att de som bor hos sina föräldrar har ett tryggt och stabilt boende eftersom resultatet visar (trots stort mörkertal) att många av socialtjänstens unga vuxna har föräldrar och familjemedlemmar med egen problematik av missbruk, psykisk ohälsa och kriminalitet. Flertalet har även bevittnat våld hemma. Eftersom målgruppen i åldern 18-19 år består av 30 personer är det inte konstigt att så många fortfarande bor kvar hos sina föräldrar då de flesta i bästa fall fortfarande studerar på gymnasiet.

Enligt Socialstyrelsen finns fem olika boendesituationer som man definierar som hemlöshet. I rapporten har ej dessa fem situationer legat till grund för resultatet då rapporten inte tagit hänsyn till hur långa kontrakten varit vad gäller exempelvis andrahand och inneboendekontrakt. Därmed går det inte att ge något exakt svar på hur många som befinner sig i hemlöshet utifrån Socialstyrelsens definition där ett kontrakt på mindre än tre månader anses innebära hemlöshet. Utifrån Socialstyrelsens definition och situation 1. kan emellertid utläsas i resultatet att 23 unga vuxna (13%) i Sollentuna bor på tillfälliga boenden, tre unga

vuxna i Sollentuna befinner sig i jourhem och fyra är helt utan bostad. Dessa 30 personer (17%) anses därmed vara hemlösa. Vidare kan utläsas att fem unga vuxna i Sollentuna bor på stödboende, tre på HVB och en på SiS institution. Det framkommer inte i resultatet hur länge dessa nio personer (5%) är beviljade dessa insatser men borde kunna anses som hemlösa enligt Socialstyrelsens definition på situation 2. Tre unga vuxna (2%) har ett socialt kontrakt vilket också definieras som hemlöshet. I Sollentuna har 29 personer (17%) inneboendekontrakt. Enligt Socialstyrelsen så är alla dessa som har ett kontrakt på mindre än tre månader också hemlösa och det gäller även de sju personerna (4%) som har ett andrahandskontrakt. Men som tidigare nämnts finns inte dessa uppgifter insamlade.

Sammanfattningsvis kan fastslås att enligt Socialstyrelsens definition av hemlöshet så har Sollentuna socialtjänst dokumenterat 24% hemlösa unga vuxna om man ska räkna bort de med inneboendekontrakt och andrahandskontrakt. År 2011 var antalet hemlösa unga vuxna mellan 18-26 år 21% av hela gruppen hemlösa i Sverige (Bredinger, 2013). Det vi ser är alltså liknande siffror i Sollentuna. Men är det så att de med inneboendekontrakt och andrahandskontrakt på mindre än tre månader ska räknas med kan det finnas ännu fler.

Enligt Statsmissionens studie (2011) har ungefär en tredjedel av de unga vuxna i hemlöshet missbruks- eller beroendeproblematik och ungefär lika många psykisk ohälsa (ibid). I Sollentuna har totalt 16% ett missbruk/beroende och 49% psykisk ohälsa enligt dokumentationen i utredningarna. Detta är inte korstabulerat till vilka som befinner sig i hemlöshet men det går möjligtvis att se kopplingar. Vad gäller orsak till hemlöshet uppger de flesta i studien (2011) att de inte är godkända på den ordinarie bostadsmarknaden. Med tanke på att många av de unga vuxna är utan sysselsättning och få har en inkomst är detta inte förvånande. 40% i studien (2011) uppgav att skälet var problem inom familjen och även denna omständighet har observerats i Sollentuna, trots ett stort bortfall i utredningarna (Bredinger, 2013).

Vidare kan nämnas att det i den här studien har framkommit att det finns skillnader mellan könen vad gäller boendet. Det är vanligare bland männen att bo kvar hemma hos föräldrar, på HVB hem och tillfälliga boenden och vanligare för kvinnor att ha egen bostad och bo i familjehem.

### *Sysselsättning*

Utbildningsdepartementet har sedan flera år tillbaka gjort en utredning om förslag till insatser för målgruppen ”unga utanför” då man menar att man måste bryta det utanförskap många unga befinner sig i. Många unga har svårt att sätta ord på sina problem men beskriver ogynnsamma uppväxtförhållanden, svåra sociala problem, olika former av sjukdomar, funktionshinder, missbruk, kriminalitet och diskriminering. Många klarar då inte av skolan och hoppar av, andra hoppar av för att de blir föräldrar tidigt. De som står utanför skola och arbetsliv har svårt att komma tillbaka och efter två år har de betydligt mycket svårare att etablera sig i samhället (SOU 2003:92).

I Sollentuna är det 56 unga vuxna (32%) som inte har någon sysselsättning alls, vilket indikerar ett framtida socialt utanförskap. Ytterligare 39 personer (22%) är arbetssökande och har alltså inget arbete eller sysselsättning, mer än att de söker arbete och är inskrivna på Arbetsförmedlingen. Det är en grupp som man bör uppmärksamma samt arbeta mycket aktivt med eftersom det blir svårare och svårare för dessa personer att etablera sig i samhället. Forskning har påvisat att arbetslöshet och socialt utanförskap bryter ner självförtroendet, leder till social isolering, apati och ökade hälsorisker. Förstärkta generations- och klassklyftor leder till vanmakt och misstroende mot myndigheter. För många innebär det helt enkelt en personlig kris och att inte kunna etablera sig i vuxenlivet fullt ut (Swärd, 2000).

Det har understrukits såväl i forskningsrapporter som i offentliga utredningar att fullföljda gymnasiestudier är viktiga för de framtida försörjningsmöjligheterna (Swärd, 2000, Social rapport, 2011). Att studera på universitet och högskola innebär att man har rätt till studiemedel vilket genererar en inkomst. Studentlivet i sig kan innebära social inkludering och nätverk av tryggare karaktär. Det kan även bidra till en social kompetens, problemlösningsförmåga och en positiv självuppfattning (Ek et al, 2015).

Inom Sollentuna socialtjänst finns 20 unga vuxna (11%) som inte har fullgjort grundskolan, 82 personer (47%) som enbart har grundskolekompetens och 34 personer (19%) som har gymnasieexamen vilket i bästa fall kan leda till studier på högskola/universitet. En stark skyddsfaktor är universitetstudier (ibid). Fem personer har detta i populationen i Sollentuna. Andelen som har grundskolekompetens som högsta genomförda utbildning är hög men det kan sannolikt bero på att åldersgruppen 18-19, vilka är 30 stycken, antagligen går på gymnasiet och inte har hunnit läsa färdigt.

Andelen som studerar av de unga vuxna i Sollentuna är 57 personer (33%) vilket bör ses som en skyddande faktor oavsett nivå på studier. Vad gäller huvudsaklig sysselsättning förutom studier så har fyra personer (2%) av de unga vuxna ett heltidsarbete och fyra personer (2%) har ett deltidsarbete med oregelbundna tider. Ytterligare åtta personer (5%) har sysselsättning genom praktik eller arbetsträning. Detta är också skyddande faktorer.

