



# Sammanställning av ASI-intervjuer i Nordväst

*Jämförelser mellan kön, ålder, missbruksgrupper  
och nordvästkommunerna*

Utvärderingsrapport mars 2009



# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	5
<b>1. Inledning .....</b>	<b>6</b>
1.1 Läsarens guide .....	7
<b>2. Bakgrundsfaktorer .....</b>	<b>8</b>
2.1 Bakgrundsfaktorer i kommunernas ASI-populationer .....	8
2.2 Kön och bakgrundsfaktorer.....	12
2.3 Ålder och bakgrundsfaktorer .....	14
2.4 Dominerande preparat och bakgrundsfaktorer.....	15
<b>3. Alkohol- och narkotikaanvändning .....</b>	<b>18</b>
3.1 Alkohol- och narkotikaanvändning i kommunernas ASI-populationer .....	18
3.2 Kön, alkohol- och narkotikaanvändning .....	21
3.3 Ålder, alkohol- och narkotikaanvändning.....	23
3.4 Dominerande preparat, alkohol- och narkotikaanvändning .....	25
<b>4. Fysisk hälsa .....</b>	<b>26</b>
4.1 Fysisk hälsa i kommunernas ASI-populationer .....	26
4.2 Kön och fysisk hälsa .....	27
4.3 Ålder och fysisk hälsa .....	28
4.4 Dominerande preparat och fysisk hälsa .....	28
<b>5. Psykisk hälsa .....</b>	<b>30</b>
5.1 Psykisk hälsa i kommunernas ASI-populationer .....	31
5.2 Kön och psykisk hälsa .....	33
5.3 Ålder och psykisk hälsa .....	34
5.4 Dominerande preparat och psykisk hälsa.....	35
<b>6. Arbete och försörjning.....</b>	<b>37</b>
6.1 Arbete och försörjning i kommunernas ASI-populationer.....	37
6.2 Kön, arbete och försörjning .....	39
6.3 Ålder, arbete och försörjning .....	40
6.4 Dominerande preparat, arbete och försörjning.....	41
<b>7. Familj och umgänge .....</b>	<b>42</b>
7.1 Familj och umgänge i kommunernas ASI-populationer .....	43
7.2 Kön, familj och umgänge.....	47
7.3 Ålder, familj och umgänge .....	50
7.4 Dominerande preparat, familj och umgänge .....	53
<b>8. Rättsliga problem.....</b>	<b>56</b>
8.1 Rättsliga problem i kommunernas ASI-populationer.....	56
8.2 Kön och rättsliga problem.....	57
8.3 Ålder och rättsliga problem .....	57
8.4 Dominerande preparat och rättsliga problem.....	58
<b>9. Sammanfattande diskussion .....</b>	<b>59</b>
9.1 ASI-populationen – ett representativt urval av personer i den socialtjänstbaserade missbrukarvården.....	59
9.2 Samma marginaliserade individer i omlopp .....	59
9.3 Svåra uppväxtförhållanden, psykiska problem och kriminalitet .....	60
9.4 Kön – samma eller olika problem? .....	61
9.5 Ålder – utsatta yngre och isolerade äldre.....	62
9.6 Dominerande preparat – problemtungda blandmissbrukare och stabilare alkoholanvändare .....	63
9.7 Kommunernas skilda resultat – avslutande kommentarer.....	64
<b>Referenser .....</b>	<b>66</b>
<b>BILAGA 1.....</b>	<b>68</b>
Kommunpopulationernas karaktäristik .....	68



## *Sammanfattning*

I den här rapporten redovisas vad nästan 400 personer, som haft kontakt med socialtjänstens missbruksenheter i nordvästkommunerna i Stockholms län, har svarat vid intervju med ASI-formulär. Syftet är att få en bild av vilka dessa personer är, vad som kännetecknar dem som grupp samt vad som utmärker olika undergrupper. För en mer omfattande sammanfattning och diskussion – se det avslutande kapitlet. I Bilaga 1 återfinns en sammanfattning av kommunernas populationer.

De intervjuade kan sägas tillhöra en marginaliserad grupp människor. De har förhållandevis låg utbildning och många har problem med bostad. Endast en fjärdedel har arbete och närmare en tredjedel uppbär ekonomiskt bistånd. Framförallt yngre personer liksom människor som är blandmissbrukare visas ha svag eller ingen anknytning till arbetsmarknaden. Bland de yngre uppbär två av fem ekonomiskt bistånd. Inte fullt en sjättedel av gruppen blandmissbrukare har arbete och hälften i denna grupp uppbär ekonomiskt bistånd. I den äldre åldersgruppen återfinns oftast personer med alkoholmissbruk, som uppbär ersättning från försäkringskassan. Resultaten visar att yngre personer och människor som är blandmissbrukare sannolikt har betydligt sämre anknytning till arbetsmarknaden medan äldre och alkoholanvändare, via sin tidigare arbetslivshistoria, har kvar en viss anknytning till arbetsmarknaden och därmed meriterat sig för ersättning från socialförsäkringen.

Nästan två av tre intervjuade rapporterar att de kommer från familjer där missbruk och psykiska problem förekommit under uppväxtåren. Lika många har utsatts för misshandel av någon närstående tidigare i livet. Kvinnor, yngre personer och blandmissbrukare är grupper som framstår som särskilt utsatta i detta avseende. Av samtliga intervjuade rapporterar drygt var fjärde att de lever med barn – en grupp som framförallt utgörs av kvinnor och personer med alkoholproblem.

Den psykiska ohälsan framstår som hög bland de intervjuade. Fyra av fem intervjuade har någon gång haft ett allvarligt och långvarigt psykiskt problem. Ångest och depression är särskilt vanliga symptom. Den största psykiska ohälsan återfinns bland yngre personer, kvinnor, narkotikaanvändare och framförallt bland blandmissbrukare.

Sammantaget rapporterar många av de intervjuade problem inom olika livsområden. Yngre personer och blandmissbrukare framstår som grupper med större problem och behov. De rapporterar bland annat sämre anknytning till arbetsmarknaden, svårare uppväxtförhållanden och psykiska problem i högre utsträckning. Att problemen kan vara förknippade med uppväxtförhållanden visas av att två tredjedelar uppger att deras föräldrar haft missbruksproblem eller psykiska problem. En dryg fjärdedel av de intervjuade har dessutom egna barn.

## 1. Inledning

År 2006 påbörjades implementeringen av Addiction Severity Index (ASI) i åtta av Stockholms läns nordvästra kommuner. ASI är en strukturerad intervju som är utvecklad för personer med missbruksproblem. Intervjun används för att kartlägga personer aktuella för missbrukarvård inom sju områden: alkohol- och narkotikaanvändning, fysisk och psykisk hälsa, arbete och försörjning, familj och umgänge samt rättsliga problem. Intervjun är användbar för socialtjänstens arbete med personer med missbruksproblem. ASI-projektet fortlöpte i cirka två år och syftade till att etablera ASI-intervjun i det reguljära missbruksarbetet. I juni 2008 gavs slutrapporten för projektet ut, där det påvisades att kommunerna kommit olika långt med att använda ASI-intervjun i den reguljära verksamheten (FoU-Nordväst, 2008). Denna rapport är ett resultat av att tillräckligt många ASI-intervjuer genomförts (N = 391) för att det ska vara intressant att göra en sammanställning på aggregerad nivå.

Det övergripande syftet med denna sammanställning är att kartlägga den socialtjänstbaserade missbrukarvårdens målgrupp – personer med missbruksproblem - i Nordväst och i respektive kommuner, i enlighet med ett av ASI-projektets huvudsakliga mål. Ett annat syfte är att identifiera skillnader i problem eller behov i mellan kön, ålders- och missbruksgrupper. Denna sammanställning kan även ses som en del i arbetet med att införa socialstyrelsens riktlinjer för missbruks- och beroendevård, där ASI rekommenderas (Socialstyrelsen, 2007), vilket är ett pågående projekt som FoU-Nordväst bedriver tillsammans med nordvästkommunerna.

ASI-intervjuerna har genomförts av socialsekreterare (handläggare och behandlare) i den reguljära verksamheten och matats in i en statistikmodul, ASI-net, i varje kommun för sig. FoU-Nordväst har genom en gemensam databas fått tillgång till alla kommuners avidentifierade statistik. Datamaterialet som kommer att presenteras är hämtad från denna databas och bearbetad med statistikprogrammet SPSS<sup>1</sup>. I materialet ingår 391 ASI-grundintervjuer som genomförts under tidsperioden 060905-080610. Tidsperioden startar med det datum då samtliga socialsekreterare inom ramen för ASI-projektet avslutat den obligatoriska ASI-utbildningen och slutar då databearbetningen för denna rapport inleddes.

Vad kan detta material säga oss? Vilken population kan vi egentligen uttala oss om? Det är osäkert om vi kan uttala oss om *hela* missbrukspopulationen. Detta beror på att ASI-intervjun genomförs i mindre än hälften av alla ärenden av olika anledningar vilket kan bidra till en selektion av de klienter som intervjuas (FoU-Nordväst, 2008). Bortfallet kan med andra ord vara för stort och selekterat för att det ska kunna generaliseras till hela missbrukspopulationen i nordvästkommunerna.

---

<sup>1</sup> Statistical Package for Social Sciences

## 1.1 Läsarens guide

I denna sammanställning kommer följande att presenteras:

- Resultat från ASI-intervjuns sju livsområden. Sammanställningen är disponerad utifrån dessa livsområden: bakgrund, alkohol- och narkotikaanvändning, fysisk hälsa, psykisk hälsa, arbete och försörjning, familj och umgänge samt rättsliga problem.
- Resultat från de kritiska, mest centrala frågorna inom varje livsområde.
- Jämförelser mellan nordvästkommunernas populationer, kön, ålder och dominerande preparat. Dominerande preparat innebär det preparat som utgör klientens huvudsakliga problem och har i denna sammanställning delats in i tre kategorier, alkohol, narkotika, både alkohol och narkotika, så kallade blandmissbrukare.

Detta är en sammanställning av ASI-materialet i sin helhet. Det innebär att texten får karaktären av ett statistiskt uppslagsverk (innehållande 42 tabeller). För den bekväme läsaren rekommenderas därför det sista kapitlet som innehåller en diskussion kring de mest centrala resultaten och sammanfattningar av undergrupperna. Det bör dock kommenteras att dessa sammanfattningar är generella vilket innebär att många nyanser av resultaten går förlorade – komplettera därför gärna uppgifterna med respektive resultatavsnitt. Den som läser hela sammanställningen bör veta att varje kapitel inleds (i avsnittet ”kommunerna”) med en beskrivning av variabelerna och en presentation av hela populationen och en jämförelse med tidigare studier, sedan följer beskrivningar av kommunerna och undergrupperna. De större avsnitten avslutas med en sammanfattning för att underlätta för läsaren.

## 2. Bakgrundsfaktorer

I detta avsnitt presenteras ASI-populationens bakgrundsfaktorer. Informationen är hämtad från avsnitten *allmän information* och *bakgrund* i ASI-intervjun och även från avsnitten *arbete och försörjning* och *familj och umgänge*. Två tabeller kommer att redovisas inom varje avsnitt, den första med demografiska faktorer som kön, ålder och födelse-land och den andra med socioekonomiska förhållanden som bland annat utbildning och försörjning. Det senare är faktorer som brukar användas för att beskriva social integration eller marginalisering. Vi kommer därför att göra jämförelser mellan social integration mellan kommunerna, kön, ålder och dominerande preparat.

Ett välkänt faktum med så kallade kliniska populationer som denna, är att de väsentligen skiljer sig åt från befolkningen i allmänhet, så kallade generella populationer. Storbjörk (2006) jämförde bakgrundsfaktorer mellan en klinisk och en generell population i Stockholms län. Hon fann signifikanta skillnader mellan populationerna på samtliga punkter. I den kliniska populationen var andelen män betydligt högre, medelåldern var högre och den sociala integrationen lägre. Andra studier har visat att personer med missbruksproblem, på det socioekonomiska området ofta har samtidiga bostadsproblem och problem på arbetsmarknaden (Finne, 2003; Olsson et al., 2001; Svensson, 2000).

### 2.1 Bakgrundsfaktorer i kommunernas ASI-populationer

Vi vet alltså att kliniska populationers bakgrundsfaktorer är annorlunda jämfört med generella populationer, men hur ser det ut i kommunernas ASI-populationer? Till att börja med visar vi i Tabell 1 en jämförelse av nordvästkommunernas demografi: kön, ålder och födelse-land.

**Tabell 1.** Demografi i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.

Variabel	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollen-tuna	Solna	Sundby-berg	Upplands-Bro	Upplands Väsby	FoU-Nordväst
	N = 20	N = 34	N = 44	N = 92	N = 30	N = 31	N = 35	N = 105	N = 391
<b>Kön:</b>									
Män	80	71	71	62	57	87	69	60	66
Kvinnor	20	29	29	38	44	13	31	40	34
<b>Ålder</b>									
18-34	30	35	41	28	60	35	43	42	38
35-49	20	53	39	37	27	39	37	30	35
50-64	35	12	18	33	13	23	20	27	25
65+	15	0	2	1	0	3	0	1	2
<b>Födelse-land</b>									
Svenskfödd	95	91	82	73	93	68	78	80	80
Utlandsfödd	5	9	18	27	7	32	22	20	20



*Kön.* Runt två tredjedelar av ASI-populationen i nordväst är män. Sundbyberg och Ekerö har den högsta andelen män, 87 respektive 80 procent. Solna har den lägsta andelen män på 57 procent. I övrigt visar kommunerna liknande könsfördelning som ASI-populationen totalt. Dessa resultat motsvarar en könsfördelning som brukar uppmätas i missbrukspopulationer (Storbjörk, 2006; Finne, 2003; Olsson et al., 2001; Svensson, 2000).

*Ålder.* Variabeln visar åldersfördelningen i fyra ålderskategorier, 18-34, 35-49, 50-64 och över 65 år. Av tabellen framgår att den yngsta ålderskategorin är störst (38 procent). En jämförelse mellan kommunerna visar att det finns stora skillnader. Solna har den i särklass yngsta populationen medan Ekerö har den äldsta. Jämfört med en kartläggning av samtliga missbrukare i Stockholms stad från 2001, är ASI-populationen i nordvästs population något yngre. I Stockholms stad var ålderskategorin 35-49 år den största (44 %) medan den yngre ålderskategorin 18-34 år är störst i nordvästpopulationen (Finne, 2003). ASI-populationen i nordväst består annorlunda uttryckt av fler unga än populationen i Stockholms stad.

*Födelseland.* En fjärdedel av ASI-populationen är födda utomlands. Det finns stora skillnader mellan kommunerna, andelen utrikes födda varierar mellan fem procent i Ekerö och 32 procent i Sundbyberg. Om vi jämför detta resultat med befolkningsstatistik märker vi att det motsvarar befolkningssammansättningen, både i nordväst och i kommunerna. Både andelen utrikes födda i befolkningen och i ASI-populationen utgör alltså cirka en femtedel (SCB, 2008). Ekerö och Sundbyberg har de högsta respektive lägsta andelarna utrikes födda både i befolkningen och i ASI-populationen (a. a.). Detta indikerar att det inte förekommer någon betydande över- eller underrepresentation av utrikes födda bland personer med missbruksproblem. Andra kartläggningar har också visat att andelen utrikes födda ligger runt en femtedel (Finne, 2003; Olsson et al., 2001; Svensson 2000).

Resultaten i Tabell 1 ligger i linje med tidigare studier. Andelen män är cirka två tredjedelar och andelen utrikes födda cirka en femtedel. Åldern var dock något lägre jämfört med andra jämförbara studier. Men hur är det med socioekonomiska situationen som utbildning, försörjning och bostad, är det de mest marginaliserade personerna med missbruksproblem som kommer i kontakt med socialtjänsten? Tabell 2 visar fyra olika socioekonomiska faktorer i kommunerna.

**Tabell 2.** Socioekonomiska faktorer i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.

Variabel	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands-Bro	Upplands-Väsby	FoU-Nordväst
	N =20	N =34	N =44	N =92	N=30	N =31	N =35	N =105	N =391
<b>Utbildning</b>									
<9 år	10	9	9	6	3	13	6	11	8
9-12 år	70	70	82	82	64	68	85	73	76
>12 år	20	21	9	12	33	19	9	16	16
<b>Försörjning</b>									
Lön	32	0	45	27	40	23	16	24	26
Arbetslöshetsersättning	0	6	7	5	0	7	6	7	5
Ekonomiskt bistånd	21	47	16	33	23	32	37	32	31
Ersättning från försäkringskassan	37	32	23	24	17	16	22	24	24
Annat	10	15	9	11	20	23	19	13	14
<b>Civilstånd</b>									
Gift/Sambo	40	18	36	22	27	39	24	22	26
Ensamstående	60	82	64	78	73	61	76	78	74
<b>Bostadförhållanden</b>									
Bostad	95	85	89	81	73	81	77	81	82
Institution eller motsv.	0	3	9	10	10	6	0	7	7
Bostadslös	5	12	2	9	17	13	23	12	11

Variabeln *utbildning* anger antal år i skola. Att ha gått i skola mindre än nio år innebär att grundskolan inte fullföljts. Vi kan dock inte med säkerhet säga i vilken utsträckning vår population fullföljt grundskola, gymnasium och eftergymnasial utbildning. Att ha gått mer än tolv år i skola kan både innebära att personen har eftergymnasial utbildning och att han eller hon gått om årskurser eller gått på komvux.

I populationen totalt är det åtta procent som gått mindre än nio år i skola och 16 procent som har gått mer än 12 år i skola. Kommunerna uppvisar inga större skillnader, förutom Solna som har den högsta utbildningsnivån med en tredjedel som gått mer än tolv år i skola.

Utbildningsnivån i nordväst är sannolikt lägre än den Storbjörk (2006) uppmätte i den socialtjänst- och sjukvårdsbaserade missbrukarvården Stockholms län. I hennes studie hade 32 procent uppnått grundskole-, 45 procent gymnasie- och 23 procent högskolenivå. Siffrorna är svårjämförbara, men resultaten indikerar skillnader i utbildningsnivå mellan studierna.

*Försörjning* innebär i detta fall personens nuvarande huvudsakliga försörjning. Ekonomiskt bistånd är den vanligaste försörjningskällan tätt följt av lönearbete och ersättning från försäkringskassan, där även ålderspension ingår. Kommunernas siffror varierar en hel del, men vi bör ha i åtanke att populationerna är små och resultaten därmed något instabila. Järfällas statistik är iögonfallande, ingen person lönearbetar och nära hälften får ekonomiskt bistånd. Även Upplands-Bro har låg andel lönearbetande (16 %) och en

hög andel (37 %) med ekonomiskt bistånd. Sigtuna och Solna framstår som de populationer med bäst förankring på arbetsmarknaden, 45 respektive 40 procent av personerna lönearbetar. Det är också dessa kommuner som har lägst andel personer med ekonomiskt bistånd.

