

Öppet intag - En väg till drogfrihet?

Rapport 1

Beskrivning av klienter vid
Vårnäs behandlingshem

Hans Ekholm

Tola Jonsson

Göran Sidebäck



Centrum för Välfärdsforskning utger rapporter i tre skriftserier:

Skriftserie A Forskningsrapporter

Skriftserie B Arbetsrapporter

Skriftserie C Övriga rapporter

Rapporterna kan beställas från:

Centrum för Välfärdsforskning ©

Mälardalens Högskola

Box 325

631 05 ESKILSTUNA

Tel.: 016-15 37 37

Fax: 016-15 37 50

E-mail: cvf@mdh.se

Öppet intag - En väg till drogfrihet?

Rapport 1

Beskrivning av klienter vid
Vårnäs behandlingshem

Hans Ekholm

Tola Jonsson

Göran Sidebäck

Förord

Centrum för välfärdsforskning åtog sig våren 1999 att utvärdera behandlingsformen *Öppet intag* – på Vårnäs behandlingshem i Vingåker – åt Vårdförbundet Sörmland. Verksamheten, som startade som ett *pilotprojekt* i Katrineholm den 1 juli 1996, har idag stöd av samtliga Sörmlandskommuner. Närmare 500 personer har varit i kontakt med *Öppet intag*. Det är en intressant och spännande behandlingsform, som är väl värd att studera och utvärdera både ur ett vetenskapligt, samhälleligt och individuellt perspektiv.

Uppläggning av utvärderingen bygger på diskussioner med den politiska ledningsgruppen för Vårdförbundet Sörmland och samtal med personal på Vårnäs. Utvärderingen är tänkt att utgöra underlag för beslut om fortsatt verksamhet och för vidareutveckling av densamma.

Ett stort tack till alla som på olika sätt underlättat arbetet med rapporten. Det gäller personal vid Vårdförbundet Sörmland och Vårnäs behandlingshem och då särskilt förbundschef Birgitta Hagdahl, ekonomichef Bo Andersson och ekonomiassistent Gunvor Hjälmoth, som kunnigt och engagerat har informerat om verksamheten och underlättat för gruppen att få tillgång till data. På Statens Institutionsstyrelse och Institutet för Kunskaps- och Metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården har Håkan Jenner, Bert Gren, Kristin Bjurner och Mia Berg på olika sätt gett upplysningar och underlag om det s.k. DOK-systemet.

Projektgruppen – Hans Ekholm, Tola Jonsson och Göran Sidebäck – kommer att redovisa sitt arbete i tre delrapporter.

- I den *första* rapporten används lokalt insamlade klientdata för att *beskriva* och analysera verksamheten och klientgruppen ur olika synvinklar.
- I den *andra* rapporten *jämförs* verksamheten på Vårnäs med liknande verksamhet på andra behandlingshem i landet.
- I den *tredje* rapporten görs en analys av sjukskrivningsmönster *före* och *efter* behandlingen på Vårnäs.

Eskilstuna den 31 december 1999

Göran Sidebäck

Föreståndare för CVF, Fil.dr.

Tola Jonsson

Fil.dr.

Hans Ekholm

Universitetsadjunkt

Sammanfattning

Behandlingsformen *Öppet intag* vid Vårnäs behandlingshem riktar sig till sörmlänningar med en problematisk drogkonsumtion. Grundtanken bakom *Öppet intag* är att den enskilde drogmissbrukaren själv kan söka hjälp för sitt drogmissbruk, utan att några kommunala myndigheter utreder eller bedömer behovet av hjälp. Däremot betalar de kommuner som har anslutit sig till behandlingsformen *Öppet intag* – idag samtliga kommuner i Sörmland – vårdkostnaderna för sina medborgare. Behandlingen består av en avgiftning som i vanliga fall omfattar 7-10 dagar. Efter avgiftningen vidtar en tolvstegsbehandling under 21 dagar.

Syftet med rapporten är att beskriva vilka som kommer till *Öppet intag* utifrån aspekter som aktuell social situation, uppväxtförhållanden, missbruksbild, behandlingshistoria, hälsa, kriminalitet och behov av stöd.

I rapporten redovisas statistik som samlats in under en inskrivningsintervju som görs utifrån ett frågeformuläret. Uppgifter för 317 personer som skrevs in under tiden 1 april 1998 till 30 september 1999 har analyserats.

Majoriteten av de som kommer till *Öppet intag* är män och medelåldern ligger på drygt fyrtio år. Alkohol är den vanligaste anledningen till att man skrivs in för behandling.

För de flesta ser boendesituationen bra ut, men en försämring tycks ha inträffat under det senaste halvåret före inskrivningen. Färre har egen bostad vid inskrivningstillfället jämfört med sex månader tidigare.

Bilden när det gäller familjesituation och umgänge är mer komplex och ser dessutom något olika ut för män och kvinnor. Männerna lever i högre utsträckning än kvinnorna ensamma, 64 procent respektive 49 procent. Av de samlevande männen och kvinnorna lever drygt en fjärdedel (27 procent) av männen och nästan hälften (48 procent) av kvinnorna tillsammans med en missbrukare. Drygt en fjärdedel (28 procent) av männen och över hälften (55 procent) av kvinnorna umgås enbart med missbrukare.

Drygt en fjärdedel (27 procent) försörjer sig genom reguljär lön och ungefär lika många (26 procent) får sin försörjning genom socialbidrag. Den tredje största enskilda försörjningskällan är sjukpenning (13 procent). Resterande tredjedel har sin försörjning via förtidspension (9 procent), arbetslöshetsersättning (8 procent), sjukbidrag (5 procent). Drygt tio procent har andra försörjningsformer.

Över hälften har upplevt missbruk och psykiska problem redan i uppväxtmiljön. Nio av tio klienter uppger också att de själva har haft känslomässiga och psykologiska problem. Alarmerande är att nästan var tredje klient har gjort självmordsförsök.

Hela tre fjärdedelar har någon gång blivit dömda för brott och i hälften av fallen har domen blivit fängelse. De vanligaste brotten är trafikbrott och stöld.

Nästan alla har under de senaste sex månaderna varit i kontakt med någon myndighet. Det gäller främst sjukvård, sociala myndigheter och försäkringskassa. Det uttryckta hjälpbe-

hovet är stort. Man önskar hjälp och stöd med sina relationsproblem och andra sociala problem, samt med hälsan – särskilt den psykiska hälsan.