Kombinationen låg utbildningsgrad bland unga vuxna i Sollentuna och en stor grupp som inte har någon sysselsättning antyder negativt utfall enligt forskningen då det sannolikt kommer att ta längre tid för dem att etablera sig i samhället. Dessa faktorer kan dessutom resultera i framtida fattigdom (Swärd, 2000). Social exkludering samt fattigdom ökar risken för att bli inlagd på psykiatrisk klinik på grund av depression då den är fördubblad för ekonomiskt inaktiva unga vuxna (Sellström, Bremberg & O'campo, 2010). På samma sätt är det en tredubblad risk att självtillfoga sig skador och alkoholrelaterade sjukdomar bland de som är inaktiva. Drogmisbruk var sju gånger vanligare bland denna grupp (ibid).

#### *Fysisk och psykisk hälsa*

Den psykiska ohälsan har sedan länge rapporterats vara högre bland unga vuxna än hos andra. Även användningen av psykofarmaka och konsumtionen av psykiatrisk vård har ökat och denna ökning har framförallt observerats hos unga kvinnor (Forsell & Dalman, 2004). I Sollentuna har 85 personer (49%) psykiska funktionsnedsättningar/sjukdomar. Av dessa har 34 personer (40%) depression/ångestproblematik. Totalt 87 personer (50%) upplever även stress, oro och eller nedstämdhet. Det är inte någon större skillnad mellan könen då 51 % av kvinnorna respektive 46% av männen har en dokumenterad psykisk ohälsa. I 30 utredningar (17%) framkommer det inget alls så det finns ett mörkertal även här. I en studie som gjorts på 50 000 unga vuxna hade en fjärdedel allvarligt övervägt eller försökt ta sitt liv (ibid). Bland unga vuxna i Sollentuna har 27 personer (15%) haft självmordstankar någon gång medan det inte framkommer alls i 144 utredningar (82%). I utredningar har det dokumenterats 11 unga vuxna som någon gång försökt ta sitt liv medan det i 156 utredningar (89%) inte står något alls om detta. Vidare har 62 personer (36%) en pågående kontakt med psykiatrin. I 70 utredningar (41%) framkommer inget om detta. Det är alltså generellt ett stort mörkertal vilket kommer att diskuteras längre fram i texten. Människors hälsa påverkas av olika faktorer. Kvinnor har en högre risk för psykisk ohälsa som nämnts, andra risker är en uppväxt som kännetecknas av affektionslös kontroll, övergrepp och otrygghet vilket kan öka risken för depression och självmordsbenägenhet. Familjens ekonomi är viktig då barn som växer upp i

familjer med sämre ekonomi rapporterar oftare psykisk ohälsa. I många studier har man visat att kroppslig ohälsa ökar förekomsten av psykisk ohälsa (ibid). I Sollentuna är det 45 personer (26%) som har en kroppslig skada/sjukdom. Negativa livshändelser exempelvis dödsfall i familjen, ökar risken för psykisk sjukdom (Forsell & Dalman, 2004). Bland de unga vuxna inom Sollentuna socialtjänst framkommer att 50 personer (29%) har upplevt trauma eller förlorat någon nära anhörig. I 122 utredningar (70%) framkommer ingenting om detta.

### *Narkotika och alkohol*

Generellt kännetecknas perioden som ung vuxen av snabba övergångar till nya sociala sammanhang och involverar större frihet och mindre social kontroll än under tonåren. Parallellt finns beroende på livssammanhang tillgång till illegala substanser. Lyckad övergång till vuxenlivet, bostad, arbete och en försörjning, är förknippad med minskad droganvändning samt minskning av kriminella och antisociala beteenden. Förekomsten av missbruksproblem ställer till det för fortsatt utveckling inför vuxenlivet (Stone et al 2012).

I Sollentuna bland unga vuxna inom socialtjänsten har två procent ett alkoholriskbruk och fem procent ett narkotikariskbruk. I 64 utredningar (36%) framkommer ingenting om detta. Totalt har 28 personer (16%) uppgett missbruk/beroende. 20 personer (70%) har ett narkotikamissbruk. Det framkommer även att 15 personer (8%) har uppgivit att de tidigare haft ett riskbruk/missbruk.

En ökad risk är om man är man då fler män har ett narkotikamissbruk och generellt ett tyngre missbruk. Att vara ung man ökar även risken för tungt alkoholintag (ibid). I Sollentuna är det ungefär lika många kvinnor som män som har ett riskbruk men dubbelt så många män som kvinnor som har ett missbruk och de använder i större utsträckning mer narkotika än kvinnorna. Kvinnorna missbrukar i större utsträckning alkohol. De unga löper således större risk för framtida missbruk om det dessutom även förekommer missbruksproblem hos föräldrar, om det finns egen erfarenhet av problematiskt beteende under tonåren, om de har ett lågt engagemang för skolan och låga betyg, om de använder droger under tonåren, särskilt om de är "tidiga" användare. En stor risk är även om den unges kamrater använder droger, om det finns en positiv attityd gentemot droger och normer för användning (ibid).

### *Sammanfattning*

Som framkommer i resultatet finns en stor del av dessa riskfaktorer bland de unga vuxna på socialkontoret inom de olika enheterna. De unga själva beskriver även att det finns en liberal

hållning till droger och de själv använder en avancerad terminologi. Toleransen för droganvändning uppges vara hög i Sollentuna. Unga som inte använder droger tycks acceptera att andra gör det (Eriksson & Nylander, 2014).

Bland de unga vuxna framkommer att 28 personer (16%) har en eller flera familjemedlemmar med missbruksproblem och/eller kriminalitet. Vidare har 23 personer (13%) bevittnat våld i hemmet vilket också kan vara en indikator på att det inte är bra föräldrahemmet. 20 personer (11%) har ingen avslutad grundskola och så många som 56 personer (32%) har ingen sysselsättning alls. Dessutom har 85 personer (49%) en eller flera psykiska funktionsnedsättningar/sjukdomar som mycket väl kan ha varit hinder för många att genomföra studier eller som har medfört ett riskbeteende i tidig ålder. Det finns många riskfaktorer i gruppen trots att utredningarna i många fall saknar mycket av denna information. Om alla unga vuxna i Sollentuna hade utretts på samma sätt och fått flera frågor om riskbruk/missbruk kan antas att siffrorna skulle vara betydligt mycket högre om man ser till antal riskfaktorer som kartlagts. Som tidigare nämnts har en stor del av gruppen hemlösa också en överhängande risk för att hamna i missbruk och i Sollentuna har konstaterats att det finns många hemlösa unga enligt Socialstyrelsens fem situationer och definition.

## 5.2 Ung vuxen utanför det etablerade samhället

Det har konstaterats att ju längre tid man som ung människa står utanför det etablerade samhället desto svårare är det att etablera sig. Exempelvis blir det svårare och svårare ju fler år som gått utan att man är färdig med sin gymnasieutbildning (Socialstyrelsen, 2010). Åldersgruppen 21-29 år är den grupp som borde ha tagit sin gymnasieexamen och ha gått vidare i högre studier eller arbete. Den gruppen är på 145 personer (83%) i studiens population. Om gruppen på 145 personer hade kommit ut i arbete eller studier är det tveksamt om de skulle vara aktuella på socialtjänsten lika länge som resultatet har visat. 123 personer (70%) av socialtjänstens unga vuxna har varit aktuella längre än sex månader. 70 personer (40%) har varit aktuella i över ett år och hela 37 personer (20%) är fortfarande aktuella efter två års tid. Och enligt utbildningsdepartementets utredning är det mycket svårare att etablera sig i samhället efter två års utanförskap (SOU 2003:92).