Siffrorna visar tydligt att majoriteten av ASI-populationen har en dålig försörjningssituation vilket visats i flera andra studier (bl.a. Storbjörk 2006; Finne, 2003; Olsson 2001; Svensson 2000). Fler personer får till exempel ekonomiskt bistånd än lön. ASI-populationen har dock en något bättre försörjningssituation än personer aktuella i missbrukarvården i Stockholms stad. Kartläggningen av aktuella personer i missbrukarvården i Stockholms stad från 2001 visade att endast 16 procent lönearbetade, jämfört med 26 procent i nordväst (Finne, 2003). Det finns dock inga skillnader mellan populationerna i andel personer med ekonomiskt bistånd.

*Civilstånd* är en faktor som sällan undersöks vid kartläggningar av personer med missbruksproblem. Endast Storbjörk (2006) av de tidigare nämnda studierna har undersökt civilstånd. Detta trots att civilstånd kan göra skillnad bland annat för motivationen att söka hjälp och för förmågan att sluta med ett destruktivt användande av alkohol och narkotika (Skårner 2001, Blomqvist et al., 2007). Skårner menar att partnerskap är den mest centrala relationen för stöd och att den utsätts för mycket stress då ena partnern har missbruksproblem (a. a.).

I nordväst är en fjärdedel sammanboende eller gifta. Det finns tydliga variationer mellan kommunerna. Ekerö har den högsta andelen gifta eller sammanboende (40 %) medan Järfälla har den lägsta andelen (18 %). Resultaten ligger i linje med Storbjörks (2006) studie som fann att en fjärdedel av den kliniska populationen var gifta eller sammanboende, vilket var lägre än den generella populationen (de som inte var i behandling).

*Boende* är den huvudsakliga plats som personen bor på. Att ”ha en bostad” kan i detta fall innebära att personen 1) äger sin bostad, 2) har ett förstahandskontrakt, 3) har ett andrahandskontrakt eller 4) att personen bor hos familj, släkt eller vänner. Bostadslös är en sammanslagning av alternativen ”annat” och ”bostadslös” i ASI-intervjun vilket motiveras av att ”annat” boende ofta innebär en mycket osäker boendesituation. På så vis ligger denna definition närmre vad Socialstyrelsen räknar som hemlöshet vilket inkluderar utöver bostadslösa även personer som har en mycket instabil bostadssituation (Socialstyrelsen, 2007).

I ASI-populationen totalt har 82 procent på ett eller annat sätt tillgång till en bostad och 11 procent är bostadslösa. Solna och Upplands-Bro framstår som de populationer med sämst bostadssituation. I Solna har 73 procent bostad och i Upplands-Bro är bostadslösheten i ASI-populationen anmärkningsvärt hög – 23 procent. Ekerö och Sigtuna

utmärker sig som populationer där en hög andel har en egen bostad (95 resp. 89 %) och en låg andel är bostadslösa (5 resp. 2 %).

Nordvästkommunernas ASI-population uppvisar en betydligt bättre bostadssituation jämfört med Stockholms stad där 65 procent hade bostad, 20 procent var bostadslösa och hela 38 procent av missbrukspopulationen var att betrakta som hemlösa (Finne, 2003). Till detta kan läggas Svensson (2000) och Olsson et al. (2001) som i rikstäckande studier fann att drygt en fjärdedel av de tunga narkotikamissbrukarna saknade en fast adress.

*Sammanfattning.* Inledningsvis konstaterades att variablerna i den socioekonomiska tabellen kan användas till att få en bild av den sociala integrationen. Sammantaget uppvisar en stor del av ASI-populationen låg social integration. Utbildningsnivån är lägre jämfört med andra kliniska populationer, ekonomiskt bistånd är den vanligaste försörjningskällan och nästan en femtedel saknar ett eget boende. Om vi jämför kommunernas populationer finner vi att Järfälla och Upplands-Bro är de kommuner som uppvisar lägst social integration vad det gäller försörjning och bostadssituation. Ekerö och Sigtuna framstår som de populationer med högst social integration.

## 2.2 Kön och bakgrundsfaktorer

I detta avsnitt kommer vi att jämföra demografiska (Tabell 3) och socioekonomiska (Tabell 4) faktorer hos män och kvinnor.

*Tabell 3* visar åldersfördelningen och födelseland uppdelat i kön. Åldersfördelningen är så gott som densamma för män och kvinnor. Andelen utrikes födda män är mer än dubbelt så stor än utrikes födda kvinnor. Detta trots att de utrikes födda kvinnorna är något överrepresenterade (53 procent) i nordvästbefolkningen, enligt befolkningsstatistik (SCB 2008).

**Tabell 3.** Demografiska faktorer, åldersfördelning och födelseland efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent.

Variabel	Män	Kvinnor	FoU-Nordväst
	N = 259	N = 132	N = 391
<b>Ålder</b>			
18-34	39	37	38
35-49	34	38	35
50-64	25	23	25
65+	2	2	2
<b>Födelseland</b>			
Svenskfödd	76	89	80
Utlandsfödd	24	11	20

En vanlig uppfattning är att kvinnor som kommer i kontakt med missbrukarvården är mer utsatta och marginaliserade. Det har dock visats tvärt om, att män oftare är marginaliserade och lever i utanförskap (Palm, 2006). I *Tabell 4* som visar män och kvinnors socioekonomiska situation kan man jämföra graden av marginalisering eller social integration mellan könen i ASI-populationen.

**Tabell 4.** *Socioekonomiska faktorer efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Män N = 259	Kvinnor N = 132	FoU- Nordväst N = 391
<b>Utbildning</b>			
<9 år	9	7	8
9-12 år	74	79	76
>12 år	17	14	16
<b>Försörjning</b>			
Lön	27	23	26
Arbetslöshetsersättning	5	5	5
Ekonomiskt bistånd	31	32	31
Ersättning från försäkringskassan	23	26	24
Annat	14	14	14
<b>Civilstånd</b>			
Gift/Sambo	25	28	26
Ensamstående	75	72	74
<b>Bostadsförhållanden</b>			
Bostad	82	82	82
Institution eller motsvarande	6	8	7
Bostadslös	12	10	11

I utbildningsgrad uppvisas inga större skillnader. Detta är intressant med tanke på de relativt stora skillnader som visades i en studie av klienter i missbruksbehandling i Stockholms län. Där hade 36 procent av männen inte fullföljt gymnasiet jämfört med 28 procent av kvinnorna (a. a.).

Det finns heller inga dramatiska skillnader avseende försörjning. De största skillnaderna är att män i något högre utsträckning försörjer sig genom lönearbete. Palms (a. a.) studie visar att männen i högre grad var arbetslösa än kvinnorna, 35 jämfört med 24 procent. I Stockholms stads kartläggning av missbrukare visades att andelen lönearbetande män var 17 procent och lönearbetande kvinnor 15 procent (Finne, 2003).

Vad det gäller bostadsförhållanden uppvisar män och kvinnor liknande situation. De har någon slags bostad i 82 procent av fallen och bostadslösheten är praktiskt taget densamma. Resultaten skiljer sig från flera andra studier som visat att bostadslöshet inom missbrukspopulationer är vanligare bland män (Palm, 2006; Finne, 2003; Olsson et al. 2001; Svensson, 2000). Finne fann även stora skillnader mellan könen vad det gäller att

ha en lägenhet. Av kvinnorna hade 60 procent egen lägenhet, medan motsvarande siffra för männen var 38 procent.

*Sammanfattning.* Den socioekonomiska tabellen kan, som tidigare sagts, användas till att jämföra social integration. Det förefaller inte finnas några genomgripande skillnader mellan män och kvinnors sociala integration i ASI-populationen. Detta är intressant med tanke på de integrationsskillnader som Palm (2006) visade hos klienterna i Stockholms läns missbrukarvård.

### 2.3 Ålder och bakgrundsfaktorer

I detta avsnitt jämförs socioekonomiska förhållanden mellan åldersgrupperna (Tabell 5). Den demografiska sammansättningen redovisas inte eftersom det vore en upprepning av tidigare resultat. Vi kan emellertid konstatera att andelen utlandsfödda är högst bland 35-49-åringarna.

**Tabell 5.** *Socioekonomiska faktorer efter ålder i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU-Nordväst
	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
<b>Utbildning</b>				
<9 år	5	7	10	8
9-12 år	80	78	71	76
>12 år	15	15	19	16
<b>Försörjning</b>				
Lön	24	27	28	26
Arbetslöshetsersättning	6	6	4	5
Ekonomiskt bistånd	40	32	18	31
Ersättning från försäkringskassan	7	27	40	24
Annat	23	8	10	14
<b>Civilstånd</b>				
Gift/Sambo	21	24	34	26
Ensamstående	79	76	66	74
<b>Bostadförhållanden</b>				
Bostad	83	84	76	82
Institution eller motsvarande	4	7	11	7
Bostadslös	13	9	13	11

I Tabell 5 kan man utläsa en större spridning i utbildningsnivå bland äldre personer. Att inte ha fullgjort grundskolan är dubbelt så vanligt bland de äldre som bland de yngre.

I fråga om försörjning återfinns vissa skillnader mellan åldersgrupperna. I åldersgruppen 18 till 34 år rapporteras att ekonomiskt bistånd utgår i högre utsträckning (40

%, jämfört med 31 % totalt) I åldersgruppen 50 till 64 år rapporteras en högre andel uppbära ersättning från försäkringskassan (40 %, jämfört med 24 % totalt) Troliga förklaringar till detta är att yngre personer i befolkningen totalt sett i lägre utsträckning etablerat sig på arbetsmarknaden (se Social Rapport, 2006) och därför endast är berättigade ekonomiskt bistånd samt att äldre personer är sjukare i högre utsträckning vilket också kommer att visas framöver. Försörjning genom lönearbete skiljer sig däremot inte i särskilt hög utsträckning mellan åldersgrupperna

De äldres bostadsförhållanden skiljer sig från de övriga genom att de i lägre utsträckning har en bostad, 76 procent jämfört med 82 procent totalt, och att de bor på institution i något högre utsträckning.

*Sammanfattning.* Det går således inte att uttala sig entydigt om den sociala integrationen bland åldersgrupperna, det vill säga den sammanfattade socioekonomiska situationen beskriven i Tabell 5. De största skillnaderna består i att yngre har sämre anknytning till arbetsmarknaden (en högre andel uppbär ekonomiskt bistånd) samt att de äldre uppvisar en något sämre bostadssituation.

## 2.4 Dominerande preparat och bakgrundsfaktorer

I detta avsnitt jämförs demografisk och socioekonomisk sammansättning mellan grupper med olika dominerande preparat, vad som kan benämnas missbrukargrupper.

Tabell 6 visar missbruksgruppernas demografiska sammansättning, kön ålder och födelseland. Alkohol-användare är den grupp som har den högsta andelen kvinnor, 39 procent jämfört med 34 procent totalt. Narkotikagruppen är mest manligt dominerad, med mer än tre fjärdedelar män. Könsfördelningen bland "blandmissbrukarna" motsvarar den totala sammansättningen.

**Tabell 6.** Demografiska faktorer efter dominerande preparat i ASI-populationen. Siffror i procent

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Narkotika	FoU-Nordväst
N	N = 208	N = 126	N = 21	N = 391
<b>Kön:</b>				
Män	61	77	67	66
Kvinnor	39	23	33	34
<b>Ålder</b>				
18-34	18	67	57	38
35-49	40	29	29	35
50-64	39	4	14	25
65+	3	0	0	2
<b>Födelseland</b>				
Svenskfödd	77	81	90	80
Utlandsfödd	23	19	10	20

Om man jämför gruppernas ålder finner man att alkoholanvändarna är betydligt äldre än de övriga grupperna. "Blandmissbrukarna" är betydligt yngre och narkotikaanvändarna är yngst. Detta ligger i linje med tidigare studier. Alkoholanvändare brukar uppvisa en högre medelålder än narkotikaanvändare (Finne, 2003; Olsson, 2001; Svensson, 2000).

Vad det gäller födelseland så är "blandmissbrukarna" den grupp som är mest svenskdominerad och alkoholanvändarna den grupp som har högst andel utlandsfödda.

Fördelningen av ålder, kön och födelseland i missbrukargrupperna uppvisar mönster som konstaterats i andra studier. Alkoholanvändare är äldre och består av en större andel kvinnor, medan narkotikaanvändare är yngre och mer manligt dominerad

Vidare presenteras *Tabell 7* där missbruksgruppernas socioekonomiska förhållanden beskrivs. Utifrån tabellen kan man jämföra gruppernas sociala integration.

**Tabell 7.** *Socioekonomiska faktorer efter dominerande preparat i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Alkohol N = 208	Narkotika N = 126	Alkohol & Nar- kotika N = 21	FoU- Nordväst N = 391
<b>Utbildning</b>				
<9 år	8	10	5	8
9-12 år	75	76	81	76
>12 år	17	14	14	16
<b>Försörjning</b>				
Lön	30	19	15	26
Arbetslöshetsersättning	7	3	0	5
Ekonomiskt bistånd	24	40	50	31
Ersättning från försäkringskassan	30	15	20	24
Annat	10	23	15	14
<b>Civilstånd</b>				
Gift/Sambo	27	27	9	26
Ensamstående	73	73	91	74
<b>Bostadförhållanden</b>				
Bostad	84	85	70	82
Institution eller motsvarande	6	6	15	7
Bostadslös	10	9	15	11

Vad det gäller utbildning kan man inte se några större skillnader, grupperna ligger på samma nivå som ASI-populationen totalt.

Under försörjning kan man utläsa att försörjning genom lönearbete är dubbelt så vanligt bland alkoholanvändare som bland "blandmissbrukare". Alkoholanvändarna är den grupp som uppvisar den bästa försörjningssituationen genom att de även har förhållandevis låg andel med ekonomiskt bistånd. "Blandmissbrukarna" är den grupp vars



försörjningssituation förefaller vara sämst. De har låg andel lönearbetande (15 %) och relativt hög andel med ekonomiskt bistånd (50 %). Narkotikaanvändarnas försörjningssituation förefaller vara någonstans mellan alkoholanvändarna och ”blandmissbrukarna”, dock närmre den sämre extremen. Skillnaderna mellan alkohol- och narkotikaanvändarna i ASI-populationen kan jämföras med Finnes (2003) studie som visade att 18 procent av alkoholmissbrukarna och 13 procent narkotikamissbrukarna hade arbete.

Det finns stora skillnader beträffande civilstånd mellan grupperna. Alkohol- och narkotikaanvändarna har en betydligt högre andel gifta och sammanboende (27 %) jämfört med ”blandmissbrukarna” (9 %).

I fråga om bostadsförhållanden förefaller ”blandmissbrukarna” vara den grupp som har den sämsta situationen. Sjuttio procent har en bostad och 15 procent är bostadslösa eller lever på institution. Detta kan jämföras med att 82 procent har egen bostad i och 11 procent är bostadslösa i den totala populationen. Vi måste dock påminna oss om att gruppen bara innehåller 21 personer. Mellan alkohol- och narkotikaanvändarna uppvisas inga skillnader, vilket skiljer sig från Finnes studie (2003). Där rapporterades alkoholanvändare oftare ha en egen bostad (62 %) jämfört med narkotikaanvändare (52 %).

*Sammanfattning.* Ett tydligt resultat är att ”blandmissbrukarna” förefaller vara den grupp med sämst anknytning till både bostads- och arbetsmarknaden. Till detta kan läggas att de i högre grad är ensamstående. Alkohol- och narkotikaanvändarna uppvisar inga tydliga mönster vad det gäller social integration eller marginalisering. Den enda skillnaden som återfanns mellan dem var att narkotikaanvändarna har en sämre försörjningssituation, med nästan dubbel så många som uppstår ekonomiskt bistånd och betydligt färre som försörjer sig genom lönearbete.

### 3. Alkohol- och narkotikaanvändning

I detta kapitel presenteras resultatet utifrån åtta centrala frågor i avsnittet *alkohol- och narkotikaanvändning* i ASI-intervjun. Under varje grupp- eller kommunjämförelse kommer två tabeller att visas. Den första tabellen visar variabler som kan säga något om allvarligheten i missbruket, om man injicerat, fått vård tidigare eller om man haft en överdos eller delirium. Den andra tabellen visar fördelningen av dominerande preparat inom populationen.

#### 3.1 Alkohol- och narkotikaanvändning i kommunernas ASI-populationer

Här jämförs kommunernas alkohol- och narkotikaanvändning. Vi kan se om det förekommer skillnader i alkohol- och narkotikaproblem mellan kommunpopulationerna och hur vanliga olika preparat är i kommunerna.

Tabell 8 visar några variabler som beskriver klienternas missbrukskaraktäristik.

*Tidigare missbrukarvård.* I ASI-intervjun är denna fråga uppdelad i alkohol- och narkotikaspecifik öppen och sluten missbrukarvård. För överskådlighetens skull visas här enbart uppdelningen mellan öppen och sluten missbrukarvård. Med sluten missbrukarvård menas i detta fall dygnsvård på sjukhus, familjehem och HVB (hem för vård och boende). Öppen vård innebär all annan missbrukarvård eller behandling som utförs utöver slutenvård som till exempel AA- eller NA-möten, stödjande samtal eller provtagningar.

**Tabell 8.** Tidigare i missbrukarvård, förekomst av delirium tremens, överdos och injicering i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.

Variabel	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands-Bro	Upplands Väsby	FoU-Nordväst
	N= 20	N=34	N=44	N=92	N=30	N=31	N=35	N=105	N=391
<b>Tidigare i öppen- eller sluten missbrukarvård</b>									
Minst en gång i öppenvård	45	79	39	37	57	39	37	59	49
Minst en gång i slutenvård	30	71	32	45	40	42	26	46	43
<b>Tidigare delirium, överdos och injicerat</b>									
Delirium	10	23	11	16	27	3	9	15	15
Överdos	15	31	17	31	46	20	26	24	26
Injicerat	10	35	12	30	37	23	24	21	24

I Nordväst har cirka hälften av alla ASI-intervjuade tidigare varit i kontakt med den öppna missbrukarvården och en något mindre andel hade varit i sluten missbrukarvård. Järfällas siffror sticker ut i jämförelse med övriga kommuner. De har de överlägset högsta siffrorna både i öppen och sluten vård, 79 och 71 procent. Även Upplands Väsby

ligger relativt högt på en andel av 59 och 46 procent. I övrigt ligger kommunerna förhållandevis samlade. Upplands-Bro och Sigtuna är de kommuner som har den lägsta andelen som tidigare fått vård.

Att skillnaden mellan vårdformerna inte är större är något förvånande med tanke på att slutenvårdssektorn är mindre i antal individer som vårdas/behandlas<sup>2</sup>. Resultatet kan tyda på att de personer som kommer i kontakt med socialtjänstens missbrukarvård återkommer flera gånger och därmed har fått både öppen och slutna vård. Oavsett vårdform kan man säga att ASI-populationen till hälften består personer som haft problem så länge att de återkommer. Detta ligger i linje med en nationell kartläggning av 471 behandlingsenheter som visade att mer än hälften av de aktuella klienterna/patienterna fått vård tidigare (IKB, 2003). Storbjörk (2006) fann att tidigare vård var den enskilt starkaste faktorn som förutsåg att en person skulle få vård. Har man tidigare fått missbrukarvård återkommer man sannolikt.

Dessa resultat bekräftar resultat från tidigare studier som visar att den offentliga missbrukarvården arbetar med ett fåtal, marginaliserade individer som får upprepade vård (Storbjörk & Room, 2008, Blomqvist et al., 2007). ASI-populationen i Nordväst förefaller inte vara ett undantag.