Relativt många som söker sig till *Öppet intag* har inte tidigare vårdats för sitt missbruk, vilket tyder på att den ”korta väg” till behandling som erbjuds är attraktiv för den som inte tidigare sökt vård och kanske befinner sig i ett tidigt skede av missbruket.

Innehållsförteckning

Inledning	1
1. Bakgrund, syfte och data	3
Öppet intag – En alternativ behandlingsform	3
Rapportens syfte	4
Data	4
Datas kvalitet	5
Resultat	7
2. Några grundfakta om de inskrivna	9
Kommuntillhörighet – Relativt många från Katrineholm.....	9
Ålder och kön – Männen och de medelålders dominerar	10
Medborgarskap – Få med utländskt medborgarskap	10
Typ av kontakt med enheten – Huvudsakligen ”nya klienter”	10
Främsta initiativtagare till kontakten – Eget initiativ	10
Hur många genomgår behandling?	11
Sammanfattande reflektion	12
3. Aktuell social förankring – boendet och de sociala relationerna	13
Boendeform – Många med förstahandskontrakt.....	13
Levnadsform – Många lever ensamma	13
Missbruksproblem hos samlevande – Många kvinnor lever med en missbrukare	14
Barn – Många bor inte med sina barn.....	14
Umgänge – Kvinnorna umgås ofta med andra missbrukare	14
Sammanfattande reflektion	14
4. Aktuell social förankring – arbetet	16
Utbildning – Lägre utbildningsnivå än befolkningen	16
Yrke – Drygt hälften är facklärd arbetare	16
Försörjning – En fjärdedel erhåller socialbidrag	17
Sammanfattande reflektion	18
5. Uppväxtmiljö	19
Uppväxtförhållanden – Splittrade familjer och fosterhemsplaceringar	19
Missbruk och psykiska problem i uppväxtmiljön – Hälften har haft problem	19
Sammanfattande reflektion	19

6. Missbruk och behandlingshistoria	20
Bruk som föranlett inskrivning – Hälften missbrukar enbart alkohol	20
Behandlingshistoria – Tidigare behandling vanlig	20
Sammanfattande reflektion	21
7. Fysisk och psykisk hälsa	22
Aktuell fysisk hälsa – Många har narkotikarelaterade sjukdomar	22
Aktuell psykisk hälsa – Två tredjedelar mår psykiskt dåligt	22
Känslomässiga och psykologiska problem – Nio av tio har haft problem.....	22
Sammanfattande reflektion	23
8. Kriminalitet	24
Dömda för brott – Brott som lett till dom vanliga	24
Typ av brott – Trafikbrott och tillgreppsbrott vanligast.....	24
Sammanfattande reflektion	24
9. Myndighetskontakter och behov av stöd	25
Kontakt med myndigheter – Många kontakter med många myndigheter	25
Önskemål om hjälp och stöd – Många önskar hjälp	25
Sammanfattande reflektion	26
Avslutning	27
10. Framtida forskningsfrågor	29
Gruppsammansättningen.....	29
Kvinnornas sociala situation	29
Den psykiska hälsan.....	29
De tidigare inte behandlade.....	30
Det stora hjälpbehovet	30
Vad betyder tillgängligheten?	30
Referenser	31
Bilaga 1: Klientdokumentation 1 april 1998 – 30 september 1999	33
Bilaga 2: Intervjuformulär IKM, lång version	53

Inledning

1. Bakgrund, syfte och data

Missbrukarvårdens effekter har ifrågasatts av många och från olika håll har man efterlyst utvärdering av de behandlingsformer som finns. Detta har Vårdförbundet Sörmland tagit fasta på. När man startade behandlingsformen *Öppet intag* vid Vårnäs behandlingshem fanns utvärdering av verksamheten med som en central del och man anslöt sig till DOK, ett system för dokumentation och utvärdering av olika typer av missbrukarvård. I föreliggande rapport, som bygger på analys av DOK-data för Vårnäs, beskriver vi vilka som har sökt sig till behandlingsformen *Öppet intag*. I detta inledande kapitel redogörs kort för behandlingsformen, syftet med rapporten och vilka data som insamlats och deras kvalitet. I kapitel 2 – 9 redovisas resultaten och i kapitel 10 lyfter vi fram några frågor som är värda att uppmärksamma och gå vidare med.¹

Öppet intag – En alternativ behandlingsform

Behandlingsformen *Öppet intag* påbörjades den 1 juli 1996. Under den första tiden – i ett och ett halvt år – deltog endast personer från Katrineholms kommun. Från den 1 april 1998 utvidgades verksamheten genom att alla kommuner i Sörmland, utom Flen, anslöt sig till verksamheten. Ett år senare, den 1 april 1999, anslöt sig även Flens kommun. I rapporten redovisas uppgifter om de personer som skrevs in vid *Öppet intag* under tiden 1 april 1998 till och med 30 september 1999.²

Vad innebär då behandlingsformen *Öppet intag*?³ Kort kan man säga att den bärande idén med *Öppet intag* är att underlätta för den enskilde att inleda en behandling för att försöka bli av med sitt missbruk. I ett informationsmaterial framtaget av Vårdförbundet Sörmland sägs målet vara ”att alla beroendesjuka i Sörmland skall få behandling när de behöver och önskar det utan någon långdragen och för samhället dyrbar utredningsprocess”. Det innebär att en person med en problematisk drogkonsumtion kan komma till behandlingen utan utredning av sociala myndigheter. En platsgaranti på tre veckor utlovas. Genom att erbjuda hög tillgänglighet vill man uppnå att missbrukare skall söka behandling i ett tidigt skede av beroendutvecklingen och att nå dem som inte tidigare sökt behandling för sitt missbruk. En förhoppning är också att den ”korta vägen” till behandling ska underlätta och avdramatisera missbruk. Inspiration till behandlingsformen *Öppet intag* har hämtats från

¹ Andra som analyserat DOK-data är Statens institutionsstyrelse, SiS och Institutet för Kunskaps- och Metodutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården, IKM (se Statens institutionsstyrelse 1998 och 1999 samt IKM 1999).