## 5.3 Dokumentationen inom socialtjänsten

Ohälsa är ofta ett dolt problem som kan ge avtryck senare i livet (Arnsvik, 2012). I Sollentuna har 70% av alla unga vuxna som är aktuella inom socialtjänsten varit aktuella en eller fler

gångar tidigare. Kanske kan det vara ett tecken på att den unga inte fått sina behov tillgodosedda tidigare eller att personens problematik inte har utretts tillräckligt eller kommit fram i utredningarna. Det kan också vara så att den unga inte haft någon motivation tidigare. För att inte unga vuxnas problematik ska förbli dolt krävs inom socialtjänsten en utveckling av utredningsarbetet. I resultatet framkommer komplex problematik bland socialtjänstens unga vuxna och många riskfaktorer har kartlagts. Men det framkommer likväl att väldigt många risk- och skyddsfaktorer inte dokumenterats i utredningarna och därav följer en brist på information om de unga. Vi kan utläsa i resultatet att det saknas dokumentation i majoriteten av utredningarna vad gäller eventuell familjeproblematik. I nästan 90 % av utredningarna framkommer inget alls om eventuellt missbruk, psykisk ohälsa, fysisk ohälsa eller kriminalitet bland familjemedlemmarna, trots att vi vet att det är en markant riskfaktor för egen framtida problematik vad gäller utveckling av missbruk och ohälsa, problem i skolan, stress och hemlöshet.

De enheter där det framförallt saknas uppgifter i utredningarna om risk- och skyddsfaktorer är inom socialpsykiatri och ekonomi och integration. Om individen själv varit utsatt för våld frågar man oftast på missbruksenheten och sällan på enheten för socialpsykiatri. Totalt dokumenteras inte denna fråga i ungefär hälften av alla utredningar. Enheten för barn och unga är bättre på att dokumentera om personen bevittnat våld i hemmet men även där saknas information i 68% av utredningarna. I ungefär 20% av utredningarna framkommer inte personens högsta utbildning och i ungefär 30% av utredningarna framkommer inte vilken personens försörjningskälla är. Detta trots att dessa kan vara viktiga skyddsfaktorer. Om vi ska återknyta till att ungas problematik ofta framkommer senare i livet, är det inte konstigt då det helt saknas dokumentation i 60% av utredningarna från barn och ungdomsenheten om individen har ett pågående riskbruk eller missbruk. Det finns alltså ingenting som tyder på att man ens ställt frågan eller utrett det alls.

I kunskapsöversikten beskrivs riskfaktorer för unga vuxna utan sysselsättning, och med eventuellt försörjningsstöd. Dessa befinner sig sannolikt inom relativ fattighetsnivå. Forskningen har uppmärksammat att arbetslöshet successivt bryter ner självförtroendet, leder till social isolering och ger ökade hälsorisker m.m. (Swärd, 2000). Relativ fattigdom medför stora begränsningar för individen. Studier har också påvisat starka samband mellan att stå utanför arbetsmarknaden och psykisk ohälsa, depressioner, suicidförsök och missbruksproblem (Sellström et al, 2010). I Sollentuna är majoriteten av de unga vuxna enbart aktuella inom enheten för ekonomi och integrationsenheten. Trots att dessa unga vuxna enligt

forskningen befinner sig i en risksituation saknas information inom enheten för ekonomi och integration om individens psykiska och fysiska hälsa i nästan 20% av utredningarna. I över 40% av utredningarna framkommer inte alls om personen har svårigheter med stress/oro/nedstämdhet. I 80-90% av utredningarna framkommer heller inget om eventuella självmordstankar eller försök. Det är ett stort mörkertal med tanke på forskningens resultat. Slutligen är missbruksenheten den enda enheten som egentligen tar med information om kriminalitet och rättsliga problem. På andra enheter saknas information om detta i mellan 80-96% av utredningarna. Det kan också nämnas igen att studien har ett bortfall på 20 personer då de helt saknar utredning fastän insatser är beviljade.

Att leva med ett stort antal riskfaktorer och sakna skyddande faktorer kan vara en fara för individens utveckling (Meeuwisse et al, 2008; Lagerberg & Sundelin, 2008). Det finns ett samspel mellan individens möjligheter att utvecklas och samhällets organisation respektive naturliga förutsättningar. Därför är det ur ett skyddsperspektiv också centralt hur institutioner, samhällsfunktioner m.m. fungerar för att människor utifrån sina förmågor ska kunna leva ett fullgott liv (Ek et al. 2015).

I Sollentuna används vetenskapligt beprövade utrednings- och bedömningsinstrument inom tre enheter. På missbruksenheten använder man ASI i nästan 80% av utredningarna, CAN används i 70% av utredningarna inom socialpsykiatri och BBIC och ADAD används i närmare 90% av utredningarna inom barn och ungdomsenheten. På enheten för ekonomi och integration saknas bedömningsinstrument helt. Det kan vara en förklaring till varför så många risk- och skyddsfaktorer inte är kartlagda på enheten för ekonomi och integration. Alla individer behöver så många skyddsfaktorer som möjligt från olika samhällsnivåer. Vad som skall ses som något oönskat respektive skyddsvärt är beroende på vem som gör bedömningen. I grunden finns moraliska ställningstaganden som starkt påverkar. Människor i olika kulturer har olika uppfattningar, kunskaper, värderingar och världsbilder om vad som är värt att skydda och vad som därmed anses vara skyddsfaktorer (Gjaerum et al, 1999; Ek et al. 2015). Det har framkommit i olika studier att människor ofta brister som beslutsfattare i komplexa situationer på grund av stora brister i beslutsunderlaget. Därför är det av stor vikt att både risk- och skyddsfaktorer faktiskt kartläggs (Socialstyrelsen, 2012).

## 5.4 Insatser för unga vuxna

Arnsvik (2012) har i en rapport antytt att socialtjänstens arbetsformer och metoder inte är anpassade till målgruppen unga vuxnas behov. Kunskapen om insatsers effekter är också



begränsad. Många gånger tycks insatser även avbrytas i förtid (IMS, 2008). Nedan analyseras kort vilka insatser som är beviljade målgruppen unga vuxna på respektive enhet. Här är av intresse att se om antal skyddande faktorer i form av insatser från Socialtjänsten kan balansera upp de antal riskfaktorer som har kartlagts målgruppen unga vuxna. Det är också av intresse att se om de olika enheterna har beviljat olika typer av insatser beroende på de olika enheternas målgrupper. Eller kan det vara så att målgruppen unga vuxna har liknande behov oavsett vilken enhet de är aktuella inom. Insatserna som har beviljats inom socialtjänsten kategoriseras nedan som *behandling, bostad, sociala insatser, sysselsättning och ekonomi*. Det som främst skiljer enheterna åt är behandlingsinsatser då enheten för ekonomi och integration inte har det ansvaret att bevilja behandling. Detta kan gälla även annan typ av insats. Som nämnts tidigare så har 16 personer (9%) av målgruppen unga vuxna insatser på fler enheter samtidigt. Detta är främst kombinerat med ekonomi och integration och därför är det svårt att skilja ut vilken enhet som har beviljat vilken insats men man kan utgå från att ekonomi och integration har beviljat ekonomiskt bistånd och även sysselsättning, tillfälliga bostäder och kanske i viss mån även sociala insatser.