*Delirium/överdos.* Det förefaller inte finnas några siffror på förekomsten av delirium och överdos hos personer som missbrukar att jämföra med. Eftersom delirium tremens och överdos är ett allvarligt tillstånd som kräver sjukvård är det en indikator på hur allvarligt missbruket är<sup>3</sup>.

I nordvästkommunerna rapporterar 15 procent av de ASI-intervjuade att de har haft delirium tremens. Störst andel delirium (ca ¼) rapporteras i Solna och Järfälla. I Sundbyberg rapporteras endast tre procent vilket sannolikt är ett resultat av att de, som vi ska se i Tabell 9, har den lägsta andelen alkoholanvändare.

Förekomsten av överdos är vanligare. Ungefär en fjärdedel av ASI-populationen har haft en överdos. De högsta siffrorna rapporteras i Järfälla, Sollentuna och Solna. Den lägsta andelen rapporteras i Ekerö, troligtvis på grund av att de har en låg andel narkotikamissbrukare.

*Injicerat.* Förekomsten av injicering i missbrukspopulationer förefaller vara lite undersökt. Att ha injicerat någon gång under de senaste tolv månaderna är en definition (injektionskriteriet) av tungt missbruk. Om man injicerat kan således vara en indikator på hur allvarligt narkotikamissbruket är.

---

<sup>2</sup> Förhållandet, mätt i antal aktuella personer i respektive vårdform, mellan slutna och öppen missbrukarvård i nordväst uppgick 1 nov. 2006 till 1:6 (FoU-Nordväst, 2008)

<sup>3</sup> Delirium tremens är ett allvarligt och akut tillstånd som inte bör förväxlas med allmänna abstinenssymptom som skakningar och illamående (Socialstyrelsen, 2003).

Var fjärde person i ASI-populationen har någon gång injicerat. Även här rapporterar klienterna ASI-populationerna i Järfälla, Sollentuna och Solna de högsta siffrorna. De lägsta siffrorna rapporteras i Ekerö och Sigtuna (10 resp. 12 %).

*Sammanfattning.* Eftersom variablerna i Tabell 8 utgör mått på hur allvarligt missbruket är kan vi således säga något om hur allvarligt missbruket är i kommunpopulationerna. Finns det några tydliga skillnader mellan deras ASI-populationer? Järfälla och Solna framstår som de populationer där missbruket är allvarligast. I dessa kommuner återfinns den högsta respektive näst högsta andelen som tidigare varit i kontakt med missbrukarvården. Därutöver rapporteras i dessa kommuner de sammantaget högsta andelarna delirium tremens, överdos och injicering. Ekerö och Sigtuna är de populationer som uppvisar minst allvarliga missbruksproblem med lägst andelar tidigare vårdade och delirium tremens, överdos och injicering.

Tabell 9 visar fördelningen av dominerande preparat i kommunerna. Dominerande preparat innebär att personen huvudsakligen använder sig av ett särskilt preparat. Vanliga "sidopreparat" är alkohol lugnande mediciner (inte redovisat). I heroin/opiatkategorin har förutom heroin även metadon, subutex och övriga opiater lagts till. Flera narkotiska preparat innebär att personen använder sig av minst två specifika eller flera olika narkotiska preparat. Under annat-kategorin finns kokain, lugnande mediciner, hallucinogener, ecstasy och lösningsmedel. Dessa preparat var för sällsynta för att presenteras separat.

**Tabell 9.** *Dominerande preparat i kommunerna. Siffror i procent.*

Variabel	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands-Bro	Upplands Väsby	FoU-Nordväst
	N=20	N=34	N=44	N=92	N=30	N=31	N=35	N=105	N=391
<b>Dominerande preparat</b>									
Alkohol	75	55	56	53	43	42	50	61	55
Heroin/Opiat	5	9	5	8	7	10	9	6	7
Amfetamin	0	6	5	5	7	6	3	6	5
Cannabis	10	6	5	8	3	13	6	8	7
Alkohol + narkotiskt preparat	10	9	2	3	7	7	15	3	6
Flera narkotiska prep	0	6	9	15	23	13	3	8	10
Annat	0	9	0	3	7	6	2	2	3

Alkohol är det vanligaste dominerande preparatet i nordvästkommunernas ASI-population. Över hälften av populationen har alkohol som sitt huvudsakliga problem. Resten av preparaten är relativt jämnt spridda över populationen. Att använda flera narkotiska preparat är det näst vanligaste efter alkohol. Andelen alkoholanvändare i kommunerna varierar mellan 42 och 75 procent. Ekerö och Upplands Väsby är de kommuner med högst andel alkoholanvändare, medan Solna och Sundbyberg har den högsta

andelen narkotikaanvändare. Andelen som använder flera narkotiska preparat varierar en hel del mellan kommunernas populationer. Ingen rapporterar användning av flera preparat i Ekerös ASI-population medan närmare en fjärdedel rapporterar det i Solna och Upplands-Bro.

Jämfört med kartläggningen i Stockholms stad är andelen alkohol- och cannabisanvändare i nordväst så gott som samma (Finne, 2003). Men i övrigt skiljer sig resultaten åt. Opiater och centralstimulantia (t.ex. amfetamin och kokain) var utöver alkohol de största grupperna (14 resp. 15 %) i Finnes studie (a. a.).

### 3.2 Kön, alkohol- och narkotikaanvändning

I detta avsnitt kan vi få oss en bild av allvarligheten i män och kvinnors missbruk, samt hur dominerande preparat, det vill säga ”val” av preparat fördelas mellan män och kvinnor. Inledningsvis presenteras *Tabell 10* som är en jämförelse mellan män och kvinnors alkohol- och narkotikaproblem.

**Tabell 10.** Tidigare i missbrukarvård, förekomst av delirium tremens, överdos och injicering efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent.

Variabel	Män	Kvinnor	FoU-Nordväst
	N = 259	N = 132	N = 391
<b>Tidigare i öppen- eller sluten missbrukarvård</b>			
Öppenvård	52	43	49
Slutenvård	42	45	43
<b>Tidigare delirium, överdos och injicerat.</b>			
Delirium	16	13	15
Överdos	27	24	26
Injicerat	29	15	24

Resultaten visar att det föreligger vissa skillnader i vårdform mellan könen. Männerna har något oftare varit i öppenvård medan kvinnorna oftare varit i slutenvård. Detta kan implicera att kvinnornas missbruk är allvarligare eftersom slutenvård är mer ingripande, eller att den uppfattas allvarligare av missbrukspersonal vilket visats av Palm (2006). Förekomsten av delirium tremens och överdos är så gott som lika vanligt bland män och kvinnor. Det är dock dubbelt så vanligt att män injicerat vilket är en signifikant skillnad.

Nästa tabell, *Tabell 11* visar fördelningen av dominerande preparat mellan män och kvinnor.

**Tabell 11.** *Dominerande preparat efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Män	Kvinnor	FoU-Nordväst
	N = 259	N = 132	N = 391
Alkohol	50	64	55
Heroin/opiater	9	3	7
Amfetamin	4	7	5
Cannabis	9	4	7
Alkohol + narkotiskt preparat	6	6	6
Flera narkotiska preparat	12	6	10
Annat	4	3	3

Alkohol som dominerande preparat är vanligare bland kvinnor. Sextiofyra procent av kvinnorna rapporterar alkohol som dominerande preparat och hälften av männen gör det. Av övriga preparat finns det skillnader mellan könen i så gott som samtliga kategorier förutom alkohol/narkotika och annat-kategorin. Cannabis- och heroin/opiatanvändning är ungefär tre gånger så vanligt bland män, men amfetamin är nästan dubbelt så vanligt bland kvinnor. Värt att notera är även att män i dubbelt så hög utsträckning använder flera narkotiska preparat. Vad det gäller alkoholanvändning och kön visades ett omvänt förhållande av Finne (2003) där 60 procent av männen och 56 procent av kvinnorna hade alkohol som dominerande preparat. De uppvisade könsskillnaderna beträffande heroin, amfetamin och cannabis har visats i andra studier (se Svensson, 2001)

### 3.3 Ålder, alkohol- och narkotikaanvändning

I detta avsnitt jämförs åldersgruppernas alkohol- och narkotikaanvändning. Vi vet sen tidigare att yngre personer tenderar att använda narkotika i högre utsträckning och att äldre använder alkohol, men vilka droger handlar det om specifikt och finns det några skillnader i hur allvarligt missbruket är? .

Tabell 12 visar några variabler på allvarligheten i missbruket, tidigare i missbrukarvård, förekomst av delirium tremens, överdos och injicering.

**Tabell 12.** Tidigare i missbrukarvård, förekomst av delirium tremens, överdos och injicering efter ålder i ASI-populationen. Siffror i procent.

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU-Nordväst
	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
<b>Tidigare i öppen- eller sluten missbrukarvård</b>				
Öppen	44	47	58	49
Sluten	33	47	51	43
<b>Tidigare delirium, överdos och injicerat.</b>				
Delirium	8	19	21	15
Överdos	38	26	5	26
Injicerat	29	28	13	24

Vi kan se ett samband där sannolikheten att ha varit i såväl öppen som sluten missbrukarvård, föga förvånande, ökar med åldern. Tydligast är sambandet i slutenvård. Även sannolikheten att ha haft delirium tremens ökar med åldern. De två äldsta åldersgrupperna rapporterar delirium i dubbelt så hög andel som den yngsta gruppen. De yngre rapporterar dock överdos och injicering i högre utsträckning. Tydligast är sambandet beträffande förekomst av överdos där 38 procent av de yngre och fem procent av de äldre rapporterar överdos. Dessa samband beror sannolikt på skillnader i dominerande preparat. Äldre tenderar att använda alkohol i högre utsträckning medan yngre använder narkotika i högre utsträckning, vilket visades i kapitel 2 och kommer att visas i nästa tabell.

Vilken åldersgrupp som har störst missbruksproblem är svårt att uttala sig om. De äldre rapporterar oftare tidigare kontakt med missbrukarvården vilket är ett tecken på att problemen är mer omfattande och/eller mer långvariga. Vidare visar åldersgrupperna olika stora problem inom alkohol och narkotikaområdet vilket är en spegling av att det dominerande preparatet skiljer sig åt mellan grupperna, vilket vi får se i nästa tabell.

Tabell 13 visar fördelningen av dominerande preparat efter åldersgrupper.

**Tabell 13.** *Dominerande preparat efter ålder i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU- Nordväst
	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
<b>Dominerande preparat</b>				
Alkohol	26	61	88	55
Heroin	10	10	0	7
Amfetamin	6	6	2	5
Cannabis	18	1	1	7
Alkohol + narkotiskt preparat	8	5	3	6
Flera narkotiska prep	18	8	2	10
Annat	6	2	1	3

Som tidigare visats har majoriteten av ASI-populationen alkohol som dominerande preparat. Detta stämmer även för de två äldre ålderskategorierna, där 61 procent av 35-49-åringarna och 88 procent av 50-64-åringarna använder alkohol. I den yngsta ålderskategorin är andelen alkoholanvändare betydligt lägre, endast en fjärdedel. Heroin och amfetamin är lika vanligt bland de två yngre ålderskategorierna, tio respektive sex procent, medan det är så gott som icke förekommande bland de äldre. Påfallande är fördelningen av cannabisanvändning. Det är nästan uteslutande de yngsta som använder cannabis, 18 procent, jämfört med en procent i övriga grupper. Även användningen av flera narkotiska preparat är vanligare bland yngre (18 %), men det förekommer även i nämnvärd utsträckning bland 35-49-åringarna (8 %). Att cannabis är vanligast bland de yngre är ett resultat som brukar påvisas då narkotikaanvändning undersöks (se Svensson, 2000).



### 3.4 Dominerande preparat, alkohol- och narkotikaanvändning

I följande avsnitt redovisas jämförelser mellan missbruksgruppernas alkohol- och narkotikaanvändning. Finns det skillnader mellan gruppernas missbruk, vilken grupp har i så fall de allvarligaste missbruksproblemen?

**Tabell 14.** Tidigare i missbrukarvård, förekomst av delirium tremens, överdos och injicering efter dominerande preparat i ASI-populationen. Siffror i procent.

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Narkotika	FoU-Nordväst
N	N = 208	N = 126	N = 21	N = 391
<b>Tidigare i öppen- eller slutenvård</b>				
Öppen	58	47	48	49
Sluten	46	44	57	43
<b>Tidigare delirium, överdos och injicerat.</b>				
Delirium	21	7	14	15
Överdos	12	48	37	26
Injicerat	10	50	38	24

Alkohol användarna och ”blandmissbrukarna” är de grupper där det är vanligast att ha varit i missbrukarvård (både öppen och sluten vård). ”Blandmissbrukarna” har dock fått slutenvård i högre utsträckning. Tidigare har vi tolkat att hög andel i slutenvård innebär större missbruksproblem. Vi kan även notera att narkotikaanvändare har den lägsta andelen i såväl öppen som sluten vård.

Vid en översiktlig blick på resterande variabler i tabell 14 framkommer några inkonsekventa för att inte säga överraskande resultat. Det visar sig att personer som uppger alkohol som dominerande preparat *trots* detta har rapporterat överdos och injicering. På samma sätt har narkotikaanvändare *trots* detta rapporterat delirium tremens. Detta visar att dominerande preparat inte utesluter att andra preparat används. Om vi går vidare visar det sig att en fjärdedel av alkohol användarna rapporterar delirium tremens och nästan hälften av narkotikaanvändarna rapporterar överdos. Vad det gäller injicering så är det vanligast bland narkotikaanvändarna, cirka hälften av dem hade injicerat.

## 4. Fysisk hälsa

I detta kapitel presenteras en tabell över den fysiska hälsan för varje gruppindelning utifrån de kritiska frågorna i ASI-intervjun. I ASI-intervjun finns det en fråga om förekomst av Hiv. Här har vi valt att bortse ifrån denna fråga då endast en person i ASI-populationen är Hiv-positiv.

När hälsokonsekvenser till följd av alkohol och narkotikamissbruk undersöks är det framförallt dödlighet som brukar analyseras. Dödligheten är flera gånger högre bland narkotikamissbrukare än bland normalbefolkningen (Svensson, 2000) och storkonsumenter av alkohol har betydligt högre dödlighet än normalkonsumenter (Babor et al., 2004). Detta fokus på dödlighet och faktumet att det verkar finnas få studier som berör förhållandet mellan missbruk och fysisk hälsa (vilket Svensson, 2000 kommenterar) gör att det finns få uppgifter att jämföra våra data med.

### 4.1 Fysisk hälsa i kommunernas ASI-populationer

Dödligheten är högre bland personer med missbruksproblem, men hur är det med långvarig kroppslig skada, läkemedelförskrivning och hepatit B eller C i ASI-populationen? Och finns det några skillnader mellan kommunerna? Tabell 15 visar en jämförelse mellan kommunpopulationernas fysiska hälsa, långvariga kroppsliga skador, läkemedel mot kroppsliga skador och förekomst av hepatit B eller C.

**Tabell 15.** Fysisk hälsa i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.

Variabel	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands-Bro	Upplands Väsby	FoU-Nordväst
	N=20	N=34	N=44	N=92	N=30	N=31	N=35	N=105	N=391
Långvariga kroppsliga skador	55	53	39	55	31	55	35	46	47
Läkemedel mot kroppsliga skador	15	38	25	34	20	19	18	23	26
Hepatit B/C	5	15	5	16	10	6	9	14	12

Med *långvariga kroppsliga skador* menas enligt ASI-intervjun ett medicinskt tillstånd som kräver regelbunden vård och påverkar klientens livsföring. Runt hälften av ASI-populationen uppger någon långvarig kroppslig skada. Om man jämför kommunerna med den totala andelen urskiljer sig en grupp över (runt 55 %) och en grupp under genomsnittet (30 %). Gruppen över genomsnittet består av Ekerö, Järfälla, Sollentuna och Sundbyberg och gruppen under består av Sigtuna, Solna och Upplands-Bro.

Detta kan jämföras med andra studier som visar att cirka 48 procent av den svenska befolkningen rapporteras ha en långvarig sjukdom eller ett långvarigt besvär (Folkhäl-

sorapport, 2005). Något överraskande finns det alltså inga skillnader mellan ASI-populationen och den svenska befolkningen. Förmodligen är detta i första hand en definitionsfråga. ASI-intervjun mäter självskattad långvarig kroppslig skada som påverkar livsföringen medan ”Folkhälsorapport 2005” mäter självskattad långvarig sjukdom eller besvär som är dokumenterad inom hälso- och sjukvården.

En fjärdedel av ASI-populationen får *läkemedel mot kroppsliga skador*, det vill säga hälften av andelen som rapporterat kroppsliga skador. Järfälla och Sollentunas ASI-populationer utmärker sig genom att de har de högsta andelarna (38 resp. 34 %) som rapporterar läkemedel mot kroppsliga skador, I Ekerö rapporteras den lägsta andelen som ordinerats läkemedel mot kroppsliga skador.

*Hepatit B, C.* I ASI-populationen rapporterar 12 procent hepatit B eller C. Kommunernas siffror är fördelade mellan fem procent i Ekerö och 16 procent i Sollentuna.

*Sammanfattning.* När vi har jämfört dessa tre variabler var för sig, går det att urskilja några mönster vad det gäller den fysiska hälsan i kommunernas ASI-populationer? Det finns inga stora skillnader, men det går emellertid att urskilja en grupp med något bättre och en grupp med något sämre fysisk hälsa. Gruppen med sämre hälsa består av Järfälla och Sollentuna. Gruppen med något bättre fysisk hälsa består av Sigtuna och Solna.

## 4.2 Kön och fysisk hälsa

I detta avsnitt jämförs den fysiska hälsan mellan kvinnor och män. De variabler som undersöks i *Tabell 16* är långvariga kroppsliga skador, förskrivning av läkemedel och hepatit B eller C.

**Tabell 16.** *Fysisk hälsa efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Män	Kvinnor	FoU-Nordväst
	N = 259	N = 132	N = 391
Långvariga kroppsliga skador	47	47	47
Läkemedel mot kroppsliga skador	24	24	24
Hepatit B/C	13	11	12

Resultaten visar inga könsmissiga skillnader beträffande förekomst av långvarig kroppslig skada, förskrivning av läkemedel mot kroppsliga skador och smitta av hepatit B eller C. En nationell kartläggning av narkotikamissbrukare visade ett liknande resultat, att dödligheten var lika hög bland män och kvinnor (Svensson, 2000). I den generel-

la befolkningen brukar sjukligheten dock vara något högre bland kvinnor (Folkhälso-rapport, 2005).

#### 4.3 Ålder och fysisk hälsa

Hur hälsan fördelar sig mellan åldersgrupperna är ämnet för detta avsnitt. *Tabell 17* visar hur långvariga kroppsliga skador, förskrivning av läkemedel mot kroppsliga skador och hepatit B eller C fördelar sig mellan grupperna.

**Tabell 17.** *Fysisk hälsa efter ålder i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU- Nordväst
	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
Långvariga kroppsliga skador	28	54	67	47
Läkemedel mot kroppsliga skador	13	28	40	26
Hepatit B/C	8	17	11	12

Den rapporterade fysiska ohälsan ökar - både avseende långvariga kroppsliga skador och förskrivning av läkemedel - inte oväntat med åldern. Detta är ett tydligt mönster som brukar uppvisas i befolkningsstatistik (Folkhälso-rapport, 2005). Hepatit B eller C är dock vanligast bland 35-49-åringarna.