² Under tidsperioden 1 januari 1988 – 30 september 1999 var sammanlagt 395 personer i kontakt med Vårnäs behandlingshem en eller flera gånger under olika lång tid. Av dessa räknas 78 personer inte till *Öppet intag*. Det gäller dels personer som deltar i behandlingen men som inte är bosatta i någon av Sörmlands kommuner, dels personer som andra instanser - exempelvis kriminalvård eller arbetsgivare – betalar för och dels personer som var inskrivna innan behandlingsformen *Öppet intag* påbörjades den 1 april 1998.

³ Följande redovisning av projektet bygger på samtal med personal inom projektet *Öppet intag*, och skriftlig information om projektet, däribland en promemoria författad av Birgitta Hagdahl, förbundschef vid Vårdförbundet Sörmland.

Island där behandling av missbrukare bedrivs enligt denna modell och där behandling av missbruk inte framstår som lika skambelagt som i Sverige. Ett långsiktigt mål med *Öppet intag* är även att verka för en generell attitydförändring till ”missbrukaren”.

På Vårnäs behandlingshem erbjuds den inskrivne normalt 7 – 10 dagars avgiftning. Under denna fas, utarbetas också en plan för nästa fas – den s.k. behandlingsfasen, som omfattar tre veckors tolvstegsträning i grupp enligt AA:s modell.⁴

Behandlingsmodellen AA bygger på idén att alkoholism (och annat missbruk) bör betraktas som en sjukdom. På så sätt vill man motverka skam- och skuld känslor förknippade med att vara missbrukare. Ett viktigt mål med behandlingen är att personen får insikt om sin sjukdom och behovet av en livslång behandling.

Den verksamhet som bedrivs inom *Öppet intag* ska inte ses som en isolerad del av behandlingen, utan motiverings- och uppföljningsarbetet i AA- och NA-grupper betraktas som en självklar förlängning av själva behandlingen.⁵

Rapportens syfte

Syftet med rapporten är att beskriva de inskrivna vid behandlingsformen *Öppet intag*. Beskrivningen omfattar deras aktuella livssituation, deras uppväxtförhållanden, missbruksmönster, behandlingshistoria, fysiska och psykiska hälsa, samt deras kriminalitet, myndighetskontakter och behov av stöd. Även grundfakta om kommundillhörighet, ålder, kön, samt hur behandlingskontakten kommit till stånd och vilken karaktär den har m.m. redovisas.

Data

Beskrivningen grundar sig på inskrivningsdata framtagna med DOK-systemets⁶ inskrivningsformulär.⁷ Inskrivningsformuläret finns i två versioner. Den ena versionen, den s.k. *kortversionen* eller *kortformuläret* utgörs av speciellt utvalda frågor av grundläggande karaktär. Frågorna besvaras oftast genom en personlig intervju, men hämtas ibland också från personakten. De frågeområden som tas upp i kortversionen är: Administrativa uppgifter, behandlingskontakt, levnadsform, familj och umgänge, utbildning och försörjning, alkohol- och narkotikabruk, behandlingshistoria, fysisk hälsa, kriminalitet, och myndighets- och vårdkontakter. Frågorna i kortformuläret finns dels i ett eget formulär, dels ingår de som en del av frågorna i den andra versionen av inskrivningsformuläret, den s.k. *långversionen* eller *långformuläret*.

⁴ AA används i texten som förkortning för Anonyma Alkoholister och NA för Anonyma Narkomaner.

⁵ För en utförligare beskrivning av AA:s behandlingsmodell (ibland benämnd Minnesota-modellen) se t.ex. Löfgren och Nelson-Löfgren (1992) och Lindström (1992).

⁶ DOK-systemet är ett system för dokumentation och utvärdering av missbrukarvård med olika internationella förebilder. Det har utvecklats och anpassats till svenska förhållanden. DOK används av ett 30-tal behandlingsenheter inom frivilligvården – IKM-DOK och 19 statliga tvångsinstitutioner – LVM-DOK (IKM 1999). Vårnäs behandlingshem är anslutet till IKM-DOK. För utförligare information om DOK-systemet se Statens institutionsstyrelse, SiS (1996).

⁷ De intervjuade har informerats om att intervjuvaren kommer att användas i utvärderingssyfte och samtliga som ingår i undersökningsgruppen har givit sitt samtycke.

Långformuläret, som används för att samla in en mer uttömmande information om de inskrivnas situation, besvaras alltid genom en personlig intervju. Det utgör en viktig utgångspunkt för allt utvärderings- och uppföljningsarbete vid Vårnäs. Långversionen består förutom av samtliga frågeområden i kortversionen också av frågeområdena uppväxtmiljö, psykisk hälsa och behov av hjälp och stöd. I långformuläret finns ibland fler frågor under varje frågeområde än i kortformuläret.⁸

Under den aktuella tidsperioden har vissa personer skrivits in flera gånger vid *Öppet intag*. Det betyder att det ibland finns flera intervjuer med en och samma person. I vår redovisning har vi inte arbetat med falldata, utan med persondata. Det innebär att varje person vid bearbetningen endast har tagits med en gång. När det finns flera inskrivningsintervjuer med samma person har vi gjort urvalet av behandlingsfall enligt följande principer: Uppgifter från en långversion används när en sådan finns i det aktuella tidsintervallet. Om det finns flera långversioner, så används den version som tidsmässigt ligger först i tidsintervallet. Om en långversion saknas, så används uppgifter från en kortversion. Om det finns flera kortversioner, så används den version som ligger tidsmässigt först.

Tabell 1.1 Typ av formulär

Formuläret besvaras genom	Typ av formulär		
	Kort	Lång	Antal
Personlig intervju	56	251	307
Aktmaterial	10	0	10
Antal	66	251	317

Under perioden 1 april 1998 till och med 30 september 1999 skrevs totalt 317 personer in vid *Öppet intag*. För alla dessa finns uppgifter motsvarande frågorna i kortformuläret. För 251 av de inskrivna finns dessutom uppgifter motsvarande frågorna i långformuläret.⁹

Datas kvalitet

Datakvaliteten påverkas av en rad olika förhållanden från själva datainsamlandet och intervjuandet, över dataregistreringsprocessen till datahanterings- och bearbetningsprocessen. Viktiga förhållanden som påverkar datas kvalitet i ett tidigt skede är DOK-systemets uppbyggnad med datorprogrammet och dess funktionalitet, intervjuformulärens utformning, samt de kodanvisningar och det stöd personalen får för att samla in uppgifterna. Under arbetets gång med att förbereda och kontrollera data har vi noterat vissa brister, som vi i många fall har lyckats åtgärda.