#### 5.4.1 Behandling

Inom *missbruksenheten* framkommer att närmare 18 personer (100%) har missbruk/beroende eller ett riskbruk av alkohol, narkotika, tabletter eller har ett blandmissbruk. 11 personer (61%) någon form av psykisk funktionsnedsättning/sjukdom.

Sex personer (33%) har insats intern öppenvård, vid behov alternativt 1-3 timmar i veckan. Det framkommer inte riktigt vad ”vid behov” innebär. En person (5%) är beviljad extern öppenvård och två personer (11%) är beviljade HVB. Det är alltså nio personer (50%) som är beviljade en insats med inriktning mot behandling, även om merparten av den beviljade behandlingen ska ges inom 1-3 timmar i veckan vilket kan verka lite utifrån den problematik som ett beroende medför.

På *enheten för socialpsykiatri* är det tre personer (9%) som har ett riskbruk alternativt missbruk. Vidare har 29 personer (100%) en psykisk funktionsnedsättning/sjukdom. En person (3%) är beviljad intern öppenvård och ytterligare tre personer (10%) HVB.

På *enheten barn och unga* är det åtta personer (18%) som har ett riskbruk och fem personer (11%) ett missbruk. Vidare har 17 personer (37%) en psykisk funktionsnedsättning/sjukdom. På enheten är en person (2%) beviljad intern öppenvård och en person (2%) beviljad extern

öppenvård. Åtta personer (18%) är beviljade familjebehandling/samtal. Sex personer (13%) är beviljade HVB. Totalt är 35% beviljade någon form av behandling, även om familjebehandlingen inte behöver vara direkt kopplad till missbruk/psykisk ohälsa.

På *enheten ekonomi och integration* har fyra personer (5%) ett riskbruk och 11 personer (14%) ett missbruk. Två (2%) är beviljade intern öppenvård och en (1%) extern öppenvård. En person (1%) har familjebehandling.

Vad som kan utläsas är att missbruket är som störst på enheten för missbruk med 100% av målgruppen följd av barn och ungdomsenheten där 30% har ett risk- eller missbruk. På missbruksenheten har 50% av gruppen beviljats någon form av behandling och på barn och ungdomsenheten har totalt 35% beviljade någon form av behandling, även om familjebehandlingen inte behöver vara direkt kopplad till missbruk/psykisk ohälsa. Den stora skillnaden mellan insatserna är att det är tre gånger fler på barn och ungdomsenheten som är beviljade HVB än på missbruksenheten. På barn och ungdomsenheten har man även insats familjebehandling vilket inte finns beviljat alls på missbruksenheten. Varför man har fler HVB placeringar kan inte förklaras med forskning eftersom de flesta som avancerar i sitt missbruk gör det senare i livet och dessutom så har målgruppen på missbruksenheten även dubbelt så många med psykisk ohälsa. Det kan kanske vara så att fler placeringar görs på barn och ungdomsenheten på grund av andra sociala faktorer.

#### 5.4.2 Boende

På *enheten för missbruk* har tio personer (55%) ett mer ”stabil” boende i form av eget kontrakt och boende hos föräldrar. Enligt socialstyrelsens definition är åtta personer (45%) hemlösa. På enheten har efter bedömning, insats stödboende, beviljats till sex personer (33%) och tillfälligt boende tre personer (16%). Ingen har beviljats tränings- eller försökslägenhet.

På *enheten för socialpsykiatri* har fyra personer eget boende (14%). 17 personer (57%) bor stadigvarande hos föräldrar. På enheten är en person (3%) beviljad boendestöd med träningslägenhet, fyra personer stödboende (14%), en person (3%) försökslägenhet, och två personer tillfälligt boende (7%).

På *barn- och ungdomsenheten* har ingen eget boende men en person (2%) bor inneboende. 17 personer (37%) bor stadigvarande hos föräldrar. På enheten är fyra personer (9%) beviljade boendestöd med träningslägenhet. Åtta personer (18%) stödboende och sex personer (13%) familjehemsplacerade.

På *enheten ekonomi och integration* bor 30 personer (36%) stadigvarande hos sina föräldrar, 10 (12%) har egen hyresrätt. På enheten är det sju personer (7%) som är beviljade stödboende, två (2%) är beviljade försökslägenhet och 11 personer (11%) är beviljade tillfälligt boende.

Det är en större andel som bor kvar hos sina föräldrar på enheten för missbruk och socialpsykiatri än på barn och ungdom samt ekonomi och integration. Det hade annars varit rimligt att fler på barn- och ungdomsenheten bodde kvar på grund av deras låga ålder. Det är enbart på enheten missbruk där det finns personer som är hemlösa och inte har någonstans att sova. Vad gäller de olika insatserna så beviljar missbruksenheten oftare stödboenden då 33% av personerna har detta beviljat, 14% har beviljats detta på enheten för socialpsykiatri. Mycket färre på de övriga enheterna. Stödboenden kan vända sig till olika målgrupper och funktioner. Barn och ungdomsenheten sticker ut då de har beviljat träningslägenhet till nästan 10% av enhetens unga vuxna medan insatsen knappt existerar på de andra enheterna. Försökslägenhet har enbart tre personer blivit beviljad, detta på ekonomi och integration samt socialpsykiatri. De som istället beviljar flest tillfälliga boenden är missbruksenheten med 16% och sedan ekonomi och integration med 11%.

#### 5.4.3 Sociala insatser

På *missbruksenheten* framkommer i hälften av utredningarna att det finns nätverk runt individen och även person/er som är viktiga. På enheten är sex personer (33%) beviljade boendestöd. Insatsen är ofta beviljad utan att ange omfattning.

På *enheten socialpsykiatri* framkommer i 18 utredningar (62%) ett nätverk samt viktig/a personer för individen. På enheten är 20 personer (69%) beviljade boendestöd.

På *enheten barn och unga* framkommer i ungefär hälften av utredningarna någon i nätverket men det framkommer inte om det är någon viktig person för individen. På enheten har 10 personer (22%) blivit beviljade boendestöd/kontaktpersoner. Mängd tid för insatsen varierar och är som högst på 6-8 timmar i veckan.

På *enheten ekonomi och integration* saknas information i 44 utredningar (53%) om viktig/a personer i individens nätverk. På enheten har 11 personer insats boendestöd/kontaktperson. Som högst 6-8 timmar i veckan.