#### 4.4 Dominerande preparat och fysisk hälsa

I *Tabell 18* jämförs missbruksgruppernas hälsa utifrån tre variabler, långvariga kroppsliga skador, förskrivning av läkemedel mot kroppsliga skador och hepatit B eller C.

**Tabell 18.** *Fysisk hälsa efter dominerande preparat. Siffror i procent.*

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Nar- kotika	FoU- Nordväst
N	N = 208	N = 126	N = 21	N = 391
Långvariga kroppsliga skador	55	44	45	47
Läkemedel mot kroppsliga skador	32		19	26
Hepatit B/C	8	21	10	12

Vad det gäller den fysiska hälsan i de olika missbruksgrupperna kan man se några tydliga skillnader. Bland alkoholanvändarna rapporterar över hälften långvariga kroppsliga skador och en tredjedel att de ordinerats läkemedel vilket innebär att de rapporterar den största fysiska ohälsan. Narkotikaanvändarna och "blandmissbrukarna" förefaller ha en något bättre hälsa både avseende långvarig kroppslig hälsa och förskrivning av läkemedel. I fråga om hepatit B eller C specifikt är det inte helt förvånande narkotika- och i

lägre utsträckning ”blandmissbrukarna” som har de högsta andelarna. Folkhälsoinstitutet (2005) konstaterade att hepatit är vanligt bland narkotikamissbrukare och att de utgjorde 64 procent av alla personer med hepatit.

*Sammanfattning.* Narkotikaanvändarna och ”blandmissbrukarna” är den grupp som uppvisar den bästa fysiska hälsan. Resultatet är något förvånande med tanke på att samma ”blandmissbrukare” föreföll ha det mest allvarliga missbruket i det förra kapitlet. Alkohol användarna uppvisar den största fysiska ohälsan vilket kan tyckas förvånande jämfört med deras i sammanhanget moderata missbruk som visades i förra kapitlet. Detta beror sannolikt på att de är äldre i genomsnitt.

## 5. Psykisk hälsa

Här presenteras de kritiska frågorna inom ASI-avsnittet med samma namn. Redovisningen fokuseras endast på livstidsförekomsten och alltså inte förekomsten de senaste 30 dagarna av de olika psykiska problemen som presenteras vilket är en avgränsning som är gjord av praktiska skäl.

Omfattande psykiska problem är en vanlig anledning till att inte genomföra en ASI-intervju i nordvästkommunerna (FoU-Nordväst, 2008). Det innebär att personer med samtidig allvarlig psykisk störning, så kallade samsjukliga som är en viktig och utsatt målgrupp inom missbruksområdet (se t.ex. SOU 1992:73) inte kartläggs i samma utsträckning i denna sammanställning. Till psykisk störning räknas enligt Socialstyrelsen (1996): 1) schizofreni, vanföreställningar och andra psykotiska sjukdomar 2) manodepressiv sjukdom samt djupgående depression och ångesttillstånd och 3) uttalade personlighetsstörningar; schizotyp personlighetsstörning, borderlinestörning och antisocial personlighetsstörning. ASI-intervjun täcker endast den andra av de uppräknade punkterna. Det finns därför skäl att i detta fall skilja mellan psykiska *problem* och diagnostiserad psykisk *störning*. I denna kartläggning undersöks bara den "lindrigare" varianten – självrapporterade psykiska *problem*.

## 5.1 Psykisk hälsa i kommunernas ASI-populationer

I detta avsnitt presenteras en jämförelse mellan kommunpopulationernas psykiska hälsa, såsom tidigare psykiatrisk behandling, olika psykiska problem, medicinering och självmordstankar/försök.

**Tabell 19.** *Psykisk hälsa under livstid i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.*

Variabel	Ekerö N = 20	Järfäl- la N = 34	Sigtuna N = 44	Sollen- tuna N = 92	Solna N = 30	Sundby- berg N = 31	Upp- lands- Bro N = 35	Upplands Väsby N = 105	FoU- Nordväst N = 391
<b>Tidigare i psykiatrisk slutent resp öppenvård</b>									
Minst en gång i öppenvård	30	47	42	55	40	24	25	47	43
Minst en gång i slutenvård	15	41	9	25	20	10	30	22	22
<b>Förekomst av psykiska problem samt läkemedel</b>									
Minst ett problem	65	94	77	87	93	74	83	87	85
Depression	50	88	59	82	77	55	61	74	72
Ångest	50	85	59	74	83	58	61	81	72
Minnes- koncentrations- problem	50	71	50	65	77	52	49	64	61
Hallucinationer	10	35	23	19	40	13	18	29	24
Våldsamhet	35	38	23	39	62	42	39	37	38
Läkemedel	35	77	39	51	47	36	53	57	51
<b>Självordstankar/försök</b>									
Självordstankar	35	67	32	48	50	29	49	50	46
Självordsförsök	25	52	28	34	27	13	22	27	29

*Tidigare psykiatrisk vård.* Med sluten psykiatrisk vård menas i detta fall dygnsvård på sjukhus. Öppen psykiatrisk vård är all vård som utförs utöver den slutna.

Av den totala ASI-populationen har 43 procent någon gång varit i öppen psykiatrisk vård och 22 procent i sluten psykiatrisk vård. I kommunernas ASI-populationer varierar förekomsten i öppenvård mellan en fjärdedel och drygt hälften. Sollentuna, Järfälla och Upplands Väsby's populationer har de högsta andelarna, runt hälften har tidigare varit i öppen psykiatrisk vård. Sundbyberg, Upplands-Bro och Ekerö har populationer med låga andelar, mellan 24 och 30 procent.

Andelen som varit i slutenvård är inte oväntat lägre (22 %), även den varierar mellan kommunpopulationerna. Störst andelar har populationerna i Järfälla, Sollentuna och Upplands-Bro, lägst andelar återfinns i Ekerö, Sigtuna och Sundbyberg. Det är generellt vanligare att ha varit i psykiatrisk öppenvård, med undantag från Upplands-Bro där slutenvård är vanligare.

Andelen som fått någon form av psykiatrisk vård förefaller vara hög och den skiljer sig avsevärt från kartläggningen av personer med missbruk i Stockholms stad som visa-

de att 16 procent har varit i psykiatrisk öppenvård och fyra procent i psykiatrisk slutenvård (Finne 2003).

*Psykiska problem.* Tre saker är viktiga att notera vad det gäller uppgifterna i *Tabell 19*. För det första redovisar de livstidsförekomst av psykiska problem, för det andra är problemen att räkna som allvarliga och för det tredje omfattar de en längre tidsperiod om minst två veckor.

Totalt uppvisar ASI-populationen stora psykiska problem. Över fyra av fem uppger att de haft något psykiskt problem tidigare i livet. Depression och ångest är de vanligaste problemen.

Populationerna i Järfälla och Solna redovisar de största psykiska problemen med över 90 procent som har haft något slags psykiskt problem. Ekerö, Sigtuna och Sundbyberg har de populationer med lägst andel rapporterade psykiska problem. Cirka hälften av ASI-populationen får läkemedel mot psykiska problem. Andelen varierar kraftigt, mellan 36 procent i Sundbyberg och 77 procent i Järfälla, vilka också var populationerna som hade de högsta respektive lägsta andelarna som rapporterade psykiska problem.

*Självmodrtankar /försök.* Nära hälften av de ASI-intervjuade i nordväst uppger att de haft självmodrtankar. I Järfälla återfinns den största andelen, två av tre har någon gång haft självmodrtankar. Sundbyberg har den lägsta andelen, med 29 procent.

Cirka 30 procent av ASI-populationen har någon gång gjort självmodrsförsök. Populationen i Järfälla rapporterar den överlägset högsta andelen självmodrsförsök - över hälften av de intervjuade.

*Sammanfattning.* Många personer i ASI-populationen har problem med den psykiska hälsan, både vad det gäller tidigare psykiatrisk vård och specifika psykiska problem. Populationerna i Järfälla, Sollentuna, Solna och Upplands Väsby redovisar genomgående högst andelar med psykiska problem. I Ekerö och Sundbyberg återfinns de populationer där lägst andel rapporterar psykiska problem. Vi bör dock vara försiktiga med tolkningen av dessa resultat eftersom det föreligger organisatoriska skillnader mellan kommunerna. I vissa kommuner (t.ex. Solna) utreds bara de personer med störst problem (FoU-Nordväst, 2008) vilket kan ge utslag i dessa resultat. Därutöver kan skillnaderna bero på vilka personer man väljer att genomföra en ASI-intervju med, en så kallad selektion.



## 5.2 Kön och psykisk hälsa

I föregående avsnitt indikerades att den psykiska ohälsan är stor i ASI-populationen.

Tabell 20 visar hur den psykiska hälsan fördelas mellan män och kvinnor.

**Tabell 20.** *Psykisk hälsa under livstid efter kön i ASI-populationer. Siffror i procent.*

Variabel	Män	Kvinnor	FoU- Nordväst
	N = 259	N = 132	N = 391
<b>Tidigare i psykiatrisk sluten- resp öppenvård</b>			
Öppenvård	37	56	45
Slutenvård	19	28	22
<b>Förekomst av psykiatriska problem samt läkemedel</b>			
Minst ett problem	82	91	85
Depression	67	81	72
Ångest	66	84	72
Minnes- koncentrationsproblem	58	68	61
Hallucinationer	26	21	24
Våldsamhet	38	38	38
Läkemedel	43	67	51
<b>Självordstankar/försök</b>			
Självordstankar	40	59	46
Självordsförsök	21	46	29

*Tidigare psykiatrisk vård.* Vi kan se att det finns omfattande skillnader mellan män och kvinnors tidigare förekomst i sluten och öppen psykiatrisk vård. Skillnaderna är lika stora mellan de öppna och slutna vårdformerna. När det gäller psykisk hälsa i missbrukspopulationer och generellt brukar skillnader mellan män och kvinnor påvisas. Bland missbrukare i Stockholms stads socialtjänst hade till exempel 14 procent av männen och 21 procent av kvinnorna varit i psykiatrisk öppenvård de senaste sex månaderna (Finne, 2003).

*Psykiska problem.* Att ha minst ett psykiskt problem är vanligare bland kvinnor, men skillnaderna är inte lika stora som tidigare förekomst i psykiatrisk vård. Om vi jämför fördelningen av de specifika psykiska problemen finner vi att depression, ångest och minnes/koncentrationsproblem är vanligast både hos män och hos kvinnor. Hallucinationer och problem att hantera våldsamt beteende förefaller vara problem som är vanligare hos männen.

*Självordstankar /försök.* Kvinnor har även en betydligt högre andel som haft självordstankar och gjort självordsförsök. Störst är skillnaden i självordsförsök där nära hälften av kvinnorna någon gång har gjort självordsförsök - en häpnadsväckande hög siffra.

*Sammanfattning.* Det går att urskilja genomgripande skillnader mellan män och kvinnors självrapporterade psykiska hälsa. Skillnaderna i psykiatrisk vård är dock större än skillnaderna de självrapporterade psykiska problemen. Ett allvarligt resultat är att nära hälften (46 %) av kvinnorna i ASI-populationen någon gång gjort ett självmordsförsök.

### 5.3 Ålder och psykisk hälsa

Det finns alltså betydande skillnader i den psykiska hälsan mellan män och kvinnor. Frågan är om den psykiska hälsan varierar lika mycket om vi jämför åldersgrupperna med varandra.

**Tabell 21.** *Psykisk hälsa under livstid efter ålder i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU-Nordväst
	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
<b>Tidigare i psykiatrisk slut- resp öppenvård</b>				
Öppenvård	44	41	45	45
Slutenvård	20	28	18	22
<b>Förekomst av psykiatriska problem samt läkemedel</b>				
Minst ett problem	91	83	77	85
Depression	78	71	62	72
Ångest	82	69	62	72
Minnes- koncentrationsproblem	75	55	51	61
Hallucinationer	38	19	13	24
Våldsamhet	55	32	22	38
Läkemedel	48	55	50	51
<b>Självmordstankar/försök</b>				
Självmordstankar	48	49	42	46
Självmordsförsök	31	29	30	29

*Tidigare psykiatrisk vård.* Att ha varit i psykiatrisk öppenvård är ungefär lika vanligt bland alla åldersgrupperna. Det finns något större skillnader beträffande andelen som har varit i slutenvård. Åldersgruppen 35 till 49 år har den högsta andelen som tidigare varit i slutenvård (28 %) jämfört med genomsnittet (22 %).

*Psykiska problem.* Den yngsta åldersgruppen rapporterar psykiska problem i störst utsträckning. Som tidigare noterar vi att depression, ångest och minnes/koncentrationsproblem är de vanligaste problemen i samtliga åldersgrupper. Problem att hantera våldsamt beteende är ett problem som är särskilt vanligt i den yngsta åldersgruppen. Trots den tydliga trenden att yngre personer rapporterar mer psykiska problem återspeglas inte detta i medicineringen som ligger omkring hälften oavsett ålder.

*Självordstankar /försök.* Det finns inga tydliga skillnader i förekomst av självmordstankar eller självmordsförsök mellan åldersgrupperna.

*Sammanfattning.* Vi kan konstatera att det förekommer motstridiga uppgifter vad det gäller den psykiska hälsan i åldersgrupperna. Åldersgrupperna uppvisar inga tydliga skillnader i tidigare psykiatrisk vård, läkemedel mot psykiska problem eller självmordstankar och självmordsförsök. Däremot är det ett tydligt mönster att yngre personer rapporterar sämre psykisk hälsa. Hur hänger detta ihop? Det är naturligtvis inte lätt att svara på, men en hypotes är att det finns generationsmässiga skillnader i hur man talar om psykiska problem. En annan hypotes är att skillnaderna är en preparateffekt, det vill säga att yngre använder narkotika i högre utsträckning.

#### 5.4 Dominerande preparat och psykisk hälsa

I följande avsnitt presenteras en jämförelse av den psykiska hälsan mellan de tre missbruksgrupperna.

**Tabell 22.** *Psykisk hälsa under livstid efter dominerande preparat i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Narkotika	FoU-Nordväst
N	N = 208	N = 126	N = 21	N = 391
<b>Tidigare i psykiatrisk slut- resp öppenvård</b>				
Öppenvård	43	41	62	43
Slutenvård	25	17	29	22
<b>Förekomst av psykiatriska problem samt läkemedel</b>				
Minst ett problem	83	90	100	85
Depression	69	78	71	72
Ångest	70	74	91	72
Minnes- koncentrationsproblem	56	70	76	61
Hallucinationer	17	36	29	24
Våldsamhet	32	49	57	38
Läkemedel	53	49	67	51
<b>Självordstankar/försök</b>				
Självordstankar	47	44	52	46
Självordsförsök	33	23	38	29

*Tidigare psykiatrisk vård.* Blandmissbrukarna urskiljer sig som missbruksgruppen med den högsta andel som tidigare vårdats inom psykiatrin. De redovisar den högsta andelen i såväl öppen som sluten psykiatrisk vård. Alkohol- och narkotikaanvändarna uppvisar sinsemellan lika stora andelar i psykiatrisk vård. Alkohol-användarna förefaller dock ha en något högre andel som tidigare varit i sluten psykiatrisk vård. Kartläggningen av missbrukare i Stockholms stad visade inte heller några skillnader i psykiatrisk vård mel-

lan alkohol- och narkotikaanvändare. Femton procent av alkoholanvändarna och 17 procent av narkotikaanvändarna hade varit i psykiatrisk öppenvård den senaste sexmånadersperioden (Finne, 2003).

*Psykiska problem.* Även vad det gäller den sammanlagda förekomsten av psykiska problem utmärker sig "blandmissbrukarna" som en grupp med stora problem. Samtliga i gruppen rapporterar att de någon gång haft något allvarligt och långvarigt psykiskt problem. Narkotikaanvändarna förefaller ha större problem med den psykiska hälsan än alkoholanvändarna, både avseende de totala problemen och de specifika problemen. Inom "blandmissbrukarna" rapporterar en särskilt hög andel ångest medan narkotikaanvändarna har särskilt stor andel som har hallucinerat. Blandmissbrukarna har inte oväntat den högsta andelen som får läkemedel mot psykiska problem. Däremot har alkoholanvändarna en något högre andel som får läkemedel, trots att de rapporterar psykiska problem i högre utsträckning.

*Själv mordstankar /försök.* Återigen är det "blandmissbrukarna" som har de högsta andelarna själv mordstankar och självmordsförsök, men denna gång är skillnaderna mindre. Alkohol- och narkotikaanvändarna har avsevärt lägre andelar själv mordstankar och självmordsförsök.

*Sammanfattning.* Den psykiska hälsan varierar tydligt mellan de tre missbruksgrupperna "Blandmissbrukarna" rapporterar den sämsta psykiska hälsan bland missbruksgrupperna. Förhållandet mellan alkohol- och narkotikaanvändare är svårare att avgöra. Alkoholanvändarna rapporterar något oftare tidigare psykiatrisk vård och själv mordstankar/försök, medan narkotikaanvändarna rapporterar större psykisk ohälsa. Samma motstridiga resultat visades i det föregående avsnittet som jämförde åldersgruppernas psykiska hälsa. Resultaten i detta avsnitt kan dels vara en spegling av de olika åldersfördelningarna i alkohol- och narkotikagrupperna och dels vara en effekt av det dominerande preparatet.

## 6. Arbete och försörjning

I avsnittet demografiska faktorer presenterades frågor som tillhörde ASI-området *arbete och försörjning*. Då presenterades den nuvarande försörjningskällan och antal år i skola. I detta avsnitt undersöks området lite djupare genom att undersöka anställningsmönstret de senaste tre åren och socioekonomiskt index (SEI) som är ett mått på social klass<sup>4</sup>. På så sätt fås en bild av de förutsättningar de ASI-intervjuade har att antingen behålla ett jobb eller att komma tillbaka i anställning. Det har visats att personer som missbrukar ofta upplever att de lever *mellan* två världar, en missbruksvärld och en ”normal” värld (se t.ex. Blomqvist, 2002). Förutom de ekonomiska incitamenten kan en anställning således fungera som en väg ut ur missbruksvärlden.

### 6.1 Arbete och försörjning i kommunernas ASI-populationer

I följande avsnitt presenteras en jämförelse mellan kommunpopulationernas arbets- och försörjningssituation, socioekonomiskt index och vanligaste sysselsättningen de senaste tre åren.

**Tabell 23.** *Arbete och försörjning i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.*

Variabel	Ekerö N=20	Järfäl- la N = 34	Sigtu- na N =44	Sollen- tuna N = 92	Solna N= 30	Sundby- berg N = 31	Upp- lands- Bro N = 35	Upp- lands Väsby N = 105	FoU- Nord- väst N = 391
<b>Yrke (SEI)</b>									
Icke facklärd arbetare	40	74	50	58	67	55	100	67	64
Facklärd arbete- re/tjänsteman/ företagare	60	26	50	42	33	45	0	33	36
<b>Vanligaste sysselsättning senaste 3 år</b>									
Arbete (hel- eller deltid)	55	38	70	52	69	45	44	49	52
Arbetslös	10	35	14	30	17	35	29	27	26
Studier	10	0	2	0	0	7	9	3	3
Pension sjukbidrag	25	27	14	17	7	10	15	20	17
Inlagd på institution	0	0	0	1	7	3	3	1	2

*Yrke.* Denna variabel är en kategorisering av det yrke som den intervjuade uppger att han eller hon huvudsakligen har arbetat med. Uppges till exempel målare räknas detta som en facklärd arbetare eftersom det kräver viss eftergymnasial utbildning/träning och uppges yrket som brevbärare kategoriseras det som en icke facklärd arbetare eftersom det generellt inte kräver någon eftergymnasial utbildning/träning.