Genom att vi under en fas av datahanteringsprocessen har kunnat arbeta med hjälp av personnummer har vi kunnat upptäcka och korrigera en rad fel, som annars kan vara omöjliga att hitta. Nästan 20 personer i DOK-systemet har kodats på ett sådant sätt att deras identifikationsnummer (den s.k. ssno-koden) har blivit felaktigt. Utan personnummerkontrollen skulle vi inte ha upptäckt om personen ifråga återkom. I ett fall har det till och med inträffat

⁸ I långversionen av intervjuformuläret är de frågor som ingår i kortversionen inringade, se Bilaga 2.

⁹ I de i texten och Bilaga 1 redovisade tabellerna anges i de fall kortversion används totalen 317 (med viss variation p.g.a. bortfall) och i de fall lång version används totalen 251 personer (med viss variation p.g.a. bortfall).

fat att två olika personer felaktigt har behandlats som en och samma person. Vi har även upptäckt två fall där kvinnor kodats som män! Och i ett par fall har personernas ålder registrerats felaktigt. Flera av dessa fel måste betraktas som grova och allvarliga eftersom de olika behandlingsfallen inte kan hänföras till rätt individ. Ser vi till hela det datamaterial som vi har arbetat med ligger dessa fel på ca 4 – 5 procentnivån.

I datamaterialet finns en rad inkonsistenser – logiska motsägelser – som vi i relativt många fall har korrigerat. Här har kodanvisningarna ofta varit till god hjälp. För att illustrera det hela så har t.ex. 37 personer angivit att de varit i kontakt med en eller flera självhjälps- eller frivilligorganisationer under de senaste 6 månaderna, samtidigt som de på frågan före svarat att de inte har haft någon kontakt med självhjälps- eller frivilligorganisationer under de senaste 6 månaderna. Omvänt har 5 personer uppgivit att de har haft dessa kontakter, samtidigt som de inte anger någon organisation som de har varit i kontakt med. Eftersom frågan enbart ställs i långformuläret, så blir felprocenten i detta fall 17 procent.

En annan typ av brister i data handlar om det s.k. internbortfallet, dvs. att vi saknar uppgifter om svaren på vissa enskilda frågor. Vi kan notera att det finns enstaka individer, som ger bortfall på många frågor. Samtidigt finns det ett fåtal frågor där det enskilda bortfallet är anmärkningsvärt högt. Men på det stora hela är internbortfallet litet.

Resultat

2. Några grundfakta om de inskrivna

I detta kapitel redogör vi för några grundfakta om de inskrivna vid *Öppet intag*. Inledningsvis redovisar vi vilka kommuner de inskrivna kommer från. För att ge en uppfattning om gruppens sammansättning redovisas sedan ålder, kön och medborgarskap. En väsentlig skillnad mellan *Öppet intag* och andra behandlingsformer är att det egna initiativet intar en central plats vilket framgår när behandlingskontakten avslutningsvis beskrivs.

Kommuntillhörighet – Relativt många från Katrineholm

Samtliga personer som ingår i materialet kommer som tidigare nämnts från någon av Sörmlands kommuner. När vi studerar de inskrivnas kommuntillhörighet finner vi att alla i projektet medverkande kommuner finns representerade. Fördelningen är dock ojämn. Hela 103 personer kommer från Eskilstuna, medan endast åtta personer kommer från Flen.

Tabell 2.1 Kommuntillhörighet

Kommun	Antal	%
Eskilstuna	103	32
Flen	8	3
Gnesta	15	5
Katrineholm	78	25
Nyköping	42	13
Oxelösund	13	4
Strängnäs	32	10
Trosa	10	3
Vingåker	16	5
Totalt	317	100

Fördelningen kan delvis förklaras av kommunernas kraftigt varierande invånarantal. Eskilstuna med drygt 88 000 invånare är den största kommunen och Gnesta, Trosa och Vingåker med runt 10 000 invånare de minsta.¹⁰ Katrineholm är relativt hög representerad. Kommunen har 13 procent av länets invånare, men hela 25 procent av de inskrivna kommer från kommunen. En förklaring kan vara att *Öppet intag* blivit väl känd bland katrineholmarna då kommunen gick med i verksamheten redan i juli 1996. Flens relativt låga representation – kommunen har sex procent av länets invånarna, men endast 3 procent av de inskrivna kommer från kommunen – kan på motsvarande sätt sammankopplas med att kommunen kom med i verksamheten senare än övriga kommuner.

¹⁰ Befolkningstal för Sörmlands kommuner avrundade till närmaste 1000-tal var 1998: Eskilstuna 88, Flen 16, Gnesta 10, Nyköping 40, Katrineholm 33, Oxelösund 11, Strängnäs 29, Trosa 10 och Vingåker 10.

Ålder och kön – Männen och de medelålders dominerar

Av de vid *Öppet intag* inskrivna personerna är 72 procent män (se Tabell 2.2). Könsfördelningen är alltså skev jämfört med fördelningen i befolkningen, men liknar den uppskattade fördelningen av missbrukare bland män och kvinnor. Den följer också i stort den genomsnittliga könsfördelningen för landets behandlingshem.¹¹

Det stora flertalet är över 30 år (85 procent). Medelåldern för kvinnorna är 42 år och för männen 41 år. Kvinnornas andel är högst i ålderskategorin över 44 år, medan männens andel är högst i kategorin under 30 år (se Tabell 2.2 och 2.3).

Medborgarskap – Få med utländskt medborgarskap

Huvuddelen av de inskrivna är svenska medborgare. Åtta procent (23 personer) är utländska medborgare. Av dessa är 21 män och två kvinnor. De flesta med utländskt medborgarskap kommer från Norden. Endast tre procent (8 personer) är medborgare i ett land i övriga Europa eller övriga världen (se Tabell 2.4).

Typ av kontakt med enheten – Huvudsakligen ”nya klienter”

Hela 83 procent av de inskrivna är s.k. ”nya klienter”, dvs. de har inte tidigare haft kontakt med Vårnäs (gäller även tiden före *Öppet intag* startade). Av de sju procent som tidigare har haft kontakt med enheten är männens andel något högre än kvinnornas (se Tabell 2.5). Denna fördelning mellan ”nya” och ”gamla” klienter skulle kunna vara ett tecken på att behandlingsformen framstår som attraktiv för dem som inte tidigare sökt behandling och eventuellt befinner sig i ett tidigare skede av sitt missbruk.