Det framkommer i forskningen att de unga själva upplever den sociala hemlöshetskontexten som icke-stödande. Att uppleva ett säkert socialt stöd från sin omgivning framkommer som

en mycket viktig aspekt för att utvärda och så småningom hitta vägar ur hemlöshet (Bredinger, 2013). Annan forskning visar också att nätverkets storlek spelar mindre roll, att det endast kan räcka med en enda förtrolig relation för att ha ett tillfredställande stöd. Det sociala stödet innefattar både det informella nätverket (familj, vänner m.m.) och det formella (vård, omsorg, skola m.m.) (Forsell & Dalman, 2004). Vad insats boendestöd/kontaktperson innebär är svårt att säga och insatsen är ofta beviljad utan att uppge omfattning. Men det går att dra en slutsats om de unga som beviljats en stödjande person och det är att det förhoppningsvis kan vara den viktiga person i nätverket som behövs för den unga att ta sig ur sin/sina svårigheter/problematik eller komma en bit på vägen mot ett liv fyllt av fler skyddande faktorer. Enheten för socialpsykiatri beviljar insatsen i störst grad trots att en större del av målgruppen redan har en eller flera betydelsefulla kontakter i sitt nätverk. Det kan vara ett resultat av en målgrupp med stor psykiatrisk problematik och där flertalet personer har diagnoser som social fobi och tvång, som kan vara skäl till behov av kontaktpersoner. På missbruksenheten används stödinsatsen också ofta (33%). Vad gäller personernas nätverk ser det ungefär likadant ut på missbruksenheten, barn och unga och ekonomi och integration, mellan 40-50% av utredningarna saknar information om personen har någon viktig person i sitt nätverk.

#### 5.4.4 Sysselsättning/ekonomi

På *missbruksenheten* har hälften av målgruppen som högst en grundskoleutbildning och hälften med nio personer (50%) har i dagsläget ingen sysselsättning alls. Hälften av de unga har heller inte haft något arbete på den öppna arbetsmarknaden det senaste året. Trots detta har ingen av de unga vuxna blivit beviljade någon form av sysselsättning. Åtta personer (44%) är beviljade ekonomiskt bistånd.

På *enheten socialpsykiatri* har 17 personer (59%) ingen sysselsättning alls och 13 personer (45%) har inte haft något arbete på den öppna arbetsmarknaden senaste året. De flesta försörjer sig via Försäkringskassan alternativt via ekonomiskt bistånd. De flesta har enbart grundskoleutbildning. På enheten är fyra personer (14%) beviljade sysselsättning. Hälften är beviljade strukturerad heltid och andra hälften strukturerad halvtid. Fem personer (17%) har beviljats ekonomiskt bistånd.

På *enheten barn och unga* har åtta personer (18%) ingen sysselsättning alls även om majoriteten studerar. Majoriteten blir försörjda av sina föräldrar. I 14 utredningar (31%) framkommer det inte alls hur de blivit försörjda. Majoriteten har inte haft någon anställning

på arbetsmarknaden senaste året. Trots att 18% inte har någon sysselsättning har ingen fått detta som insats. Tre personer (6%) har ekonomiskt bistånd.

På *enheten för ekonomi och integration* har 37 personer (45%) enbart grundskoleutbildning som högsta utbildning. 12 personer (14%) har igen grundskoleutbildning alls. Sex personer (7%) har försörjt sig via lön de senaste sex månaderna. 33 personer (40%) har ingen sysselsättning alls. 37 personer (45%) är arbetssökande och har därför kontakt med Arbetsförmedlingen som sysselsättning. Hälften har inte haft någon anställning på den öppna arbetsmarknaden senaste året. På enheten har 97 personer ekonomiskt bistånd och fyra personer är beviljade sysselsättning.

Det framkommer att det är lika många personer inom missbruksenheten som socialpsykiatri som står lika långt från arbetsmarknaden. Hälften av alla har enbart grundskolenivå som högsta utbildning, hälften har inte arbetat det senaste året och hälften är helt sysslösa. Ändå är det enbart socialpsykiatri som har beviljat knappt 15% sysselsättning som insats. På enheten för ekonomi och integration ser det nästan likadant ut fast med lite bättre siffror men där man också enbart har beviljat 4% av personerna någon form av sysselsättning som bistånd. På barn och ungdomsenheten är det ca 20% som är helt sysslösa och ingen är beviljad sysselsättning. Vid enheten för socialpsykiatri är det vanligare att vara sjukskriven så de flesta har försörjning via Försäkringskassan. På barn- och ungdomsenheten blir de flesta försörjda av sina föräldrar, detta trots det är färre i denna grupp som fortfarande bor kvar hos sina föräldrar.

Kombinationen av att vara sysslös, låg utbildning och leva i fattigdom kan ha stora konsekvenser för personens vidare utveckling (SoU 2003:92). Därför är det utifrån ett helhetsperspektiv ett stort frågetecken kring varför socialtjänsten inte har insatser för att förebygga så negativa utfall. Kanske är det så, att socialtjänsten inte har rätt insatser eller resurser för att balansera upp alla de riskfaktorer målgruppen unga vuxna har runt omkring sig?

Vidare behövs en mer enhetlig terminologi. Det saknas en mer enhetlig användning av begrepp, termer och empiriska indikatorer för att beskriva personerna, deras förhållanden, livssituation, problem, behov, styrkor och svagheter. Det saknas också en mer preciserad terminologi för de sociala insatser som beslutats samt dess innehåll (IMS, 2008). Det går att problematisera utredningarna utifrån att begrepp som riskbruk och missbruk kan ha olika

innebörd utredare så länge man inte använder sig av vetenskapligt prövade bedömningsinstrument. Begreppet psykisk ohälsa/sjukdom är ytterligare ett brett begrepp som kan ha olika innebörd. Vidare har vi insatsen boendestöd/kontaktperson som också är ett diffust begrepp på en insats som kan se olika ut och ha väldigt många olika syften. Det finns med andra ord ett behov av ett ”gemensamt språk”. Att synliggöra personernas behov kan också synliggöra brister i utbudet av insatser som sedan kan påverka utbudet av insatser och på så sätt bidra till verksamhetens utvecklingsarbete (Socialstyrelsen, 2012).

#### 5.4.5 Sammanfattning

Kan insatserna (skyddsfaktorer) balansera upp alla riskfaktorer inom gruppen unga vuxna?

Det är svårt att svara på den frågan utan att ha utvärderat insatserna och i kombination med en målgrupp som har omfattande problematik kan det ändå tyckas vara en litet utbud av olika typer av insatser. Vi ser exempelvis att väldigt många saknar sysselsättning, ett stabilt boende och en utbildning. Är det områden som socialtjänsten kan arbeta mer med. Det resultatet påvisat är att de unga vuxna oftast är aktuella länge inom socialtjänsten och att de har varit aktuella flera gånger. Detta bör vara tydliga indikationer på att socialtjänsten har behov av att utveckla sina insatser. Det är gissningar men det ligger säkert något i det eftersom komplex problematik ofta behöver komplexa lösningar.

## 6. Slutsatser och diskussion

Nedan presenteras kort slutsatser utifrån rapportens frågeställningar. Kapitlet avslutas med en sammanfattande diskussion samt förslag på framtida forskningsfrågor.