<sup>4</sup> ”Den socioekonomiska indelningen, SEI, är en beskrivande klassifikation avsedd att belysa den hierarkiska strukturen i ett samhälle som delar upp människor i olika klasser. (---) Grundläggande för SEI och de flesta andra liknande indelningar är personernas position på arbetsmarknaden, vilket antas ha en avgörande betydelse för välfärdsfördelning och livschanser. SEI syftar till att i varje kategori samla yrken där innehavarna befinner sig i likartade situationer i arbetet och på arbetsmarknaden” (SCB, 2008).

Två tredjedelar av ASI-populationen räknas som icke facklärd arbetare, vilket innebär att ASI-populationen kännetecknas av låg klass. I Ekerö och Sigtuna återfinns populationerna med störst andel facklärd arbetare, tjänstemän och företagare. I Upplands-Bro är samtliga av de ASI-intervjuade icke facklärd arbetare vilket är den överlägset högsta andelen.

*Vanligaste sysselsättning de senaste tre åren.* Över hälften av ASI-populationen har arbetat hel- eller deltid de senaste tre åren, men kommunerna uppvisar samtidigt stora skillnader. Siffran är påfallande hög jämfört med försörjningsmålet i kapitel två där det framgick att en fjärdedel försörjde sig genom lönearbete. Två möjliga förklaringar kan ges till detta. Den första förklaringen innebär att personerna med arbete i denna tabell inte tjänat tillräckligt mycket pengar för att det ska räknas som "huvudsaklig försörjning". Den andra förklaringen går ut på att arbetssituationen faktiskt är sämre nu jämfört vad den varit under de senaste tre åren. Tidigare studier har visat att kontakt med missbrukarvården ofta föregås av negativa händelser som t.ex. arbetslöshet (se Storbjörk, 2006). Att ha varit arbetslös är den näst vanligaste sysselsättningen följt av pension eller sjukbidrag (numera sjuk- eller aktivitetsersättning) även här finns det stora skillnader mellan kommunerna.

Populationerna i Sigtuna och Solna har den största andelen, cirka 70 procent, som de senaste tre åren har arbetat hel- eller deltid. De har även tillsammans med Ekerö den lägsta andelen arbetslösa. I Järfälla återfinns den lägsta andelen (38 %) som arbetat de senaste tre åren och den högsta andelen (35 %) som varit arbetslös. I Ekerö och Järfälla återfinns de ASI-populationer med högst andel som får någon sorts ersättning från försäkringskassan. Dessa siffror kan delvis förklaras av höga ohälsotal i kommunerna.

*Sammanfattning.* Man kan konstatera att en överraskande hög andel (jämfört med Tabell 2) har arbetat de senaste tre åren. Populationen består dock i hög utsträckning av lägre klasser. Det finns betydande skillnader mellan kommunerna. Ekerö, Sigtuna och Solna framstår som de populationer där arbets- och försörjningssituationen är bäst, andelen som arbetat är hög och andelen arbetslösa är låg. Järfälla och Sundbyberg har populationer där få personer arbetat de senaste tre åren och fler har varit arbetslösa. Järfälla har utöver detta även den lägsta andelen facklärd arbetare. Ekerö och Sigtuna har utöver en god arbetssituation även många facklärd arbetare.

## 6.2 Kön, arbete och försörjning

I föregående avsnitt visades att över hälften av alla ASI-intervjuade har arbetat hel- eller halvtid den senaste treårsperioden. Tabell 24 visar en jämförelse mellan män och kvinnors arbets- och försörjningssituation.

**Tabell 24.** *Arbete och försörjning efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent*

Variabel	Män	Kvinnor	FoU- Nordväst
	N = 259	N = 132	N = 391
<b>Yrke (SEI)</b>			
Icke facklärd arbetare	61	69	64
Facklärd arbetare/tjänsteman/ företagare	39	31	36
<b>Vanligaste sysselsättning senaste 3 år</b>			
Arbete (hel- deltid)	55	47	52
Arbetslös	27	25	26
Studier	3	2	3
Pension sjukbidrag	13	24	17
Inlagd på institution	2	2	2

*Yrke.* Tabellen visar att det är något större sannolikhet att kvinnor har haft ett yrke som räknas som ett icke facklärt arbete.

*Vanligaste sysselsättning de senaste tre åren.* Män och kvinnor har varit arbetslösa i samma utsträckning de senaste tre åren. Män har arbetat i högre utsträckning medan kvinnor har fått ersättning från försäkringskassan i högre utsträckning de senaste tre åren. Med tanke på att den fysiska hälsan (kapitel 4) är densamma mellan könen bör detta förstås mot bakgrund av kvinnor rapporterade en betydligt sämre psykiska hälsa (kapitel 5).

*Sammanfattning.* Kvinnor som grupp betraktat förefaller ha en något sämre arbets- och försörjningssituation. De består av en lägre andel facklärd arbetare eller tjänstemän, lägre andel som arbetat den senaste treårsperioden och högre andel som får ersättning från försäkringskassan.

### 6.3 Ålder, arbete och försörjning

I detta avsnitt undersöks hur arbets- och försörjningssituationen ser ut i de tre åldersgrupperna. I Tabell 25 redovisas deras socioekonomiska index samt vanligaste sysselsättningen de senaste tre åren.

**Tabell 25.** *Arbete och försörjning efter ålder i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU-Nordväst
	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
<b>Yrke (SEI)</b>				
Icke facklärd arbetare	74	61	52	64
Facklärd arbetare/tjänsteman/ företagare	26	39	48	36
<b>Vanligaste sysselsättning senaste 3 år</b>				
Arbete (hel- deltid)	54	50	53	52
Arbetslös	33	27	17	26
Studier	8	0	0	3
Pension sjukbidrag	2	22	30	17
Inlagd på institution	3	1	0	2

*Yrke.* Andelen facklärd arbetare och tjänstemän stiger med åldern vilket kan tyckas naturligt, men det bör påpekas att en liknande faktor som utbildningsnivå inte uppvisar samma mönster i detta material.

*Vanligaste sysselsättning de senaste tre åren.* Samtliga åldersgrupper har arbetat i ungefär samma utsträckning de senaste tre åren. Arbetslösheten följer ett mönster där de yngre är mer arbetslösa än de äldre. Pension eller sjukbidrag visar ett omvänt samband och blir vanligare med åldern

*Sammanfattning.* Yngre personer är i högre utsträckning icke facklärd och arbetslösa, medan äldre personer oftare uppbär ersättning från försäkringskassan.



## 6.4 Dominerande preparat, arbete och försörjning

I kapitel 2 konstaterades att "blandmissbrukarna" hade den sämsta anknytningen till arbets- och bostadsmarknaden, men hur ser det egentligen ut om vi undersöker saken närmre? Tabell 26 visar en jämförelse mellan missbruksgruppernas arbets- och försörjningssituation.

**Tabell 26.** *Arbete och försörjning efter dominerande preparat i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Narkotika	FoU-Nordväst
N	N = 208	N = 126	N = 21	N = 391
<b>Yrke (SEI)</b>				
Icke facklärdd arbetare	57	72	71	64
Facklärdd arbetare/tjänsteman/ företagare	43	28	29	36
<b>Vanligaste sysselsättning senaste 3 år</b>				
Arbete (hel- deltid)	55	45	43	52
Arbetslös	22	36	38	26
Studier	2	6	0	3
Pension sjukbidrag	20	11	10	17
Inlagd på institution	1	2	9	2

*Yrke.* Alkohol användarna är den grupp som har högst andel facklärda arbetare eller tjänstemän. Narkotika användare och "blandmissbrukare" har en högre andel icke facklärda arbetare, båda runt 70 procent.

*Vanligaste sysselsättning de senaste tre åren.* Alkohol användarna förefaller ha den bästa arbetssituationen med hänsyn till att de arbetat i högst utsträckning och varit arbetslösa i lägst utsträckning de senaste tre åren. Narkotika användarna har en något sämre situation (jämfört med alkohol användarna) och även här har alltså "blandmissbrukarna" den sämsta situationen. Alkohol användarna har förvisso fått ersättning från försäkringskassan i högst utsträckning, men vad det gäller "blandmissbrukarna" kan man fråga sig om inte anledningen till den låga siffran beror på att gruppen i högre grad inte är berättigad socialförsäkring.

*Sammanfattning.* Alkohol användarna är den missbruksgrupp som genomgående visar den bästa arbets- och försörjningssituationen, med stor andel facklärda arbetare, stor andel som arbetat och låg andel som varit arbetslösa de senaste tre åren. Blandmissbrukarna uppvisar den genomgående sämsta arbets- och försörjningssituationen med låg andel facklärda arbetare, låg andel som arbetat och hög andel som varit arbetslösa de

senaste tre åren. Narkotikaanvändarna ligger mittemellan alkoholanvändarna och ”blandmissbrukarna” vad det gäller arbets- och försörjningssituation.

## **7. Familj och umgänge**

Familj och umgänge är det största kapitlet i denna sammanställning. Tre tabeller kommer att presenteras inom varje avsnitt. Den första tabellen handlar om hur den nuvarande familje- och umgängessituationen ser ut, det vill säga då intervjun genomfördes. Den andra tabellen går igenom familje- och umgängessituationen tidigare i livet, såsom förekomst av missbruk och psykisk ohälsa hos föräldrar samt under livet förekommande relationsproblem. Den tredje tabellen visar förekomst av misshandel.

I avsnittet demografiska faktorer nämndes att civilstånd var ett förhållande som glöms bort i svenska kartläggningar av personer med missbruksproblem. Överlag finns det lite kunskap om missbrukares familjesituation och sociala nätverk. Detta konstaterar Skårner (2001), vars avhandling fokuserar på sociala relationer och socialt nätverk bland personer med narkotikamissbruk. Hon menar att social förankring i viss mån hämmar missbrukets omfattning. Hon betonar även, i likhet med Blomqvist (2002), att missbrukare ofta lever mellan två världar och att en icke missbrukande partner, familjemedlem eller vän kan vara en länk till ett liv utan missbruk. Levälähti (2007) visade att det sociala nätverket kan ha olika former av stödjande funktioner i återhämtningsprocessen från alkoholmissbruk.

## 7.1 Familj och umgänge i kommunernas ASI-populationer

I detta avsnitt jämförs kommunernas nuvarande familje- och umgängessituation, dess bakgrund samt förekomst av olika sorters misshandel av närstående personer. Inledningsvis redovisas i Tabell 27 hur familje- och umgängeslivet ser ut just nu.

**Tabell 27.** Nuvarande familje- och umgängessituation i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.

Variabel	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands-Bro	Upplands Väsby	FoU-Nordväst
N	N = 20	N = 34	N = 44	N = 92	N = 30	N = 31	N = 35	N = 105	N = 391
Nöjd med civilstånd	75	38	61	57	47	65	46	59	56
<b>Levnadsförhållanden</b>									
Med barn	20	21	43	30	20	29	27	22	27
Ensam	40	35	16	32	30	32	18	32	29
Inga stabila levnadsförhållanden	0	12	2	1	10	0	0	3	3
Nöjd med levnadsförhållanden	55	50	55	58	53	52	38	52	52
<b>Umgänge största tiden</b>									
Personer med missbruk	20	18	5	24	43	26	18	23	22
Personer utan missbruk	80	82	95	76	57	74	82	77	78
<b>Antal nära vänner</b>									
Inga	20	15	16	13	3	10	20	18	15
En till fem	65	73	67	70	94	77	60	66	70
Fler än fem	15	12	17	17	3	13	20	16	15

*Nöjd civilstånd.* Över hälften av de ASI-intervjuade är alltså nöjda med sitt civilstånd. Här får vi dra oss till minnes Tabell 2 där det visades att en fjärdedel av ASI-populationen var gifta eller sammanboende. Andelen som är nöjda med sitt civilstånd varierar en hel del, mellan 38 procent i Järfälla och 75 procent i Ekerö. Om dessa siffror jämförs med civilstånd finner vi att det finns ett samband - de kommuner med högst andel gifta eller sammanboende har också störst andel nöjda.

*Levnadsförhållanden.* Under denna rubrik har vi valt att lyfta fram tre specifika levnadsförhållanden som vi anser utgöra den viktigaste informationen, de som lever med barn, de som lever ensamma och de som inte har en stabil levnadssituation. Den totala summan blir således inte 100 procent.

Eftersom socialtjänsten ska uppmärksamma barn som riskerar att fara illa är det viktigt att veta hur vanligt förekommande det är att personer aktuella inom vuxen/missbruksenheterna lever med barn. Drygt en fjärdedel av de ASI-intervjuade lever på något sätt med barn. I Sigtuna är det överlägset vanligast och i Ekerö, Järfälla, Solna och Upplands Väsby är det mest ovanligt att leva med barn.

Att leva ensam som person med missbruksproblem är en situation som gör det svårare att komma ur ett missbruk (Skårner, 2001). Detta är således en viktig faktor att uppmärksamma. Knappt 30 procent av ASI-populationen lever ensamma. I Ekerö och

Järfälla återfinns de populationer med högst andel som lever ensamma (40 resp. 35 %). I Sigtuna och Upplands-Bros populationer är det är ovanligast att leva ensam.

Avsaknad av stabila levnadsförhållanden är ett tydligare mått på dålig social förankring. Endast populationerna i Järfälla och Solna som uppvisar nämnvärda andelar, runt en tiondel.

I fråga om hur nöjd man är med sina levnadsförhållanden rapporterar hälften av ASI-populationen att de är nöjda. I de flesta kommunpopulationerna rapporterar omkring hälften att de är nöjda. Upplands-Bro avviker i det avseendet genom att endast 38 procent av de intervjuade uppger att de är nöjda med sina levnadsförhållanden. Vare sig andelen ”ensamma” eller ”instabila” kan förklara denna låga siffra.

*Umgänge största tiden* beskriver med vem eller vilka individen tillbringar den största delen av sin fritid med. I ASI-intervjun är denna variabel uppdelad i umgänge med: 1) familj utan missbruksproblem 2) familj med missbruksproblem 3) vänner utan missbruksproblem samt 4) vänner med missbruksproblem. Här presenteras endast om personen umgås med missbrukare eller inte, oavsett relationstyp.

Drygt tre av fyra ASI-intervjuade i nordväst umgås till största delen med familj eller vänner utan missbruksproblem. Solnas population har den överlägset högsta andelen som umgås med personer med missbruksproblem (43 %) I Sigtuna är motsvarande andel endast fem procent.

Andelen som umgås med missbrukare är låg jämfört med en nationell kartläggning av tunga missbrukare som visade att 72 procent till största delen umgicks med personer som missbrukar (Olsson et al., 2001).

*Nära vänner.* Precis som med levnadsförhållande kan antal nära vänner säga något om den sociala förankringen och därmed även om förutsättningar att ta sig ur sitt missbruk. Totalt är det 15 procent som saknar en nära vän. Solnas population har den absolut lägsta andelen personer som saknar en nära vän, i övrigt varierar inte andelen i särskilt hög utsträckning mellan kommunerna. Vad det gäller umgänget i Solnas population kan man diskutera vilket betydelse det har att de har nära vänner i hög utsträckning, när de i stor utsträckning utgörs av personer som missbrukar.

Majoriteten av personerna i ASI-populationen är nöjda med sitt civilstånd och sina levnadsförhållanden, 27 procent lever med barn, 29 procent lever ensamma och 22 procent umgås till största delen med personer som missbrukar. Om man jämför kommunpopulationerna utifrån stabiliteten i den nuvarande familje- och umgängessituationen finner vi att populationerna i Ekerö och Sigtuna förefaller ha den mest stabila situationen, med höga ”nöjdhetssiffror” och en förhållandevis låg andel som umgås med missbrukare. I Ekerö lever många ensamma, medan Sigtuna utmärks av att många i populationen har

barn. Populationerna i Järfälla och Solna uppvisar siffror som pekar på en mindre stabil familje- och umgängessituation. Både Solna och Järfälla uppvisar relativt höga siffror vad det gäller instabila levnadsförhållanden, Solna har utöver detta även en hög andel som umgås med missbrukare, medan Järfälla uppvisar låg ”nöjdhet” och en hög andel som lever ensamma.

Vidare undersöks hur familje- och umgängessituationen sett ut tidigare i livet, till exempel hur vanligt det varit att man inte kommit överens med familj, släkt och vänner och förekomst av missbruk eller psykiska problem hos föräldrar.

**Tabell 28.** *Familje- och umgängesbakgrund i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.*

Variabel	Ekerö	Järfäl- la	Sigtu- na	Sollen- tuna	Solna	Sundby- berg	Upplands- Bro	Upplands Väsby	FoU- Nordväst
N	N = 20	N = 34	N = 44	N = 92	N = 30	N = 31	N = 35	N = 105	N = 391
<b>Perioder med stora problem att komma överens med fa- milj och umgänge</b>									
Inga	35	15	14	20	7	16	23	5	14
1	0	12	23	13	13	23	17	17	16
2	25	18	23	12	20	19	34	18	19
3 eller fler	40	55	40	55	60	42	26	60	51
<b>Missbruk eller psykiska pro- blem hos mamma och pappa</b>									
Förekommande (på minst ett sätt)	45	62	43	53	73	52	57	64	57
Endast mamma	25	35	23	21	47	19	34	36	30
Endast pappa	35	38	23	42	57	45	53	45	44
Båda	15	12	2	10	30	13	20	26	16

*Familj- och umgängesproblem.* Denna variabel mäter livstidsförekomsten av perioder med stora svårigheter att komma överens med familj, släkt, vänner, grannar och arbetskamrater. Flera problem innebär att man har haft problem med flera olika kategorier av familj och umgänge. Lite mer än hälften har haft tre eller fler perioder med relationsproblem. Denna siffra förefaller vara hög, men det finns inga uppgifter att relatera resultaten till.

Om vi jämför andelen som har haft tre eller fler perioder med relationsproblem mellan kommunernas populationer urskiljer sig två relativt distinkta grupper. Järfälla, Sollentuna, Solna och Upplands Väsby är en grupp som har höga andelar relationsproblem, mellan 55 och 60 procent, medan Ekerö, Sigtuna, Sundbyberg och Upplands-Bro har låga andelar relationsproblem, mellan 26 och 42 procent.

Det finns inga direkt jämförbara uppgifter jämföra med, men en nationell studie av den öppna missbrukarvården visar att relationsproblem av personal uppfattas som det största problemet utöver det specifika missbruksproblemet (Socialstyrelsen, 2008).