Främsta initiativtagare till kontakten – Eget initiativ

Då det egna initiativet utgör grund för intagning är det knappast förvånande att 83 procent av de inskrivna uppger att de själva initierat kontakten (se Tabell 2.6). Mer förvånande är att andra alternativ finns med. Tio procent uppger att någon inom det sociala nätverket, dvs. anhörig, kamrat, arbetsgivare, frivillig organisation eller annan, tagit initiativet. Åtta procent uppger att initiativtagaren har varit en myndighetsrepresentant.

Tabell 2.6 Främsta initiativtagare till kontakten

Initiativtagare	Antal	%
Socialtjänst	19	6
Psykiatrisk vård	2	1
Kriminalvård	2	1
Arbetsplats	15	5
Frivillig organisation	1	0
Eget initiativ	262	83
Anhörig/kamrat	15	5
Annan	1	0
Totalt	317	100

¹¹ Socialstyrelsen (1999).

En orsak till att andra alternativ finns med kan vara att det ibland är svårt för personen att skilja mellan vad som ska definieras som eget initiativ och andras initiativ.¹² Kanske har man inspirerats att söka behandling genom en anhörig, en kamrat eller en socialsekreterare men själv tagit kontakt med enheten.

En annan orsak till att andra skäl än eget initiativ anges ligger i urvalet av undersökningsgruppen. Genom att ta med alla personer som kommunerna i Sörmland betalar för inkluderas både personer som kommer på eget initiativ, dvs. ingår i *Öppet intag* och personer som kommer efter myndighetsprövning, t.ex. genom ett bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL) eller genom dom om tvångsvård (lagen om vård av missbrukare, LVM och lagen om vård av unga, LVU).¹³

Tabell 2.7 Ålder, kön och kontakt enligt lagrum

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år	30 – 44 år	Över 44 år	Man	Kvinna	
	%	%	%	%	%	%
SoL §6	2	5	2	2	6	3
LVM §27	2	1	0	1		1
Utan myndighetsprövning	96	94	98	97	94	96
Totalt, antal	48	141	128	227	90	317

Majoriteten av de inskrivna från Sörmland (96 procent) har fått kontakt med enheten utan någon form av myndighetsprövning. Tre procent (10 personer) har fått kontakt enligt SoL §6 och vi kan konstatera att nästan dubbelt så många har uppgivit att socialtjänsten initierat kontakten än som faktiskt fått vård enligt socialtjänstlagen (Jfr Tabell 2.6 och Tabell 2.7). Endast en procent (två personer) – båda män – har tilldömts vård enligt LVM §27.

Hur många genomgår behandling?

En intressant fråga är hur stor andel som fullföljer behandlingen respektive avbryter behandlingen i förtid och därmed kan räknas som avhoppare ("drop-outs"). Svaret på frågan blir naturligtvis avhängigt av hur behandling och avbruten behandling definieras. När vi nedan gör en grov uppskattning av hur många som avbryter behandlingen räknar vi först bort de som försvinner under avgiftningsfasen eftersom avgiftningsdelen *inte* ingår i behandlingen. Avgiftningsfasen varar, enligt uppgift, oftast 7 - 10 dagar, men i vissa fall längre tid. I extremfallet kan avgiftningen pågå flera veckor. I det aktuella materialet har t.ex. en person en inskrivningstid på 64 dagar, vilket medför en avgiftningstid på minst sex veckor (se Tabell 2.9). Eftersom 38 personer har inskrivningstid på 37 – 64 dagar, så har alla dessa en avgiftningstid på minst 16 dagar – om vi antar att behandlingstiden är exakt 21 dagar. Vi vet alltså att relativt många har långa avgiftningstider. Men vi vet *inte* hur många av de som lämnar Vårnäs efter en inskrivningstid på över 10 dagar, som försvinner direkt efter avslutad avgiftning utan att påbörja behandlingen.

För att uppskatta *andelen* avhoppare behöver vi dels uppskatta *antalet* avhoppare (täljaren) och dels *antalet* som påbörjar behandling (nämnaren). Hur många påbörjar då behandlingen? Om avgiftningen enbart tar 7 dagar för alla, så blir antalet som påbörjar behandling 267 (= 317 – 50). Om avgiftningen däremot skulle ta 10 dagar för alla, så blir antalet personer som påbörjar behandling 255 (= 317 – 62). Men vi vet samtidigt, enligt resonemanget ovan, att många har en

¹² Nyström (1999).

¹³ Observera att de tolv sörmlänningar som har fått vård enligt SoL och LVM egentligen *inte* ingår i *Öppet intag*.

avgiftningstid på över 10 dagar, vilket medför att det är rimligt att anta att *färre än* 255 personer påbörjar behandlingen.

Om vi antar att behandlingen för alla börjar dag 11 och pågår i 17 – 22 dagar och betraktar detta som en full behandling så blir antalet avhoppare 49, vilket innebär att *över* 19 procent (= 49/255) har hoppat av. Problemet är att ett okänt antal av dessa 49 personer sannolikt aldrig har påbörjat en behandling, samtidigt som det kan finnas personer som har varit inskrivna över 26 dagar som har påbörjat en behandling, men inte fullföljt den. Vi vill alltså betona att det finns en mycket stor osäkerhet i vår skattning av andelen avhoppare – men det är frågan om en *underskattning* (se Tabell 2.8 och 2.9). För att illustrera känsligheten i beräkningarna kan vi göra ett enkelt räkneexempel. Om ytterligare 20 personer slutar direkt efter avgiftningen, så blir det bara 235 personer som påbörjar behandlingen och om dessutom 20 fler inte fullföljer behandlingen, så blir andelen avhoppare istället 29 procent (=69/235).

Som jämförelse kan nämnas att andelen personer som avbryter AA-behandlingar brukar ligga på ca 15 – 20 procent vilket anses vara lågt.¹⁴ Andelen avhoppare för *Öppet intag* tenderar alltså att ligga högre, vilket kan tyda på att personer som kommer i vissa avseenden skiljer sig från personer som kommer till AA-behandlingar på annat sätt, t.ex. genom socialtjänstens förmedling.