*Fråga: Vilka risk- och skyddsfaktorer går att urskilja i dokumentationen kring unga vuxna inom Sollentuna socialtjänst?*

I studien har framkommit att det går att urskilja många riskfaktorer hos målgruppen unga vuxna. Det är överhängande många i gruppen som

- är hemlösa,
- har psykisk och fysisk problematik
- har eget riskbruk/missbruk
- uppgett självmordstankar
- är utan sysselsättning
- har en dålig ekonomi

*Fråga: På vilket sätt skiljer sig beskrivningen av målgruppen på de olika enheterna och vilka skillnader avseende kön finns dokumenterat?*

Det går att urskilja viss skillnad på målgruppen inom de olika enheterna. Missbruksenheten har många fler unga vuxna med missbruksproblem, kriminalitet och som har självmordstankar. De har även fler med enbart grundskoleutbildning och som har missbruk eller kriminalitet inom familjen. Där är det även många fler som bor på tillfälliga boenden eller som är hemlösa. På enheten för socialpsykiatri har samtliga en psykisk problematik och där är det flera som är helt utan sysselsättning. Inom enheten barn och unga samt på ekonomi och integration är det många fler som är födda utanför Europa än på de andra enheterna. På ekonomi och integration finns också en stor grupp med fysisk problematik. Egentligen förekommer samtliga riskfaktorer inom samtliga enheter mer eller mindre och slutsatsen man kan dra är att målgruppen har liknande behov av skyddsfaktorer på samtliga enheter. Det som också kan konstateras i resultatdelen är att målgruppen unga vuxna på enheten barn och unga har väldigt få skyddsfaktorer. Det kan kanske förklaras med att de fortfarande är väldigt unga och därför ännu inte hunnit flytta till egen bostad, blivit sambo eller gift sig. De har heller inte avslutat gymnasieskolan alternativt tagit någon universitetsexamen eller hunnit arbeta särskilt länge. Det är därför av vikt att anpassa utredningarna mer efter målgruppens ålder och olika ålders specifika livssituation för att kartlägga fler skyddsfaktorer hos de yngre. Vad som mer

kan lyftas fram är att även om målgruppen inom missbruksenheten har flest antal riskfaktorer. Det är också den målgrupp som har flest antal dokumenterade skyddsfaktorer.

Vad gäller könsskillnaden går att urskilja några olikheter. Det är fler kvinnor som har ett eget boende, annars är det männen som har högre utbildning samt fler som arbetat på den öppna arbetsmarknaden det senaste året. De är dock betydligt fler av männen som inte har någon sysselsättning alls. Dubbelt så många män har familjemedlemmar med eget missbruk eller kriminalitet och det är även dubbelt så många män som kvinnor som har ett eget missbruk. Det är fler kvinnor som har haft självmordstankar även om det är fler män som har en dokumenterad psykisk ohälsa. Vidare är majoriteten av de som blivit dömda för brott män.

*Fråga: Vilka utrednings- och bedömningsinstrument har använts i utredningarna?*

I Sollentuna används vetenskapligt beprövade utrednings- och bedömningsinstrument inom tre enheter. På missbruksenheten använder man ASI i närmare 80% av utredningarna, CAN används i 70% av utredningarna på socialpsykiatri och BBIC och ADAD används i närmare 90% av utredningarna på barn och ungdomsenheten. På enheten för ekonomi och integration använder man inga utrednings- eller bedömningsinstrument. Det kan vara en förklaring till varför så många risk- och skyddsfaktorer inte är dokumenterade.

*Fråga: Vilka insatser har beviljats målgruppen unga vuxna?*

De insatser som främst har beviljats målgruppen unga vuxna är ekonomiskt bistånd, boendestöd/kontaktpersoner, stödboenden, HVB, familjehemsplaceringar, familjebehandling och någon form av öppenvård.

## 6.1 Diskussion

Rapportens syfte och frågeställningar har kunnat besvaras med hjälp av kvantitativ metod. De kvantitativa data som tagits fram ur befintliga verksamhetssystem har kunnat analyseras om och om igen och har varit till stor nytta för att belysa och tydliggöra unga vuxnas risk- och skyddsfaktorer, könsskillnader och skillnader mellan de olika enheterna. En reflektion är att det hade varit svårt att få fram lika mycket data på kort tid (tre månader) med en annan metod. Intressant hade varit att som komplement använda kvalitativ metod och gå djupare ner i materialet. Förhoppningsvis kan den här rapporten användas som underlag i de interna diskussionerna om verksamhetsutveckling.



Resultatet i sig är inte främmande utifrån min egen förförståelse men det är intressant att se de faktiska anledningarna till varför målgruppen unga vuxna kännetecknas som ”så svår” inom socialtjänsten. Det är sannolikt ett resultat av en föränderlig värld som blivit tuffare för de familjer och unga som från början har det svårt att komma in på bostadsmarknaden, som inte har råd att köpa egna bostäder, som därtill har svårt att komma in på arbetsmarknaden och har en sämre ekonomi. Det är i sig ingen ny information men det är viktigt att kartlägga vilka riskfaktorer som är utmärkande och som kan ha avgörande betydelse för den ungas utveckling. Socialtjänsten måste anpassa sin verksamhet, utredningar och insatser för att först och främst fånga upp gruppen unga vuxna som är utanför och som har svårt att etablera sig i samhället. Vidare måste socialtjänsten kunna förmedla hopp hos dem som nått så långt att de bara känner en stor hopplöshet. Och hoppet bör komma i form av insatser som verkligen är till hjälp för den enskilda. Det vi kan se är att väldigt många unga saknar bostad, sysselsättning och ett bredare nätverk. Med fler skyddande faktorer ökar möjligheterna att på ett bättre sätt klara av negativa livshändelser och de unga kan få en bättre chans till ett liv fyllt med innehåll som de själva valt.

Nu har fokus i studien enbart handlat om socialtjänsten och dess målgrupp, insatser och dokumentation. I arbetet med unga vuxna med den omfattande problematik som synliggjorts i studien är det viktigt att även andra aktörer såsom landstinget och staten också tar ansvar för vård, sysselsättning och andra skyddande faktorer för målgruppen. Ett samarbete mellan kommun, landsting och stat är ett måste för att kunna upprätta och genomföra långsiktiga enskilda planeringar för samtliga unga vuxna som har fler problemområden och där ansvaret är delat. Att även arbeta tillsammans med frivilligorganisationer som vänder sig till målgruppen på olika sätt är också något som borde vara lika självklart.

Det skulle vara intressant att fördjupa sig ännu mer i målgruppen unga vuxna inom socialtjänsten i Sollentuna då de uppvisar en komplex och mångfacetterad problematik. Dessa komplexa livssituationer borde resultera i att fler unga vuxna har kontakt med flera enheter samtidigt eftersom de olika enheterna har olika kunskaper och arbetsområden. Endast 16 unga vuxna (9%) i denna studie har insatser och är aktuella på fler enheter samtidigt. En försiktig bedömning är att detta ytterst är en organisatorisk fråga. Det kan vara så att organisationen är uppbyggd så att alla enheter kan tillgodose alla behov alternativt att det sinsemellan brister i kunskapen om de olika enheterna och brist i samarbete mellan gränserna. Det är en helt annan frågeställning men väl värd att nämna.