*Missbruk eller psykiska problem hos föräldrar.* Tabell 28 visar att 57 procent av ASI-populationen har en förälder som antingen haft psykiska problem eller missbruksproblem. Det är vanligast att pappan har haft problem. Populationerna i Solna, Upplands Väsby och Järfälla har de högsta andelarna mellan 62 och 73 procent. Ekerö och Sigtuna har de lägsta andelarna (43 resp. 45 %). Många personer som kommer till socialtjänsten i nordväst har alltså en familjebakgrund som innehåller psykiska problem och missbruksproblem. Detta kan jämföras med en undersökning i Stockholms stad av 75 stycken före detta och aktiva missbrukare som fann att 44 procent av dem hade föräldrar som missbrukat (Blomqvist, 2002).

Vad det gäller familje- och umgängesbakgrund i ASI-populationen kan man säga att många har haft stora svårigheter att komma överens med sin familj eller umgänge någon gång i livet, samt att många personer har föräldrar med något slags psykiskt problem eller missbruksproblem. I Järfälla, Solna och Upplands Väsby återfinns de populationer med genomgående högst problemtal. Även här uppvisar populationerna i Ekerö och Sigtuna minst problem, denna gång tillsammans med Upplands-Bro.

Detta avsnitt avslutas med en genomgång av i vilken utsträckning de ASI-intervjuade blivit utsatta för olika typer av misshandel av närstående.

**Tabell 29.** *Förekomst av misshandel i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.*

Variabel	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundby- berg	Upplands- Bro	Upplands Väsby	FoU- Nordväst
N	N = 20	N = 34	N = 44	N = 92	N = 30	N = 31	N = 35	N = 105	N = 391
<b>Fysisk- psykisk- och sexuell misshandel</b>									
Ja	45	50	57	62	73	58	63	62	60
Fysisk	25	38	34	45	47	26	29	40	39
Psykisk	35	47	50	50	60	55	57	54	53
Sexuell	0	6	5	20	20	7	6	18	13

Majoriteten av ASI-populationen i nordväst (60 %) har någon gång blivit utsatt för misshandel av närstående. Psykisk misshandel är den vanligaste formen följt av fysisk och sexuell misshandel. I Sollentuna, Solna, Upplands-Bro och Upplands Väsby är det vanligast att ha blivit utsatt för misshandel. Ekerö har den lägsta andelen med 45 procent, det är dessutom den enda populationen där ingen blivit utsatt för sexuell misshandel. Denna siffra är anmärkningsvärt hög i Sollentuna, Solna och Upplands Väsby där en femtedel någon gång blivit utsatt för sexuell misshandel.

*Sammanfattning.* I detta avsnitt har de ASI-intervjuades familjesituation beskrivits utifrån tre tabeller som beskrivit den nuvarande familje- och umgängessituationen, familje- och umgängesbakgrunden och utsattheten för misshandel av närstående. Majoriteten av de intervjuade är nöjda med både sitt civilstånd och sina levnadsförhållanden, en fjärdedel lever med barn och lite mer än en femtedel umgås till största delen med personer med missbruksproblem. Många personer i ASI-populationen har haft stora svårigheter att komma överens med tre eller fler personer i sin familj- och umgängeskrets. Dessutom kommer majoriteten av de ASI-intervjuade från familjer någon av föräldrarna haft psykiska problem eller missbruksproblem. I Ekerö och Sigtuna återfinns de populationer som har de stabilaste levnadsförhållandena såväl nu som bakåt i tiden. De rapporterar även relativt låga siffror vad det gäller utsatthet för misshandel. Järfälla och Solna har populationer som uppvisar en instabil, nuvarande familje- och umgängessituation och stora problem historiskt.

## 7.2 Kön, familj och umgänge

Vidare undersöker vi familje- och umgängessituationen mellan män och kvinnor, först Tabell 30, den nuvarande familje- och umgängessituationen.

**Tabell 30.** *Nuvarande familje- och umgängessituation efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Män	Kvinnor	FoU-Nordväst
N	N = 259	N = 132	N = 391
Nöjd med civilstånd	52	64	56
<b>Levnadsförhållanden</b>			
Med barn	22	37	27
Ensam	33	23	29
Inga stabila levnadsförhållanden	3	4	3
Nöjd med levnadsförhållanden	51	55	52
<b>Umgänge största tiden</b>			
Personer med missbruk	23	19	22
Personer utan missbruk	77	81	78
<b>Antal nära vänner</b>			
Inga	15	16	15
En till fem	65	72	70
Fler än fem	20	12	15

*Nöjd civilstånd.* Kvinnor är i något högre utsträckning nöjda med sitt civilstånd. Det verkar inte finnas något samband med vilket civilstånd man har, I Tabell 4 visades endast marginella skillnader mellan män och kvinnors civilstånd.

*Levnadsförhållanden.* Kvinnor lever inte helt oväntat i högre utsträckning med barn. De lever även ensamma i lägre utsträckning, runt en fjärdedel jämfört med en tredjedel hos

männen. Detta kan indikera att kvinnorna i populationen har en bättre social förankring än männen. Vad det gäller avsaknad av stabila levnadsförhållanden uppvisas inga skillnader mellan könen. Kvinnor är något mer nöjda med sina levnadsförhållanden.

*Umgänge största tiden.* Det finns marginella skillnader mellan män och kvinnors umgänge med personer med missbruksproblem. Män umgås i lite högre utsträckning med personer som missbrukar. I en nationell undersökning av tunga missbrukare visades det att det inte fanns några könsskillnader beträffande umgänge med personer som missbrukar.

*Nära vänner.* Andelen som saknar nära vänner skiljer sig inte mellan könen. Männen uppvisar dock större antal nära vänner.

Kvinnorna i populationen förefaller ha en mer stabil aktuell familje- och umgängessituation, de är mer nöjda, mindre ensamma och lever tillsammans med barn i högre utsträckning. Männen förefaller ha något fler nära vänner och umgås i något högre utsträckning med personer som missbrukar.

Vidare presenteras en jämförelse mellan kvinnorna och männens familje- och umgängesbakgrund.

**Tabell 31.** *Familje- och umgängesbakgrund efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Män	Kvinnor	FoU-Nordväst
N	N = 259	N = 132	N = 391
<b>Perioder med stora problem att komma överens med familj och umgänge<sup>1</sup></b>			
Inga	16	11	14
1	17	14	16
2	21	15	19
3 eller fler	46	60	51
<b>Missbruk eller psykiska problem hos mamma och pappa</b>			
Förekommande (på minst ett sätt)	51	68	57
Endast mamma	24	42	30
Endast pappa	41	49	44
Båda	14	22	16

*Familje- och umgängesproblem.* En tydlig skillnad är att kvinnorna har haft fler antal relationsproblem under livet. Kvinnor har haft relationsproblem i tre perioder eller fler i 60 procent, medan motsvarande siffra för män är 46 procent. Vi måste påminna oss om



att fler antal perioder innebär att de haft problem inom fler olika områden av familj och umgänge.

*Missbruk eller psykiska problem hos föräldrar.* Även under denna variabel uppvisas tydliga skillnader. Kvinnor kommer i högre utsträckning ifrån familjer där det förekommer psykiska problem eller missbruk.

Sammanfattningsvis har kvinnorna i populationen en historia av fler relationsproblem och missbruk och psykiska problem hos föräldrar jämfört med männen.

Detta avsnitt avslutas med en jämförelse av utsatthet för misshandel av närstående mellan män och kvinnor.

**Tabell 32.** *Förekomst av misshandel efter kön i ASI-Populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Män	Kvinnor	FoU-Nordväst
<b>N</b>	<b>N = 259</b>	<b>N = 132</b>	<b>N = 391</b>
<b>Fysisk- psykisk- och sexuell misshandel</b>			
Ja	49	81	60
Fysisk	27	58	39
Psykisk	41	74	53
Sexuell	5	30	13

*Misshandel.* Tabell 32 visar tydligt att kvinnor i mycket högre utsträckning blivit utsatta för någon form av misshandel. Över 80 procent av kvinnorna har blivit utsatta för någon form av misshandel, motsvarande siffra för männen uppgår till mindre än hälften. Den största skillnaden återfinns i variabeln sexuell misshandel där det framgår att det är sex gånger vanligare bland kvinnor i ASI-populationen att ha blivit utsatt för sexuell misshandel. Dessa resultat liknar Blomqvists studie (2002) som visade att kvinnor med missbruksproblem oftare har blivit utsatta för sexuella övergrepp.

*Sammanfattning.* Jämförelsen mellan män och kvinnors familje- och umgängessituation visar att kvinnornas aktuella situation förefaller vara mer stabil än männens. Men om man går bakåt i tiden och jämför relationsproblem, missbruk och psykiska problem hos föräldrar och misshandel uppvisar kvinnorna avsevärt större problem än männen.

### 7.3 Ålder, familj och umgänge

I detta avsnitt jämförs de tre åldersgruppernas familje- och umgängessituation. Inledningsvis beskrivs, som tidigare, den nuvarande situationen

**Tabell 33.** Nuvarande familje- och umgängessituation efter ålder i ASI-populationen. Siffror i procent.

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU-Nordväst
N	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
Nöjd med civilstånd	57	51	59	56
<b>Levnadsförhållanden</b>				
Med barn	16	42	25	27
Ensam	23	26	42	29
Inga stabila levnadsförhållanden	3	4	1	3
Nöjd med levnadsförhållanden	53	50	54	52
<b>Umgänge största tiden</b>				
Personer med missbruk	29	18	19	22
Personer utan missbruk	71	82	81	78
<b>Antal nära vänner</b>				
Inga	12	13	22	15
En till fem	74	75	56	70
Fler än fem	14	12	22	15

*Nöjd civilstånd.* Personerna mellan 35 och 49 år förefaller vara något mer missnöjda med sitt civilstånd jämfört med de övriga åldersgrupperna. Detta kan inte förklaras utifrån skillnader i civilstånd.

*Levnadsförhållanden.* Det är vanligast att personerna mellan 35 och 49 år lever med barn. Anledningen till detta är inte så svårt att förstå, men att de skiljer sig åt så mycket från den yngsta åldersgruppen är svårare att förklara. Att leva ensam är överlägset vanligast bland den äldsta åldersgruppen. Även vad det gäller levnadsförhållanden är 35 till 49-åringarna minst nöjda, denna gång med mindre marginal.

*Umgänge största tiden.* De yngre umgås i störst utsträckning med personer som missbrukar.

*Nära vänner.* Den äldre åldersgruppen utmärker sig vad det gäller antal nära vänner. I gruppen ingår det både relativt många personer som saknar nära vänner och personer som har ett stort antal nära vänner. De två yngsta åldersgrupperna uppvisar samma mönster vad det gäller antal nära vänner, cirka en femtedel umgås med missbrukande personer.

Det går inte att utröna några särskilda mönster vad det gäller åldersgruppernas nuvarande familje- och umgängessituation. Utmärkande för de yngre är att de i högre utsträckning umgås med personer som missbrukar. Personerna mellan 35 och 49 år utmärker sig genom att vara relativt missnöjda med sin situation och genom att de har barn i särskilt hög utsträckning. Den äldre gruppen kännetecknas av ensamhet, de lever ensamma i hög utsträckning och många saknar nära vänner. Många av de äldre rapporterar dock att de har många nära vänner.

Nästa tabell, Tabell 34 visar jämförelser mellan åldersgruppernas familje- och umgängesbakgrund.

**Tabell 34. Familje- och umgängesbakgrund efter ålder i ASI- Populationen. Siffror i procent.**

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU-Nordväst
N	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
<b>Perioder med stora problem att komma överens med familj och umgänge<sup>1</sup></b>				
Inga	12	12	19	14
1	9	19	22	16
2	20	17	21	19
3 eller fler	59	52	38	51
<b>Missbruk eller psykiska problem hos mamma och pappa</b>				
Förekommande (på minst ett sätt)	65	52	53	57
Endast mamma	40	23	24	30
Endast pappa	48	40	44	44
Båda	23	11	15	16

*Familje- och umgängesproblem.* Ett relativt tydligt samband är att yngre personer har haft fler perioder med relationsproblem, detta trots att de äldre haft mer tid på sig. Nästan 60 procent av personerna mellan 18 och 34 år har haft tre eller fler perioder med stora svårigheter att komma överens med någon i familje- och umgängeskretsen. Motsvarande siffra för de äldre är 38 procent.

*Missbruk eller psykiska problem hos föräldrar.* Även här återfinns de största problemen hos de yngre. I detta fall är problemen koncentrerade till den yngsta åldersgruppen. De andra två grupperna ligger på lägre, lika stora andelar.

Vad det gäller familje- och umgängeshistoriken utmärker sig framförallt den yngsta åldersgruppen med hög utsträckning av relationsproblem och missbruk och psykiska problem i familjen. Mellangruppen uppvisar bitvis relativt stora problem, medan den

äldsta åldersgruppen redovisar den minst problemfyllda familje- och umgängessituationen.

Jämförelsen av åldersgruppernas familje- och umgängessituation avslutas med en redovisning av utsattheten av olika former av misshandel av närstående.

**Tabell 35.** *Förekomst av misshandel efter ålder i ASI-populationen.*

*Siffror o procent.*

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU-Nordväst
N	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
<b>Fysisk- psykisk- och sexuell misshandel</b>				
Ja	67	59	54	60
Fysisk	40	37	37	39
Psykisk	58	52	44	53
Sexuell	13	13	14	13

Återigen är det personerna mellan 18 och 34 år som redovisar de största problemen, två av tre har blivit utsatta för någon form av misshandel av närstående. Tabellen uppvisar ett mönster där utsatthet för misshandel minskar med åldern, förutom variabeln sexuell misshandel som är lika vanlig bland alla åldersgrupper.

*Sammanfattning.* Åldersgrupperna uppvisar något olika karaktäristik beträffande den totala familje- och umgängessituationen. De yngres aktuella situation kännetecknas av att de något oftare umgås med personer som missbrukar och att de rapporterar relationsproblem, missbruk och psykiska problem hos föräldrar samt misshandel i högre utsträckning. Personer över 35 rapporterar oftare att de lever ensamma och många av dem saknar nära vänner. Det generella mönstret är att problemen tidigare i livet minskar med åldern.

## 7.4 Dominerande preparat, familj och umgänge

Detta kapitel avslutas med en jämförelse av familje- och umgängessituationen i missbruksgrupperna. Inledningsvis presenteras den nuvarande situationen.

**Tabell 36.** Nuvarande familje- och umgängessituation efter dominerande preparat i ASI-populationen. Siffror i procent.

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Narkotika	FoU-Nordväst
N	N = 208	N = 126	N = 21	N = 391
Nöjd med civilstånd	59	50	38	56
<b>Levnadsförhållanden</b>				
Med barn	30	22	10	27
Ensam	34	28	10	29
Inga stabila levnadsförhållanden	4	3	0	3
Nöjd med levnadsförhållanden	57	48	33	52
<b>Umgänge största tiden</b>				
Personer med missbruk	18	26	67	22
Personer utan missbruk	82	74	33	78
<b>Antal nära vänner</b>				
Inga	16	11	19	15
En till fem	65	80	73	70
Fler än fem	19	9	8	15

*Nöjd civilstånd.* Det finns ett tydligt samband vad det gäller ”nöjdhet” mellan grupperna. Alkohol användarna är mest nöjda, följt av narkotikaanvändarna och ”blandmissbrukarna”.

*Levnadsförhållanden.* Både att leva med barn och att leva ensam är vanligast bland alkohol användare (drygt 30 %) näst vanligast bland narkotikaanvändare (22-28 %) och minst vanligt bland ”blandmissbrukarna” (10 %). Grupperna hamnar i samma ordning vad det gäller andelen som är nöjda med sina levnadsförhållanden.

*Umgänge största tiden.* Två av tre ”blandmissbrukare” umgås till största delen med personer som missbrukar vilket är den överlägset högsta andelen. Alkohol- och narkotikaanvändarna ligger på en betydligt lägre nivå, narkotikaanvändarna på en fjärdedel och alkohol användarna på en knapp femtedel.

*Nära vänner.* Alkohol användarna och den yngre blandmissbrukarna har de högsta andelarna som saknar en nära vän. Alkohol användarna har dessutom en högre andel som har fler än fem nära vänner.

Tabell 36 visar en tydlig rangordning av missbrukargruppernas nuvarande familje- och umgängessituation. Alkohol-användarna uppvisar genomgående den stabilaste situationen följt av narkotikaanvändarna och sist "blandmissbrukarna".

Vidare presenteras Tabell 37, hur gruppernas familje- och umgängessituation sett ut tidigare i livet.

**Tabell 37.** *Familje- och umgängesbakgrund efter dominerande preparat i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Narkotika	FoU-Nordväst
N	N = 208	N = 126	N = 21	N = 391
<b>Perioder med stora problem att komma överens med familj och umgänge<sup>1</sup></b>				
Inga	15	17	0	14
En till två	38	29	29	35
3 eller fler	47	54	71	51
<b>Missbruk eller psykiska problem hos mamma och pappa</b>				
Förekommande (på minst ett sätt)	59	56	67	57
Endast mamma	31	28	38	30
Endast pappa	47	43	52	44
Båda	18	14	24	16

*Familj- och umgängesproblem.* Samma mönster uppvisas även här, "blandmissbrukarna" har flest antal allvarliga relationsproblem bakåt i tiden, följt av narkotikaanvändarna respektive alkohol-användarna.

*Missbruk och psykiska problem hos föräldrar.* "Blandmissbrukarna" kommer oftare från familjer där någon av föräldrarna haft missbruksproblem eller psykiska problem, störst är skillnaden i problemförekomst hos båda föräldrarna. Alkohol- och narkotikaanvändarna skiljer sig inte nämnvärt mellan varandra.

För att sammanfatta Tabell 37 kan man börja med att konstatera att "blandmissbrukarna" utmärker sig genom att ha många relationsproblem och att de oftare kommer från familjer där det förekommer missbruk och psykiska problem. Alkohol och narkotikaanvändare uppvisar en mindre problemkantad familje- och umgängesbakgrund, men sammantaget uppvisar alkohol-användarna ändå en något bättre bakgrund.

Avsnittet och kapitlet avslutas med att undersöka utsattheten för fysisk, psykisk och sexuell misshandel bland missbruksgrupperna.

**Tabell 38.** *Förekomst av misshandel efter dominerande preparat I ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Narkotika	FoU-Nordväst
<b>N</b>	<b>N = 208</b>	<b>N = 126</b>	<b>N = 21</b>	<b>N = 391</b>
<b>Fysisk- psykisk- och sexuell misshandel</b>				
Ja	57	61	81	60
Fysisk	38	36	57	39
Psykisk	49	55	71	53
Sexuell	13	12	19	13

Liknande mönster som tidigare uppvisas även i denna tabell. Blandmissbrukarna har den överlägset högsta andelen som blivit utsatta av någon sorts misshandel av närstående, 81 procent, jämfört med 57 och 61 procent bland alkohol- respektive narkotikaanvändarna.

*Sammanfattning.* Familje- och umgängessituationen bland missbruksgrupperna uppvisar alltså relativt tydliga mönster där ”blandmissbrukarna” är den grupp som har störst problem, såväl nuvarande som bakåt i tiden. Alkohol och narkotikaanvändarnas situation ser något bättre ut, narkotikaanvändarna uppvisar dock lite större problem under de flesta variablerna, men har en avsevärt bättre situation än ”blandmissbrukarna”. Alkohol-användarna utmärks dessutom av att en hög andel av dem lever med barn eller ensamma.