Den totala inskrivningstiden ligger för drygt hälften mellan 27 och 36 dagar (se Tabell 2.9). De längsta behandlingstiderna finns i huvudsak bland kvinnor och personer över 44 år.

De flesta (86 procent) har inga återbesök på Vårnäs under perioden 1 januari 1998 till 30 september 1999. Elva procent återkommer en gång och tre procent mer än två gånger.

Sammanfattande reflektion

Sjuttiotvå procent av de inskrivna är män och 28 procent är kvinnor, vilket i stort följer den uppskattade fördelning missbrukare bland män respektive kvinnor i befolkningen. Det stora flertalet är över 30 år (85 procent) och åtta procent är utländska medborgare.

Hela 83 procent av de inskrivna är s.k. ”nya klienter” för Vårnäs (gäller även tiden före *Öppet intag* startade) Det kan tyda på att behandlingsformen framstår som attraktiv för dem som befinner sig i ett tidigare skede av sitt missbruk, vilket ligger väl i linje med verksamhetsmålen.

Den totala inskrivningstiden (avgiftning och behandling) ligger för drygt hälften mellan 27 och 36 dagar. De långa behandlingstiderna finns i huvudsak bland kvinnor och personer över 44 år. De flesta (86 procent) har inga återbesök på Vårnäs.

Andelen avhoppare är svår att uppskatta från aktuella uppgifter, men bör vara över 19 procent och kan ligga någonstans runt 29 procent. Det är något högre andel än vad andra AA-behandlingar brukar rapportera, vilket kan tyda på att de som kommer till *Öppet intag* skiljer sig från dem som vanligen genomgår tolvstegsbehandlingar.

¹⁴ Fridell (1996).

3. Aktuell social förankring – boendet och de sociala relationerna

Boendet, de sociala relationerna och arbetet kan ses som arenor för social förankring. I detta kapitel redovisas först boendet genom att vi besvarar frågor om hur de inskrivna bor (boendeform) och vilka de bor med (levnadsform). När sociala relationer sedan behandlas redovisar vi familjesituation och umgänge. Förankringen i arbetslivet, såsom det speglas av utbildning, yrke och försörjningsätt, tas upp i nästa kapitel.

Boendeform – Många med förstahandskontrakt

Boendesituationen verkar vara bra för de flesta. Hela tre fjärdedelar (75 procent) av de inskrivna uppger att de har egen bostad, dvs. bostad med förstahandskontrakt, 30 dagar före inskrivningen. Av kvinnorna är det 86 procent som har egen bostad, medan motsvarande andel för männen är 71 procent. Sex procent uppger att de bor i andra hand eller inneboende, sju procent att de bor hos föräldrar eller släktingar och sex procent att de bor i boendekollektiv, på institution o.dyl. (se Tabell 3.1).

Sex procent är bostadslösa. Andelen bostadslösa är högst i ålderskategorin 30 – 44 år och lika för kvinnor och män (se Tabell 3.1).

Hur ser förändringen i boendeform ut med ett halvårs perspektiv? Åttiotvå procent uppger att de sex månader före inskrivningen hade egen bostad. Färre (sju procentenheter) har alltså egen bostad en månad före inskrivning än sex månader före inskrivning (se Tabell 3.2).

Levnadsform – Många lever ensamma

Sextio procent av de inskrivna lever ensamma. Andelen ensamlevande är betydligt högre för männen än för kvinnorna, 64 procent respektive 49 procent. Nio procent lever tillsammans med både partner och barn, lika många lever ensamma med barn och fjorton procent samlever med partner utan barn.

Tabell 3.3 Ålder, kön och huvudsaklig levnadsform (senaste 30 dagarna)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år	30 – 44 år	Över 44 år	Man	Kvinna	
	%	%	%	%	%	%
Ensamlevande	53	63	60	64	49	60
Ensamlevande med barn	9	9	9	7	15	9
Samlevande med partner utan barn	17	8	19	11	22	14
Samlevande med partner och barn	4	13	7	10	9	9
Samlevande med förälder/släkting	15	4	2	6	1	5
Samlevande med annan/andra	2	3	3	3	3	3
Totalt, antal	47	134	127	219	89	308

Andelen som lever med både partner och barn återfinns framförallt bland dem som är under 30 år och andelen som lever tillsammans med partner utan barn är högst bland dem som är över 44 år. Kvinnorna lever i betydligt högre utsträckning än männen ensamma med barn. Dessa resultat visar i grova drag samma tendens som vi finner i normalbefolkningen.

Studerar vi levnadssituationen sex månader före inskrivningen finner vi att 53 procent lever ensamma. Betydligt fler uppger alltså att de lever ensamma en månad före inskrivning jämfört med sex månader före inskrivning, 60 procent respektive 53 procent (se Tabell 3.4)

Missbruksproblem hos samlevande – Många kvinnor lever med en missbrukare

Av de 119 personer som besvarat frågan om det existerar missbruksproblem hos samlevande har ungefär en tredjedel – 34 procent – svarat ja. Fyrtioåtta procent av kvinnorna säger att de lever i ett förhållande där partnern har missbruksproblem, medan motsvarande andel för männen är 27 procent (se Tabell 3.5).

Barn – Många bor inte med sina barn

Drygt hälften av de inskrivna har inga egna barn under arton år. Av dem som har barn har 84 procent ett eller två barn (se Tabell 3.6 och 3.7). Många som har barn bor inte tillsammans med dem. Trots att 49 procent (155 personer) har barn under arton år så är det bara arton procent (55 personer) som anger att de lever tillsammans med sina barn. Någon förklaring till detta kan inte fås av tillgängliga uppgifter. En förklaring kan dock vara att man förlorat vårdnaden om sina barn. Av vårt material framgår att 29 procent (37 personer) förlorat vårdnaden om minst ett barn, däremot vet vi inte hur många som förlorat vårdnaden om alla sina barn (se Tabell 3.8). En annan förklaring kan vara att man flyttat hemifrån på grund av missbruket.

Umgänge – Kvinnorna umgås ofta med andra missbrukare

När de inskrivna tillfrågats vem de umgås med svarar sju procent de inte har något regelbundet umgänge. Tjugotvå procent uppger att de umgås endast med icke missbrukare 36 procent att de umgås enbart med andra missbrukare.