Den ”bild” över livssituationen för unga vuxna aktuella inom socialtjänsten i Sollentuna kommun som utmejslats via den metod som använts i den här studien är sannolikt gemensam för flertalet av de unga vuxna som är aktuella inom socialtjänsten i Sverige.

Avslutningsvis kan konstateras att levnadsförhållanden i ungdomen har stor betydelse för resten av livskarriären. Därför är det viktigt att unga vuxna får en god start på vuxenlivet och inte tidigt hamnar i negativa mönster hälsomässigt och ekonomiskt. Förebyggande arbete är oerhört betydelsefullt och inte minst är det angeläget att se till att de unga inte ska behöva bli återaktualiserade inom socialtjänsten gång på gång.

## 6.2 Framtida forskningsfrågor

Det skulle vara värdefullt att komplementera denna studie med en kvalitativ studie baserad på intervjuer med unga vuxna med tema förändringsprocesser, självläkningsprocesser och vändpunkter. Vidare skulle det vara betydelsefullt att undersöka vilka skyddsfaktorer och vilka vändpunkter som har betydelse för unga vuxna eller som unga vuxna skulle anse påverka dem positivt.

## 7. Referenser

### 7.1 Litteratur

- Arnsvik, A. (2012). *Projekt processtöd 2010-2011- Fokusområde: Unga vuxna och missbruk*. Arbetsrapport. Sollentuna: FoU Nordväst.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser* (2:a uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Bredinger, E.(2013). *Psykisk ohälsa hos hemlösa unga- en kvalitativ innehållsanalys av hemmets betydelse och konsekvenser av hemlöshet*. Kandidatuppsats. Lund: Lunds universitet.
- Burström, B., Schultz, A., Burström, K., Fritzell, S., Irestig, R., Jensen, J., Lynöe, N., Marttila, A. & Sun, S. (2007). *Hälsa och livsvillkor bland social och ekonomiskt utsatta grupper i Stockholms län*. Centrum för folkhälsa. Rapport 2007:5. Stockholm: Edita Västra Aros AB.
- Bryman, A. (2012). *Social research methods* (4<sup>th</sup> ed.). Oxford: University Press.
- Connolly, M. & Harms, L. (Eds.). (2009). *Social work - Contexts and practice* (2nd ed.). Oxford: University Press.
- Edgren-Schori, M. (2000). *Social exclusion, en kunskapsöversikt och begreppsanalys* (avhandling för filosofie licentiatexamen). Stockholm: Stockholms universitet, 2000.
- Ek, R., Gerell, M., Guldåker, N., Hallin, P-O., Herbert, M., Nieminen Kristofersson, T., Nilsson, A. & Tykesson, M. (2015). *Att laga revor i samhällets väven - om social utsatthet och sociala risker i den postindustriella staden*. (MAPIUS 18). Malmö: Malmö högskola, Institutionen för urbana studier.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, L. & Nylander, H. *Ung i Sollentuna – drive-in-fotboll, ett lokalt utvecklingsprojekt*. Rapport 2014:3. Sollentuna: FoU- Nordväst.
- Forkby, T. & Liljeholm Hansson, S. (2011). *Kampen för att bli någon*. Rapport 1:2011: Göteborg: FoU i Väst
- Forsell, Y. & Dalman, C. (2004). *Psykisk ohälsa hos unga*. Rapport 2004:6: Stockholm: Epidemiologiska enheten Centrum för folkhälsa
- Gillberg, G. (2010). *Individualiseringens villkor- unga vuxnas föreställningar om arbete och självförverkligande*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Gjaerum, B., Groholt, B. & Sommerschild, H. (Eds.). (1999). *Att bemästra. Motståndskraft, skyddsfaktorer och kreativitet bland utsatta barn, ungdomar och deras föräldrar*. Finland: Svenska föreningen för psykisk hälsa. Tryckeri: WSOY
- Havnesköld, L. & Risholm Mothander, P. (2009). *Utvecklingspsykologi* (3:e uppl.). Stockholm: Liber AB.
- Johanson, K. & Wirbing, P. (2003). *Riskbruk och missbruk – alkohol, läkemedel, narkotika* (1 utg). Stockholm: Natur och Kultur.
- IMS Socialstyrelsen (2008.). *Evidensbaserad praktik i socialt arbete*. Stockholm: Gothia.

Lagerberg, D. & Sundelin, C. (2008). *Risk och prognos i socialt arbete med barn*. Stockholm: Gothia Förlag.

Larsson, S., Lilja, J. & Mannheimer, K. (2005). *Forskningsmetoder i socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur AB.

Lundström, T. (2008). Aktforskning. I S. Meeuwisse, H. Swärd, R. Eliasson-Lappalainen & K. Jacobsson (Red.), *Forskningsmetodik för socialvetare* (s. 120-133). Stockholm: Natur och kultur.

Meeuwisse, A., Swärd, H., Eliasson-Lappalainen, R. & Jacobsson, K. (Red.). (2008). *Perspektiv på sociala problem*. Stockholm: Natur och Kultur.

Neuman, L. W. (2006). *Social research methods, qualitative and quantitative approaches* (6th ed.). Boston: Pearson/Allyn and Bacon.

Ramström, J. (1991). *Tonåringen i välfärdssamhället*. Lund: Natur och kultur.

Sellström, E., Bremberg, S. & O'campo, P. (2010) Yearly incidence of mental disorders in economically inactive young adults. *European Journal of Public Health*, 21, (6), 812-814.

Socialstyrelsen.(2010). *Social rapport 2010*. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen.(2012). *Om standardiserade bedömningsmetoder*. Västerås: Edita Västra Aros.

Stone, A.L. ,Becker, L.G ,Huber, A.M , & Catalano, R.F. (2012). Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addictive behaviors*, 37, 747-775.

Swärd, H. (1998). *Hemlöshet eller välfärdsdilemma?* Lund: Studentlitteratur.

Swärd, H. (2000). Ungdomar med socialbidrag. I A. Puide. (Red), *Socialbidrag, forskning och praktik*. Göteborg: Gothia.

Trondman, M. (1999). *Kultursociologi i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.

von Greiff, N. (2008) *Ungdomsinriktad alkohol- och drogprevention. Förutsättningar, evidens och legitimitet* (Doktorsavhandling), Stockholm: Stockholms universitet, 2008.

## 7.2 Elektroniska källor

SCB, Hämtat: 2015-07-01

[http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101A/FolkmangdNov/table/tableViewLayout1/?rxid=b3f08276-b1e2-492e-b8f0-734256ea5b45](http://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/FolkmangdNov/table/tableViewLayout1/?rxid=b3f08276-b1e2-492e-b8f0-734256ea5b45)

Socialstyrelsen (2014) Hämtat: 2015-04-09

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19462/2014-6-11.pdf>

Socialstyrelsen (2011) *Hemlöshet och utstängning från bostadsmarknaden 2011 – omfattning och karaktär*. Hämtad: 2015-09-03

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-12-8>

SOU 2003:92 (Utbildningsdepartementet) *Unga utanför*. Hämtat: 2015-08-25

<http://www.regeringen.se/rattsdokument/statens-offentliga-utredningar/2003/10/sou-200392/>

## 8. Bilaga 1

### Frågeformulär

Löpnummer

Har personen insats från missbruksenheten?