## 8. Rättsliga problem

Detta är det sjunde och sista kapitlet och livsområdet. Här presenteras enbart förekomsten av olika straffrättsliga åtal. ASI-intervjun rymmer även en fråga om hur många brott som begåtts, men eftersom bortfallet på denna fråga är för stort presenteras enbart förekomsten av åtal.

Rättsliga problem bland missbrukare är en relativt vanlig företeelse (Blomqvist 2002; Olsson et al., 2001; Socialstyrelsen, 2001; Svensson, 2000). Problemen kan uppstå som en följd av att personen inte har råd att försörja sitt missbruk på annat sätt än genom kriminalitet. Det kan även uppstå som en konsekvens av det missbrukade preparatets effekt, till exempel aggressivitet och våldsbrott (Svensson, 2000). En fördel med detta datamaterial är att vi kan se kriminalitet utöver narkotikaanvändningen *per se*, vilket inte kunnat gjorts i andra studier som refererats till ovan.

### 8.1 Rättsliga problem i kommunernas ASI-populationer

I detta avsnitt visas hur vanligt det är att personer i kommunpopulationerna blivit åtalade inom olika straffrättsliga områden.

**Tabell 39.** *Förekomst av åtal i kommunernas ASI-populationer. Siffror i procent.*

Variabel	Ekerö	Järfälla	Sigtuna	Sollentuna	Solna	Sundbyberg	Upplands-Bro	Upplands Väsby	FoU-Nordväst
N	N = 20	N = 34	N = 44	N = 92	N = 30	N = 31	N = 35	N = 105	N = 391
<b>Förekomst av åtal</b>									
Ja	35	65	41	55	67	64	63	53	55
Narkotikabrott	15	44	13	28	48	45	31	24	29
Egendomsbrott	20	50	23	34	48	39	34	32	34
Våldsbrott	20	15	21	26	44	42	58	21	28
Andra brott	10	40	19	12	26	10	16	12	16

Över hälften av de ASI-intervjuade personerna har någon gång blivit åtalade. Andelen i kommunpopulationerna varierar mellan en och två tredjedelar. Detta kan jämföras med en studie i Stockholms stad som visade att 44 procent av de aktuella personerna hade avtjänat ett fängelsestraff (Blomqvist, 2002). Ett intressant resultat är att egendomsbrott och inte narkotikabrott framstår som det vanligaste åtalsgrunden.

Fyra kommunpopulationer, Järfälla, Solna, Sundbyberg och Upplands-Bro, utmärker sig med höga andelar, runt två tredjedelar åtalade. Ekerö och Sigstuna har de lägsta andelarna, mellan 35 och 41 procent. Vad det gäller specifika åtal har populationen i Solna särskilt hög andel narkotikaåtal. Populationerna i Järfälla och Solna har hög andel åtal för egendomsbrott, runt hälften. Våldsbrott är den kategori där inte riktigt samma



mönster uppvisas. Här har Järfälla den lägsta andelen och Upplands-Bro den överlägset högsta andelen.

## 8.2 Kön och rättsliga problem

I detta avsnitt jämförs förekomsten av åtal mellan män och kvinnor.

**Tabell 40.** *Förekomst av åtal efter kön i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Män	Kvinnor	FoU-Nordväst
N	N = 259	N = 132	N = 391
<b>Förekomst av åtal</b>			
Ja	65	36	55
Narkotikabrott	44	20	29
Egendomsbrott	40	24	34
Våldsbrott	36	11	28
Andra brott	20	6	16

Tabell 40 visar att det är nästan dubbelt så vanligt att män blivit åtalade. Detta ligger i linje med tidigare undersökningar, bland dem som vårdades för missbruk under början av 90-talet hade 14,8 procent av männen och 7,7 procent av kvinnorna någon sorts lagföring (Svensson, 2001).

Störst är skillnaden mellan könen vad det gäller åtal för våldsbrott och andra brott. Minst är skillnaden vad det gäller åtal för egendomsbrott.

## 8.3 Ålder och rättsliga problem

Nästa tabell visar förekomsten av åtal i de tre åldersgrupperna.

**Tabell 41.** *Förekomst av åtal efter ålder i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	18-34 år	35-49 år	50-64 år	FoU-Nordväst
N	N = 159	N = 138	N = 96	N = 391
<b>Förekomst av åtal</b>				
Ja	72	52	35	55
Narkotikabrott	49	23	9	29
Egendomsbrott	46	35	17	34
Våldsbrott	38	24	20	28
Andra brott	25	11	8	16

Förhållandet mellan förekomst av åtal och ålder uppvisar ett tydligt mönster. Det är betydligt vanligare att yngre personer har blivit åtalade. Störst är skillnaden i åtal för narkotikabrott, andelen är hälften bland de yngsta, en fjärdedel i mellangruppen och en tiondel i den äldsta åldersgruppen. Minst uttalad är skillnaden vad det gäller åtal för våldsbrott, men även här uppvisas samma mönster.

## 8.4 Dominerande preparat och rättsliga problem

I detta avslutande avsnitt jämförs missbruksgruppernas förekomst av åtal.

**Tabell 42.** *Förekomst av åtal efter dominerande preparat i ASI-populationen. Siffror i procent.*

Variabel	Alkohol	Narkotika	Alkohol & Narkotika	FoU-Nordväst
N	N = 208	N = 126	N = 21	N = 391
<b>Förekomst av åtal</b>				
Ja, minst ett	40	70	67	55
Narkotikabrott	9	63	52	29
Egendomsbrott	24	50	43	34
Våldsbrott	17	44	33	28
Andra brott	10	24	19	16

Narkotikaanvändare och ”blandmissbrukare” är de grupper som har den största andelen som någon gång blivit åtalade. Att narkotikaanvändarna har högre andelar på samtliga straffrättsliga områden tyder på att de är den mest kriminellt belastade gruppen. Narkotikaanvändarna utmärker sig mest inom åtal för våldsbrott där de har den överlägset högsta siffran, 44 procent jämfört med 17 och 33 procent bland alkoholanvändarna och ”blandmissbrukarna”.

Detta beror sannolikt inte bara på vilket dominerande preparat som används, som vi såg i föregående avsnitt är andelen åtal och förmodligen den kriminella belastningen störst bland de yngre.

## 9. Sammanfattande diskussion

I denna rapport har ASI-intervjuer genomförda inom nordvästområdet sammanställts och analyserats på en aggregerad nivå. Jämförelser har gjorts mellan nordvästkommunerna, åldersgrupper, kön och utifrån dominerande preparat. Nedan följer en sammanfattning och en övergripande diskussion kring de viktigaste resultaten. Först relateras resultaten till andra studier inom området, sedan följer sammanfattningar av de undersökta undergrupperna.

### 9.1 ASI-populationen – ett representativt urval av personer i den socialtjänstbaserade missbrukarvården

I fråga om sociodemografiska faktorer uppvisar denna ASI-sammanställning liknande resultat som visades i det svenska forskningsprojektet *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling* (Storbjörk & Room, 2008; Storbjörk, 2006). Eftersom *kvinnor och män*-projektet utformades för att representera klientsammansättningen i den socialtjänst- och sjukvårdsbaserade missbrukarvården i hela Stockholms län innebär det att det inte går att utläsa någon tydlig selektion av klienter i vårt material vilket befarades inledningsvis. Det finns därför skäl att anta att resultaten i denna sammanställning stämmer överens med missbrukspopulationen i socialtjänsten i Nordväst. Den största skillnaden är att ASI-populationen i nordväst är i genomsnitt fyra år yngre. Denna omständighet leder till två frågor; är det vanligare att yngre personer söker missbrukarvård i nordväst, eller, är det huvudsakligen de yngre personerna som får genomgå ASI-intervjuer?

### 9.2 Samma marginaliserade individer i omlopp

Våra resultat stämmer även överens med resultaten i *Kvinnor och män* avseende social integration eller marginalisering<sup>5</sup>. I en studie inom detta projekt visades att den kliniska<sup>6</sup> populationen var betydligt mer marginaliserad jämfört med en generell population (Storbjörk & Room, 2008). Det finns därför anledning att även se ASI-populationen som i hög grad marginaliserad avseende utbildning, arbete, boende och civilstånd. Detta har viktiga implikationer för missbrukarvården. Sådana former av sociala resurser har nämligen visats påverka förmågan att sluta med missbruk. Blomqvist och medarbetare (2007) konstaterar att hög utbildning och en partner har visats vara förknippat med goda

---

<sup>5</sup> Med social integration eller marginalisering menas i denna text personens totala situation utifrån, utbildningsnivå, sysselsättning, bostad, och sociala relationer (jfr Nilsson, 2002).

<sup>6</sup> En klinisk population består av personer som befinner sig i behandlingssystemet medan en generell population består av ett slumpmässigt urval ur den generella befolkningen.

behandlingsutfall på kort sikt. Vidare har studier av personer som slutat missbruka utan professionell hjälp visat att en stabil social situation spelar en stor roll i läkningsprocessen (se Granfield & Cloud, 2001).

Att den undersökta populationen har svårt att ta sig ur missbruk kan märkas på den höga andelen som har tidigare erfarenhet av missbrukarvård. Nära hälften har erfarenhet av öppen missbrukarvård och en något lägre andel av slutenvård. Det förefaller med andra ord vara i stort sett samma marginaliserade individer, som upprepade gånger återkommer i missbrukarvården. Detta resultat visades redan i 1964 års nykterhetsvårdsutredning (SOU 1967:36/37) och har även visats nyligen av Storbjörk och Room (2008). Detta är ett dilemma i den offentliga missbrukarvården som det finns flera förklaringsmodeller för (Blomqvist et al., 2007). För det första kan det bero på ett tillkortakommande i den generella socialpolitiken, det vill säga att välfärdsstaten inte förmår att utjämna de levnadsvillkor som behövs för att människor ska ta sig ur missbruk. För det andra kan det vara ett tecken på missbruksproblemens kroniska natur och att många lyckas sluta först efter ett antal återfall (och behandlingar). För det tredje menar många att behandling kan fungera stämpande (eller stigmatiserande), inte på grund av missbrukarvårdens agerande, utan på grund av att det är ett tecken för individen att han eller hon är en avvikare – en missbrukare – som inte kan hantera sina problem själv.

### **9.3 Svåra uppväxtförhållanden, psykiska problem och kriminalitet**

Personerna i ASI-populationen i Nordväst förefaller vara en utsatt grupp med flera samtidiga problem, men även med svåra uppväxtförhållanden. De resultat som diskuteras här är ett urval av resultat som förefaller vara särskilt allvarliga. Resultaten kan inte jämföras med andra studier, varför problemens omfattning bör tolkas med försiktighet.

Beträffande uppväxtförhållanden rapporterar många personer (60 %) att de blivit utsatta för misshandel av någon närstående och nästan lika många (57 %) rapporterar att deras föräldrar missbrukat eller haft psykiska problem. Dessa resultat kan indikera att personer med svåra uppväxtförhållanden har lättare att utveckla missbruksproblem. Att tidigt uppmärksamma barn som far illa, till exempel i familjer med missbruksproblem, skulle således kunna vara ett förebyggande arbete mot missbruksproblem. I ASI-populationen i Nordväst bor 27 procent med barn. En viktig fråga är om de uppmärksammas i tillräcklig utsträckning.

Den psykiska hälsan verkar vara ett stort problem vid sidan av missbruket. Över 80 procent rapporterar minst ett långvarigt och allvarligt psykiskt problem, hälften får läkemedel mot psykiska problem och 45 procent har varit i kontakt med psykiatrisk vård. Som nämndes i kapitel 5 har personer med svår psykisk störning uteslutits i ASI-intervjun vilket innebär att vi här inte kan bilda oss en uppfattning om hur omfattande denna grupp av så kallade samsjukliga egentligen är. En studie av ungdomar i Stock-

holms län som sökte hjälp för missbruksproblem visade att 90 procent av flickorna och 81 procent av pojkarna hade minst en form av psykisk störning utöver substansberoendet i sig (Hodgins et al., 2007). Våra resultat kan alltså tyda på att det finns en relativt stor grupp som har ytterligare behov av psykiatrisk hjälp. Samverkan mellan missbrukarvård och psykiatri är således en viktig förutsättning för att många personer i populationen ska få adekvat hjälp.

Även kriminalitet förefaller vara ett stort problem vid sidan av missbruket vilket ligger i linje med tidigare studier (Olsson et al., 2001; Socialstyrelsen, 2001; Svensson 2000). Över hälften av populationen har blivit åtalad. Det går dock inte att uttala sig hur stora dessa problem är jämfört med andra populationer.

#### **9.4 Kön – samma eller olika problem?**

Könsskillnader har inom missbruksområdet gått från att vara förbisedda till att bli uppmärksammade och enligt vissa till och med överbetonade. En svensk studie visade till exempel att behandlingspersonalen upplevde att kvinnor har större missbruksrelaterade problem, men att många av dessa skillnader inte hade empiriskt stöd (Palm, 2006). I detta sammanfattande avsnitt jämförs våra resultat med Palms studie (a. a.) vilket kan utgöra en god jämförelse eftersom studien är relativt ny och utfördes i Stockholms län.

Vad det gäller social integration skiljer sig vårt resultat från Palms studie. Operationaliserat på samma sätt som Palm, återfinns inga integrationsskillnader mellan kvinnor och män i ASI-populationen. Palm fann att männen är mer marginaliserade inom fyra av fem indikatorer. De uppvisade lägre utbildningsnivå, var arbetslösa, bodde ensamma och var hemlösa i högre utsträckning.

Även beträffande den fysiska hälsan skiljer sig våra resultat från Palms studie. I ASI-populationen uppvisas inga skillnader mellan kvinnorna och männens fysiska hälsa. Palm, som också använde sig av ASI-intervjun, fann dock att kvinnorna rapporterade sämre fysisk hälsa. I den generella befolkningen brukar kvinnorna uppvisa sämre fysisk hälsa (Folkhälsorapport, 2005).

Kvinnorna i ASI-populationen rapporterar sämre psykisk hälsa. De rapporterar psykiska problem, förskrivning av läkemedel och kontakt med psykiatri i avsevärt högre utsträckning än männen. Detta ligger i linje med Palms studie som utifrån ASI-intervjuns composite scores<sup>7</sup> visade att kvinnorna har större psykiska problem.

I fråga om problem inom området familj och umgänge är det svårt att dra några slutsatser, både vad det gäller skillnaderna mellan kvinnor och män och skillnader mellan ASI-populationen och Palms studie. Kvinnorna i ASI-populationen uppvisar en stabilare nuvarande familje- och umgängessituation. Fler kvinnor är nöjda med sin situation och har barn och färre lever ensamma och umgås med missbrukare. Däremot rap-

---

<sup>7</sup> En matematiskt sammansatt index (0-1) utifrån ett antal frågor inom varje livsområde i ASI-intervjun.

porterar kvinnorna en sämre bakgrund med fler relationsproblem och med avsevärt fler som blivit utsatta för sexuell misshandel. När Palm jämförde kvinnor och mäns composite scores inom familje- och umgängesområdet återfanns inga skillnader vilket kan vara ett uttryck för våra resultat att kvinnor och män har olika problem inom området.

Män uppvisar större rättsliga problem i såväl vår som Palms studie. I nordvästkommunerna är det dubbelt så vanligt att männen blivit åtalade jämfört med kvinnorna. Även Palm (2006) och Svensson (2000) visade att kriminalitet är ett större problem hos män med missbruksproblem jämfört med kvinnor med missbruksproblem.

Sammantaget visar resultaten att det inte finns större könsmissiga skillnader beträffande missbruksrelaterade problem. Palm drar slutsatsen att män och kvinnor i stort sett har samma problem men att de riskerar att behandlas olika inom missbrukarvården om man betonar könsskillnaderna. Utifrån våra resultat kan man snarare dra slutsatsen att kvinnor och män har problem inom *olika* områden. Kvinnor rapporterar oftare psykiska problem, relationsproblem och utsatthet för misshandel medan männen rapporterar mindre stabila levnadsförhållanden samt kriminalitet i högre utsträckning.

### **9.5 Ålder – utsatta yngre och isolerade äldre**

Åldersgrupperna uppvisar stora skillnader inom många områden. De samband som uppvisas är ofta beskaffade så att personerna mellan 35 och 49 år är den grupp vars resultat ofta ligger mellan de yngre och de äldre åldersgrupperna. Detta får till följd att det oftast är den äldre (50-64 år) och den yngre åldersgruppen (18-34) som nämns då resultaten beskrivs.

Det finns inga tydliga mönster beträffande förhållandet mellan ålder och social integration. Skillnaderna består i att de yngre förefaller ha en betydligt sämre anknytning till arbetsmarknaden, framförallt om man jämför andelen som får ekonomiskt bistånd och ersättning från försäkringskassan. De äldre saknar eget boende i något högre utsträckning.

De äldre har oftare minst en tidigare kontakt med missbrukarvård, vilket gäller både öppen och sluten missbrukarvård. Det finns dessutom stora skillnader beträffande vilket dominerande preparat som används i åldersgrupperna. Tre fjärdedelar av personerna mellan 18 och 34 år använder något narkotiskt preparat, medan motsvarande andel bland de äldre är lite mer än en tiondel.

Vad det gäller psykiska problem är resultaten motstridiga. Åldersgrupperna uppvisar inga större skillnader avseende förekomst i psykiatrisk behandling, samtidigt som de yngre oftare rapporterar långvariga och allvarliga psykiska problem. Detta kan tyda på att de inte kommer i kontakt med psykiatrisk eller socialpsykiatrisk vård i samma utsträckning som andra åldersgrupper. En kommande inventering av behov och insatser för personer med psykiskt funktionshinder visar att de yngre har fler behov som inte är

tillgodosedda och därutöver är underrepresenterade jämfört med den generella befolkningen (Åberg & Piuva, 2009).

Det går inte att urskilja några tydliga mönster vad det gäller stabiliteten i åldersgruppernas familje- och umgängessituation. Utmärkande för personer mellan 50 och 64 är att de i högre grad lever utan partner och saknar nära vänner. Utmärkande för de yngre är att de i högre grad umgås med personer som missbrukar och att de oftare har en bakgrund av familjeproblem. De yngre har också blivit åtalade i dubbelt så hög utsträckning som personer mellan 50 och 64 år.

Vad det gäller åldersgruppernas missbruksrelaterade problem finns det anledning att rikta särskild uppmärksamhet mot de yngre. Den yngsta åldersgruppen uppvisar dålig anknytning till arbetsmarknaden vilket innebär att de inte är berättigade det sociala skyddsnät som socialförsäkringen innebär. Arbete spelar dessutom en viktig roll för att sluta med missbruk (Blomqvist et al., 2007; Granfield & Cloud, 2001) Även psykiska problem och svåra uppväxtförhållanden, till exempel att ha/haft föräldrar med psykiska problem eller missbruksproblem är vanligare bland de yngre. En studie av ungdomar (under 18 år) med missbruksproblem i Stockholms län bekräftar dessa resultat. Studien visade att nästan samtliga ungdomar har någon form av psykisk sjukdom utöver substansberoendet och därtill att en majoritet av deras föräldrar någon gång har haft psykiska sjukdomstillstånd (Hodgins et al., 2007). Vidare rapporterar de yngre oftare kriminalitet (72 % åtalade). Sammantaget verkar de yngre vara en problemtyngd grupp som på många sätt står utanför det konventionella samhället och därför behöver extra stöd för att klara sig ur sitt missbruk. Med tanke på att personerna mellan 18 och 34 är en stor grupp innebär detta en utmaning som bland annat kan få stora ekonomiska konsekvenser för kommunerna.