Tabell 3.9 Ålder, kön och umgänge

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år	30 - 44 år	Över 44 år	Man	Kvinna	
	%	%	%	%	%	
Inget regelbundet umgänge	3	10	6	6	9	7
Umgås enbart med ej missbrukare	19	29	16	24	18	22
Umgås enbart med missbrukare	19	26	53	28	55	36
Umgås med missb. och ej missb.	59	35	25	42	17	34
Totalt, antal	32	113	106	175	76	251

Den högsta andelen av de inskrivna som endast umgås med missbrukare finns bland dem som är över 44 år (53 procent). Anmärkningsvärt är att hela 55 procent av kvinnorna uppger att de endast umgås med missbrukare. För männen är motsvarande andel 28 procent.

Sammanfattande reflektion

Boendesituationen verkar vara bra för de flesta. Hela tre fjärdedelar (75 procent) av de inskrivna uppger att de har egen bostad och sex procent att de är bostadslösa vid inskrivningen. Sextio procent lever ensamma och männen i betydligt högre utsträckning än kvinnorna. När vi granskar de inskrivnas situation i ett sexmånadersperspektiv före inskrivningen vid *Öppet intag* framkommer att situationen förändras i ”negativ riktning” både när det gäller boende- och levnadssituationen, ett faktum som sannolikt kan sättas i samband med en problematisk missbruksituation, som i sin tur fått dem att söka hjälp för sitt missbruk.

Mäns och kvinnors situation skiljer sig när det gäller samlevnad och umgänge. Männerna lever oftare ensamma än kvinnorna. Fyrtioåtta procent av kvinnorna lever tillsammans med en missbrukare, medan motsvarande andel för männen är 27 procent och hela 55 procent av kvinnorna uppger att de endast umgås med missbrukare, medan motsvarande andel för männen är 28 procent. Vi finner dessa resultat viktiga att uppmärksamma.

Knappt hälften har egna barn under arton år. De flesta har ett eller två barn. Anmärkningsvärt många bor inte tillsammans med sina barn.

4. Aktuell social förankring – arbetet

Medan utbildning reflekterar de inskrivnas grundkompetens, speglar yrket och försörjningssättet den aktuella socio-ekonomiska situationen, men också förankringen på arbetsmarknaden. I detta kapitel redovisas uppgifter om de inskrivnas utbildning, yrke och försörjningssätt.

Utbildning – Lägre utbildningsnivå än befolkningen

Av de inskrivna vid *Öppet intag* har sju procent inte slutfört grundskolan och nästan hälften (47 procent) har folkskola eller grundskola som högsta utbildning. Drygt var tredje person (38 procent) har slutfört någon form av gymnasial utbildning och åtta procent har en eftergymnasial utbildning. Fler män än kvinnor har fullföljt eftergymnasial utbildning.

Tabell 4.1 Ålder, kön och utbildning

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 – 44 år %	Över 44 år %	Man %	Kvinna %	%
Ej fullföljd folk- el. grundskola	8	11	2	7	7	7
Fullföljd folk- el. grundskola	46	45	50	47	48	47
Fullföljt gymnasium	44	36	38	37	41	38
Fullföljt eftergymnasial utb.	2	8	11	10	4	8
Totalt, antal	48	140	128	226	90	316

Som jämförelse kan nämnas att av Sveriges vuxna befolkning 1997 hade 28 procent enbart grundskola eller motsvarande, 46 procent gymnasium som högsta utbildning och 24 procent högre utbildning än gymnasium.¹⁵ De inskrivna vid *Öppet intag* har alltså en betydligt lägre utbildningsnivå än befolkningen som helhet.

Yrke – Drygt hälften är facklärd arbetare

Drygt hälften (54 procent) av de inskrivna vid *Öppet intag* hamnar i yrkeskategorin facklärd arbetare, en kategori där kravet på utbildning är minst två år efter grundskola. Närmare var femte (18 procent) saknar yrke. Därefter följer kategorierna ej facklärd arbetare nio procent, tjänstemän på mellannivå sju procent, egen företagare eller fri yrkesverksamhet likaså sju procent, lägre tjänstemän fyra procent och högre tjänstemän två procent (se Tabell 4.2).

Fördelningen mellan yrkeskategorierna uppvisar både likheter och skillnader om vi jämför männen och kvinnorna. Båda grupperna domineras av facklärd arbetare, men andelen är högre bland männen (58 procent jämfört med 45 procent för kvinnorna). En femtedel av kvinnorna är tjänstemän, medan bara en tjugondel av männen tillhör denna yrkeskategori (se Tabell 4.2).

Det är i främst i den yngsta åldersgruppen som de (41 procent) som saknar yrke återfinns (se Tabell 4.2).

¹⁵ Statistisk årsbok (1998).

Försörjning – En fjärdedel erhåller socialbidrag

Försörjningssättet ger en antydning om hur stark eller svag anknytning till arbetsmarknaden de inskrivna har. Till försörjningssätt som implicerar stark anknytning till arbetsmarknaden räknar vi reguljär lön. De som har arbetslöshetskassa, arbetsmarknadsåtgärder, sjukpenning och sjukbidrag har anknytning till arbetsmarknaden, men en något svagare än de som har reguljär lön. Till försörjningssätt som implicerar svag anknytning till arbetsmarknaden räknar vi förtidspension, ålderspension, studiemedel, försörjning genom anhörig, socialbidrag och annat försörjningssätt. Hur ser då arbetsmarknadsanknytningen ut för de inskrivna vid *Öppet intag*?

Tjugosju procent försörjer sig på reguljär lön, dvs. har stark anknytning till arbetsmarknaden. Tillsammans utgör de som har en något svagare anknytning till arbetsmarknaden också 27 procent. Nio procent erhåller AMS-bidrag eller arbetslöshetskassa och arton procent erhåller sjukpenning eller sjukbidrag.

Hur ser försörjningen ut för de 46 procent som har svag anknytning till arbetsmarknaden? Ungefär en fjärdedel (26 procent) får sin försörjning genom socialbidrag. Nio procent har förtidspension och två procent ålderspension. Övriga, sammanlagt nio procent, lever av studiemedel, blir försörjd av anhörig eller försörjer sig på annat sätt.