Ja  
Nej

Har personen insats från socialpsykiatrin?

Ja  
Nej

Har personen insats från BoUenheten?

Ja  
Nej

Har personen insats från ekonomi och integration?

Ja  
Nej

Hur många månader har personen varit aktuell?

Har personen varit aktuell på socialtjänsten tidigare?

Ja  
Nej

Vilken/a utrednings och bedömningsinstrument har använts i utredningen?

ASI  
CAN  
ADAD  
ADDIS  
Annat  
Framkommer inte  
Inget

Kön

Kvinna  
Man  
Framkommer inte

Födelseår

1985-1989  
1990-1995  
1996-1997

Födelseland

Sverige  
Övriga Norden

Övriga Europa  
Utanför Europa  
Framkommer inte

Födelseland mamma  
Sverige  
Övriga Norden  
Övriga Europa  
Utanför Europa  
Framkommer inte

Födelseland pappa  
Sverige  
Övriga Norden  
Övriga Europa  
Utanför Europa  
Framkommer inte

Hur många syskon har personen?

Vilket civilstånd har personen?  
Gift/sambo  
Ensamstående- tidigare gift eller sammanboende  
Ensamstående- aldrig gift eller sammanboende  
Framkommer inte

Har personen barn?

Ja  
Nej

Hur många barn?

Hur bor personen?  
Hyresrätt  
Äger sitt boende  
Bostad med andrahandskontrakt  
Inneboende med kontrakt  
Bor stadigvarande hos föräldrar  
Social lägenhet  
Vandrarhem  
Härbärke  
Tillfälligt boende  
Hemlös  
Annat  
Framkommer inte

Vilken postkod har personen?

Anges i utredningen vilka som ingår i personens nätverk?

Ja  
Nej  
Delvis

Anges det viktiga personer i nätverket?

Ja

Nej

Delvis

Är personen adopterad?

Ja

Nej

Förekommer eller har det förekommit missbruk inom biologisk familj/släkt?

Ja

Nej

Framkommer inte

Förekommer eller har det förekommit kriminalitet inom familj/släkt?

Ja

Nej

Framkommer inte

Förekommer eller har det förekommit psykisk/fysisk ohälsa inom familj/släkt?

Ja

Nej

Framkommer inte

Har personen upplevt trauma eller förlorat någon nära anhörig?

Ja

Nej

Framkommer inte

Har personen blivit utsatt för våld?

Ja

Nej

Framkommer inte

Har personen bevittnat våld i hemmet?

Ja

Nej

Framkommer inte

Högsta genomförda utbildning?

Ej avslutad grundskola

Grundskola

Gymnasium

Universitet/högskola

Okänd/framgår ej

Annat

Huvudsakliga försörjningskälla senaste sex månaderna?

Lön

Studiemedel

A-kassa

Ekonomiskt bistånd

Ersättning från Försäkringskassan

Föräldrar/anhöriga



Olaglig verksamhet  
Spel  
Prostitution  
Annat  
Framkommer inte

Personens huvudsakliga sysselsättning?  
Arbete heltid (minst 35 tim/vecka)  
Arbete deltid (regelbundet)  
Arbete deltid (oregelbundet)  
Arbetsträning/praktik  
Arbetssökande  
Studier  
Föräldraledig  
Värnplikt  
Framkommer inte  
Har ingen sysselsättning

Har personen haft ett arbete på den öppna arbetsmarknaden senaste året?  
Ja  
Nej  
Framkommer inte

Förekommer riskbruk av alkohol?  
Ja  
Nej  
Framkommer inte

Förekommer riskbruk av narkotika?  
Ja  
Nej  
Framkommer inte

Har personen ett missbruk/beroende?  
Ja  
Nej  
Framkommer inte

Har personen ett alkoholmissbruk?  
Ja  
Nej

Har personen ett narkotikamissbruk?  
Ja  
Nej

Har personen ett blandmissbruk (alk, nark, tablett)?  
Ja  
Nej  
Har personen tablettmissbruk?  
Ja  
Nej

Har personen ett spelmissbruk (om pengar)?

- Ja
- Nej

Har personen ett dataspelmissbruk (ej pengar)?

- Ja
- Nej

Har personen tidigare fått insatser kopplat till sitt riskbruk/missbruk?

- Ja
- Nej
- Framkommer inte

Långvariga kroppsliga skador/sjukdomar som påverkar livsföringen?

- Ja
- Nej
- Framkommer inte

Har personen långvarig psykisk funktionsnedsättning/sjukdom som påverkar livsföringen?

- Ja
- Nej
- Framkommer inte

Upplever personen stress/oro/nedstämdhet?

- Ja
- Nej
- Framkommer inte

Har personen AD/HD eller ADD?

- Ja
- Nej

Har personen autismsförningspektrat?

- Ja
- Nej

Har personen bipolär sjukdom?

- Ja
- Nej

Har personen depression/ångest?

- Ja
- Nej

Har personen psykosjukdom/schizofreni?

- Ja
- Nej

Har personen PTSD?

- Ja
- Nej

Har personen social fobi/tvång?

Ja

Nej

Har personen annan diagnos?

Har personen haft självmordstankar?

Ja

Nej

Framkommer inte

Har personen gjort självmordsförsök?

Ja

Nej

framkommer inte

Har personen en pågående kontakt med psykiatri?

Ja

Nej

Framkommer inte

Har personen blivit dömd för brott?

Ja

nej

Framkommer inte

Väntar personen på åtal, rättegång eller straffpåföljd?

Ja

Nej

Framkommer inte

Har personen frivårdspåföljd?

Ja

Nej

Framkommer inte

Har personen varit frihetsberövad någon gång?

Ja

Nej

Framkommer inte

Har personen insats ekonomiskt bistånd?

Ja

Nej

Har personen insats intern öppenvård på sbm?

Ja

Nej

Har personen insats extern öppenvård?

Ja

Nej

Har personen insats boendestöd/kontaktperson?

Ja  
Nej

Har personen insats boendestöd med träningslägenhet?

Ja  
Nej

Har personen familjebehandling/samtal?

Ja  
Nej

Har personen insats sysselsättning?

Ja  
Nej

Är personen beviljad annan öppenvårdsinsats?

Ja, vilken:  
Nej

Vilken omfattning är insats öppenvård?

Vid behov  
1-3 timmar  
4-8 timmar  
strukturerad deltid  
Strukturerad heltid  
Nytt svarsalternativ  
Antal timmar  
Framkommer inte

Har personen insats stödboende?

Ja  
Nej

Har personen försöklägenhet?

Ja  
Nej

Är personen familjehemsplacerad?

Ja  
Nej

Är personen beviljad annat boende?

Ja, vilken typ:  
Nej

Har personen insats HVB?

Ja  
Nej

Har personen tvångsvård?

Ja  
Nej

Vilken typ av tvångsvård?

LVM

LVU

LSU

Är personen dömd till ungdomstjänst?

Ja

Nej

Eventuella kommentarer

Har personen haft riskbruk/missbruk?

Ja

Nej

Framkommer inte