## **9.6 Dominerande preparat – problemtyngda blandmissbrukare och stabilare alkoholanvändare**

Det finns stora skillnader mellan missbruksgruppernas missbruksrelaterade problem.

Grupperna uppvisar olika demografiska sammansättningar. Alkoholanvändarna är överlägset äldst och har högst andel kvinnor. Blandmissbrukarna yngre än alkoholanvändarna men äldre än genomsnittet och könsfördelningen avviker inte från genomsnittet i ASI-populationen. Narkotikaanvändarna är den yngsta och mest manligt dominerade gruppen.

Beträffande den sociala integrationen förefaller blandmissbrukarna vara den minst integrerade gruppen. De skiljer sig tydligt från de övriga inom de flesta indikatorer, sysselsättning, levnadsförhållanden, boende och sociala relationer. Alkohol- och narkotikaanvändarna uppvisar sinsemellan stora likheter, förutom att alkoholanvändarna uppvisar en betydligt bättre anknytning till arbetsmarknaden.

Blandmissbrukarna rapporterar den högsta andelen som tidigare varit i sluten missbrukarvård medan alkoholanvändarna rapporterar den högsta andelen som varit i öppen missbrukarvård. Detta indikerar att blandmissbrukarna är en grupp som har ett mer omfattande missbruk vilket kräver mer behandlingsintensiva insatser.

Beträffande den psykiska hälsan uppvisar gruppen av blandmissbrukare den överlägset största psykiska ohälsan, majoriteten har varit i psykiatrisk vård och samtliga (100 %) rapporterar någon form av psykiskt problem. Alkoholanvändarna är den grupp som uppvisar den bästa psykiska hälsan. En fråga man kan ställa sig till detta resultat är huruvida dessa skillnader beror på användningen av olika preparat eller helt enkelt är en reflektion av blandmissbrukarnas mer utsatta livssituation.

Vad det gäller familj och umgänge uppvisar blandmissbrukarna den minst stabila situationen och störst problem tidigare i livet. De är betydligt mindre nöjda med sina levnadsförhållanden, majoriteten umgås huvudsakligen med personer som missbrukar. Det är vanligare att de utsatts för misshandel och att deras föräldrar missbrukat eller haft psykiska problem. Det finns inga genomgripande skillnader mellan alkohol- och narkotikaanvändarna. Två skillnader är emellertid att alkoholanvändare har barn och är ensamstående i högre utsträckning.

Narkotikaanvändarna och blandmissbrukarna har åtalats i en klart högre utsträckning än alkoholanvändarna. De narkotikaspecifika åtalen drar upp gruppernas siffror men det bör tydliggöras att det finns stora skillnader jämfört med alkoholanvändare inom samtliga åtalsgrunder. En förklaring som kan ges är att narkotikamissbruk, som är ett dyrare missbruk, ofta finansieras av kriminalitet eftersom dessa personer sällan har en lön att finansiera den med.

Blandmissbrukarna förefaller vara den grupp med störst problem inom de flesta områden, förutom fysisk hälsa. Man bör dock notera att detta rör sig om ett fåtal ( $n = 21$ ) personer och att vikten av deras problem är marginell i det större sammanhanget. Där emot framstår fler som blandmissbrukare när man studerar användningen av olika preparat de senaste 30 dagarna (inte redovisat i sammanställningen). De personer som ”erkänner” ett blandmissbruk framstår hursomhelst som en problemtyngd grupp. Vidare framstår alkoholanvändare i sammanställningen som missbruksgruppen med den mest stabila livssituationen. En slutsats är således att användning av narkotika predicerar större missbruksrelaterade konsekvenser, eller tvärt om, att en svag social förankring predicerar användning av narkotika.

## **9.7 Kommunernas skilda resultat – avslutande kommentarer**

Det finns en hel del som skiljer kommunernas ASI-populationer åt. Det finns åtminstone tre förklaringar till detta som man bör ta hänsyn till.



- För det första kan många skillnader förklaras av kommunernas socioekonomiska förutsättningar. Exempelvis Ekerö som är en kommun med hög skattekraft, låg arbetslöshet och låga ohälsotal (se FoU-Nordväst, 2008) framstår också som den mest socialt integrerade ASI-populationen.
- För det andra kan det bero på hur missbruksarbetet organiseras. Givet att kommunerna organiserar sig som för drygt ett år sedan då FoU-Nordväst genomförde en översikt av missbruksenheternas organisering (a. a.), kan man se vissa organisatoriska samband med ASI-populationerna. Eftersom ASI-intervjun främst genomförs i samband med utredning spelar det en stor roll för resultatet i sammanställningen vilka personer som ska genomgå utredning i verksamheterna. I Solna utreds endast de personer med störst behov vilket även syns i ASI-materialet genom att de är en av de mest problemtyngda populationerna. I Sigtuna utreds samtliga personer vilket märks genom att deras ASI-population framstår som en av de mest gynnade.
- För det tredje kan det bero på vem man väljer att intervjua, det kan finnas olika policies i olika kommuner, men detta är svårt att göra en kvalificerad bedömning av utifrån detta material.

På kommunnivå spelar dessa faktorer sannolikt en roll, men i hela ASI-populationen förefaller det som att de kommunala variationerna jämnar ut sig. Sett i hela ASI-populationen finns det inget som tyder på en särskild selektion av intervjupersoner om man jämför med liknande populationer.

## Referenser

Babor, T., m.fl. (2004). *Alkohol – Ingen vanlig handelsvara*. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Blomqvist, Jan. (2002) *Att sluta med narkotika – med och utan behandling*. FoU-rapport 2002:2. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.

Blomqvist, J., Cunningham, J., Wallander, L., Collin, L. (2007) Att förbättra sina dryckesvanor – Om olika mönster för förändring och vad vården betyder. Stockholm: FoU-rapport 2007:5/SoRAD-rapport nr 42.

Finne E. (2003). *Statistik över missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm 1997. Totalinventering av socialtjänstens, sjukvårdens, ideella organisationers och institutioners kontakter*. FoU-rapport 2003:6. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.

FoU-Nordväst. (2008). *Implementering av ASI i åtta kommuner i nordvästra Stockholm – erfarenheter och resultat*. Sollentuna: FoU-Nordväst.

Granfield, R & Cloud, W. (2001) Social context and natural recovery: the role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance use and misuse*, 36(11), 1543-1570.

Hodgins, S., Tengström, A., Bylin, S., Göranson, M., Hagen, L., Jansson, M., Larsson, A., Lundgren-Andersson, C., Lundmark, C., Norell, E & Pedersen, H. (2007) Consulting for substance abuse: Mental disorders among adolescents and their parents. *Nordic journal of psychiatry*, 61(5), 379-386.

IKB 2003. *Insatser och klienter i behandlingsenheter inom missbrukarvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Levälahti, J. (2007) Sociala nätverk och socialt stöd i återhämtningsprocessen från alkoholmissbruk. *Nordisk alkohol- och narkotikatidskrift*. 2007(1), 23-44.

Olsson, O., Adamsson-Wahren, C & Byqvist, S. (2001). *Det tunga missbrukets omfattning i Sverige 1998. Max-projektet, delrapport 3*. Stockholm: CAN. Rapport nr 61.

Palm, Jessica. (2007). Women and men – same problems different treatment. *International journal of social welfare* 16(1), 18-31.

Skårner, Anette (2001). *Skilda världar?: en studie av narkotikamissbrukares sociala relationer och sociala nätverk*. Diss. Göteborg: Univ.

Socialstyrelsen (2008) *Missbruks- och beroendevårdens öppenvård (ÖKART) – en nationell kartläggning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2007). *Hemlöshet – många ansikten, mångas ansvar*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2006). *Social Rapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2005). *Folkhälsorapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2003). *ASI - en strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. [Elektronisk]. Pdf-format. Tillgänglig:  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/EAF710F8-AD8D-4928-A817-7300BFCF632B/943/20031123.pdf>

Socialstyrelsen (2001). *Social rapport*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (1996) *Psykiskt störda missbrukare*. SoS-rapport 1996:14. Linköpings Tryckeri AB.

SOU 1992:73. *Välfärd och valfrihet: service, stöd och vård för psykiskt störda*. Stockholm: Allmänna förlaget.

SOU 1967:36/37 *Nykterhetsvårdens läge*. Betänkande utgivet av 1964 års nykterhetsvårdsutredning

Statens folkhälsoinstitut. (2005). *Kunskapsunderlag till Folkhälsopolitisk rapport 2005. Målområde 11: Bruk av narkotika*. FHI-rapport 2005:61. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.

Statistiska Centralbyrån. (2008). *Sveriges befolkning 31 december 2007. Kommunala jämförelsetal*. [Elektronisk]. Excel-format. Tillgänglig:  
[http://www.scb.se/templates/subHeading\\_\\_\\_26051.asp](http://www.scb.se/templates/subHeading___26051.asp)

Storbjörk, Jessica. (2006). *The social ecology of alcohol and drug treatment – Client experiences in context*. Diss. Stockholm: Univ.

Storbjörk, J & Room, R. (2008) The two worlds of alcohol problems: Who is in treatment and who is not? *Addiction research and theory*, 16(1), 67-84.

Svensson, Daniel. (2000). *Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner – en registerstudie*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport nr 58

Åberg, M & Piuva, K. (2009, under utgivning) Prel. titel: *Inventering av behov och insatser för personer med psykiskt funktionshinder*. Sollentuna: FoU-Nordväst och Psykiatri Nordväst.

## BILAGA 1

### Kommunpopulationernas karaktäristik

Nedan följer en sammanställning av nordvästkommunernas ASI-populationer och en beskrivning av deras karaktäristik jämfört med de övriga kommunerna.

*Ekerö.* ASI-populationen i Ekerö tillhör de äldre i nordväst, den består dessutom av en hög andel män och svenskfödda. Det är den mest socialt integrerade populationen avseende utbildning, arbete, boende, och civilstånd. Populationen uppvisar den högsta andelen som får ersättning från försäkringskassan. Resultaten tyder på att missbruksproblemen är jämförelsevis lindriga. Relativt få har tidigare erfarenhet av missbrukarvården, framförallt slutenvård. Få har injicerat, fått överdos eller delirium. Det är den population där flest har alkohol som huvudsakligt problem. Resultaten är motstridiga beträffande den fysiska hälsan. En stor andel rapporterar någon form av långvarig fysisk skada, medan de rapporterar den lägsta andelen som får läkemedel. Den psykiska hälsan förefaller vara relativt god. Få har varit i kontakt med psykiatrisk vård och få rapporterar psykiska problem. Ekerö uppvisar sammantaget den mest stabila familje- och umgängessituationen (många är nöjda med sin situation och få umgås med missbrukare). Kännetecknande för den nuvarande situationen är dock att få har barn, många är ensamstående och saknar nära vänner. Det är den minst kriminellt belastade populationen avseende åtal. Endast en tredjedel av populationen har åtalats.

*Järfälla.* Kommunen utmärker sig inte nämnvärt beträffande ålders- och könssammansättningen. Det mest utmärkande är att över hälften av populationen är mellan 35 och 49 år. Populationen är i viss grad marginaliserad, framförallt avseende arbete där *ingen* rapporteras arbeta och närmare hälften uppstår ekonomiskt bistånd. Resultaten indikerar att missbruksproblemen är stora. Det är den population som i överlägset högst utsträckning tidigare varit i kontakt med missbrukarvården (79 % i öppen- och 71 % i slutenvård). De uppvisar dessutom genomgående höga problemtal avseende delirium, överdos och injicering. Populationen utmärker sig inte avseende dominerande preparat. Den fysiska hälsan förefaller vara sämre i Järfällas population. De rapporterar fysisk ohälsa i hög utsträckning, beträffande förekomst av långvariga kroppsliga skador, läkemedel mot långvariga kroppsliga skador och hepatit B eller C. Även den psykiska hälsan verkar vara dålig i Järfällas population. De har den högsta andelen som rapporterar sluten psykiatrisk vård, psykiska problem samt läkemedel mot psykiska problem. Många saknar en stabil familje- och umgängessituation (många är missnöjda med sina civilstånd och många (12 %) saknar stabila levnadsförhållanden) och få har barn. Familje- och umgängesproblem tidigare i livet är något vanligare än genomsnittet. Många i populationen har någon gång blivit åtalade.

*Sigtuna.* Könsfördelningen i populationen motsvarar genomsnittet i hela ASI-populationen. Vad det gäller ålder är dock populationen en av de yngre. Den sociala integrationen är relativt god, framförallt avseende arbete där flest får lön och minst får ekonomiskt bistånd. Missbruksproblemen förefaller vara förhållandevis små. Få har tidigare varit i kontakt med missbrukarvården och få rapporterar delirium, överdos och injicering. Populationen utmärker sig inte nämnvärt vad det gäller dominerande preparat. Få rapporterar långvariga fysiska skador och hepatit B eller C, men andelen som får läkemedel mot fysiska skador ligger i linje med genomsnittet. Populationen uppvisar relativt lite psykiska problem. De uppvisar den lägsta andelen som varit i sluten psykiatrisk vård och få rapporterar psykiska problem. Resultaten visar att familje- och umgängessituationen är relativt stabil i Sigtunas population. Populationen uppvisar den högsta andelen som har egna barn och den lägsta andelen som umgås med missbrukare. De rapporterar även stabilare uppväxtförhållanden. Populationen rapporterar den näst lägsta andelen som blivit åtalade.

*Sollentuna.* Sollentunas population tillhör en av de äldre i ASI-populationen. De har en hög andel utrikes födda och uppvisar en genomsnittlig könsfördelning. Vad det gäller den sociala integrationen skiljer sig inte populationen nämnvärt från genomsnittet. Inte heller beträffande tidigare erfarenhet av missbrukarvård och missbruksproblem utmärker sig populationen. Skillnaden består i att de något oftare uppger narkotikarelaterade problem (överdos och att de injicerat). Det enda utmärkande vad det gäller dominerande preparat är att relativt många uppger att de har problem med flera olika narkotiska preparat. Resultaten indikerar att den fysiska hälsan i populationen är relativt dålig, framförallt beträffande den höga andelen (34%) som får läkemedel mot långvariga kroppsliga skador vilket är en effekt av att populationen består av många äldre. Många har varit i psykiatrisk vård, men den självskattade psykiska hälsan ligger nära genomsnittet. Familje- och umgängessituationen stämmer i stora drag överens med genomsnittet i ASI-populationen. Däremot redovisas den högsta andelen (20%) som blivit utsatt för sexuella övergrepp. Populationen utmärker sig inte avseende kriminalitet.

*Solna.* Solnas population utmärker sig vad det gäller den demografiska sammansättningen. Det är den yngsta och den minst manligt dominerade populationen. Den sociala integrationen är relativt god, dock inte avseende boende. Utbildningsnivån är högst och andelen som har ett arbete är näst högst. Trots den låga åldern är det många som har varit i missbrukarvård. Därutöver rapporteras de största missbruksproblemen. En hög andel anger narkotika som det huvudsakliga problemet, särskilt flera narkotiska preparat är vanligt (23%). Resultaten indikerar att den fysiska hälsan är god bland de intervjuade. De rapporterar den lägsta andelen som har långvariga kroppsliga skador. Många

rapporterar psykiska problem, medan en genomsnittlig andel har fått psykiatrisk vård. Stabiliteten i den nuvarande familje- och umgängessituationen är relativt låg, många saknar stabila levnadsförhållanden, många umgås med missbrukare och få har barn. De redovisar även mycket familje- och umgängesproblem tidigare i livet. De uppvisar den högsta andelen som blivit utsatt för någon slags misshandel (73 %). Solnas population redovisar den högsta andelen som blivit åtalad (67%).

*Sundbyberg.* Den demografiska sammansättningen skiljer sig från genomsnittet på samtliga punkter. Populationen är något yngre och består av den högsta andelen män och utrikes födda. Den sociala integrationen är relativt genomsnittlig. Andelen gifta/sammanboende är hög. Få har varit i öppenvård medan andelen som varit i slutenvård inte skiljer sig från genomsnittet. Beträffande missbruksproblem uppger få personer delirium, medan andelen som fått överdos och injicerat motsvarar genomsnittet i ASI-populationen. Sundbybergs population rapporterar den högsta andelen narkotika som dominerande preparat i ASI-populationen. Många rapporterar problem med den fysiska hälsan (trots att de är yngre) samtidigt som få får läkemedel. Den psykiska hälsan framstår som förhållandevis god. Lägst andel rapporterar tidigare psykiatrisk vård och relativt få rapporterar psykiska problem. Beträffande stabiliteten i familje- och umgängessituationen skiljer sig inte populationen från genomsnittet. Detta gäller även familje- och umgängessituationen tidigare i livet. En hög andel av populationen har någon gång blivit åtalad.

*Upplands-Bro.* Vad det gäller den demografiska sammansättningen utmärker sig populationen genom att vara något yngre, i övrigt inga skillnader från genomsnittet. Populationen är relativt marginaliserad, framförallt avseende arbete och boende. Endast 16 procent arbetar och i populationen återfinns den högsta andelen bostadslösa (23 %). Beträffande tidigare missbrukarvård är andelen den lägsta i nordväst, både avseende öppen och sluten vård. Missbruksproblemen skiljer sig inte nämnvärt från genomsnittet. Populationen uppvisar den högsta andelen blandmissbrukare (15 %). Det råder motstridiga uppgifter beträffande den psykiska hälsan; populationen uppvisar den lägsta andelen i psykiatrisk öppenvård, men den näst högsta andelen i slutenvård och genomsnittliga självrapporterad psykiska problem. Den nuvarande familje- och umgängessituationen kännetecknas av att få är nöjda med civilstånd och levnadsförhållanden samt att många saknar nära vänner. Beträffande bakgrundsförhållanden utmärker sig populationen genom att rapportera relationsproblem i lägst utsträckning, i övrigt skiljer sig inte populationen från genomsnittet. En hög andel har någon gång blivit åtalad.

*Upplands Väsby.* Den demografiska sammansättningen i Upplands Väsby utmärks av en relativt hög andel kvinnor och yngre personer. Den sociala integrationen ligger i linje

med genomsnittet i nordväst inom samtliga variabler. Relativt många har tidigare erfarenhet av missbrukarvård och missbruksproblemen förefaller vara genomsnittliga. Beträffande dominerande preparat uppger personerna alkohol i en något högre utsträckning. Den psykiska hälsan förefaller vara genomsnittlig avseende såväl tidigare psykiatrisk vård som självrapporterad hälsa. Även den nuvarande familje- och umgängessituationen ligger i linje med genomsnittet i ASI-populationen. Det enda utmärkande är att något färre lever tillsammans med barn. Populationen rapporterar dock mer problemfyllda bakgrundsförhållanden såsom relationsproblem, missbruk eller psykiska problem hos föräldrar. En särskilt hög andel (18 %) har blivit utsatt för sexuella övergrepp av någon närstående. Populationen utmärker sig inte avseende andel åtalade.