Tabell 4.3 Ålder, kön och huvudsaklig försörjning (senaste 30 dagarna)

	Ålder			Kön		Totalt %
	Under 30 år	30 – 44 år	Över 44 år	Man	Kvinna	
	%	%	%	%	%	
Lön	27	21	34	27	26	27
AMS-bidrag		1	2	1	2	1
Arbetslöshetsersättning		11	7	8	8	8
Sjukpenning	8	11	17	12	18	13
Sjukbidrag		7	5	5	6	5
Ålderspension			5	3		2
Förtidspension		6	16	8	11	9
Socialbidrag	46	33	10	26	24	26
Studiebidrag/studiemedel	4	4	1	4	1	3
Försörjd av föräldrar/anhörig	6	1		2	1	2
Annat försörjningssätt	8	4	2	4	3	4
Totalt, antal	48	140	128	226	90	316

Lön som försörjningsform dominerar bland dem som är över 44 år. Bland dem som är under 45 år utgör socialbidrag den viktigaste försörjningskällan. Sjukbidrag och förtidspension förekommer inte bland de yngre (under 30 år). Lön och socialbidrag är de dominerande försörjningsformerna bland män och kvinnor. Drygt hälften försörjer sig på den vägen. Sjukpenning är något vanligare bland kvinnorna.

Sammanfattande reflektion

De inskrivna vid *Öppet intag* har låg utbildningsnivå om vi jämför med befolkningen som helhet. Drygt hälften (54 procent) av de inskrivna vid *Öppet intag* är facklärd arbetare, och närmare var femte saknar yrke. När det gäller försörjning har drygt en av fyra (27 procent) reguljär lön. Lika många har ersättning genom arbetsmarkandsåtgärder, arbetslöshetskassa, sjukpenning och sjukbidrag. Tjugosex procent försörjer sig genom socialbidrag.¹⁶ Resultatet är intressant då renodlade AA-program anses vända sig till välutbildade och socialt förankrade personer.¹⁷

¹⁶ Om en behandling vid *Öppet intag* leder till att de inskrivnas position på arbetsmarknaden stärks innebär det i förlängningen till minskade samhällskostnader. Sänkt socialbidragsutbetalning skulle kunna vara en indikator på stärkt position på arbetsmarknaden och en sänkning av sjuktalen en annan. I en utvärderingsstudie jämfördes socialbidragskostnaderna före och efter behandling för dem som deltog i försöksverksamheten med *Öppet intag* i Katrineholm. Studien visar bl.a. att ”endast nio personer ... minskade sitt socialbidragstagande mer än vad deras behandling kostade ...” (Degerlund och Jansson 1999). Resultatet kan tolkas på olika sätt. Å ena sidan kan utfallet från samhällsekonomiskt perspektiv verka litet. Å andra sidan kan det för den som minskar sitt socialbidragsberoende vara mycket betydelsefullt inte minst om det innebär en stärkt position på arbetsmarknaden.

¹⁷ Se t.ex. Blomqvist (1991).

5. Uppväxtmiljö

Många studier visar att uppväxtmiljön skapar förutsättningar för hur man klarar sig i vuxenlivet, och att problem under uppväxten kan ge problem senare i livet.¹⁸ För att beskriva uppväxtmiljön använder vi oss av variabler som beskriver uppväxtförhållanden, fosterhemsplaceringar och förekomst av missbruk och psykiska problem i närmiljön och under uppväxten.

Uppväxtförhållanden – Splittrade familjer och fosterhemsplaceringar

Av de inskrivna vid *Öppet intag* har 46 procent under hela uppväxten (0 – 18 år) levt med sina biologiska föräldrar, medan övriga har växt upp under varierande andra förhållanden. Andelen som vuxit upp med sina biologiska föräldrar är högst i den äldsta åldersgruppen.

Tabell 5.1 Ålder kön och huvudsaklig uppväxt

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år	30 - 44 år	Över 44 år	Man	Kvinna	
	%	%	%	%	%	
Biologisk mor och far	9	41	62	47	42	46
Annan uppväxtform	91	59	38	53	58	54
Totalt, antal	32	113	106	173	175	251

Totalt har 18 procent (45 personer) av de inskrivna någon gång i livet varit fosterhemsplacerade, dvs. någon gång under någon period under uppväxten bott i fosterhem. De flesta (28 personer) har bara en placering bakom sig, men det finns en person som har varit med om fjorton fosterhemsplaceringar. Andelen fosterhemsplacerade är lägre i den äldsta åldersgruppen (över 44 år) än i övriga grupper. Vi finner inga könsskillnader (se Tabell 5.2).

Missbruk och psykiska problem i uppväxtmiljön – Hälften har haft problem

Tjugosju procent uppger att det förekommit missbruk i uppväxtmiljön, åtta procent att det förekommit psykiska problem och nitton procent att det förekommit både och (se Tabell 5.3). Totalt 54 procent av de inskrivna uppger att de har upplevt antingen missbruk, psykiska problem eller både missbruk och psykiska problem i sin närmiljö under uppväxten – kvinnorna i något högre grad än männen och de under 44 år i högre grad än de som är över 44 år.¹⁹

Sammanfattande reflektion

Många har haft en bekymmersam uppväxtmiljö. Missbruk och psykiska problem har i hög utsträckning förekommit. Fyrtiosex procent har växt upp med sina biologiska föräldrar, men bland de yngre är det betydligt färre. Nästan en femtedel av de inskrivna har varit fosterhemsplacerade.

¹⁸ Se t.ex. Jonsson (1973), Oscarsson (1989), Goldberg (1995).

¹⁹ Enligt en beräkning som inte redovisas här.

6. Missbruk och behandlingshistoria

Grunden för inskrivning vid *Öppet intag* är att personen själv anser sig ha en problematisk drogkonsumtion och därför är det av särskilt intresse att beskriva hur de inskrivnas missbruk och behandlingshistoria ser ut. I detta kapitel behandlas missbrukets karaktär och omfattning, samt vilken form av behandling som de inskrivna tidigare genomgått.

Bruk som föranlett inskrivning – Hälften missbrukar enbart alkohol

Hälften av personerna vid *Öppet intag* anger bruk av alkohol som enda inskrivningsorsak. Enbart narkotika anges som huvudsaklig anledning till inskrivning av sex procent och enbart läkemedel av endast en procent. Resterande 43 procent anger olika kombinationer. De två vanligaste kombinationerna är dels alkohol och läkemedel och dels en kombinationen av alkohol, narkotika och läkemedel.

En tendens i materialet är att det bland kvinnorna i högre utsträckning än bland männen finns läkemedel med i bilden. Det gäller särskilt bruk av enbart läkemedel och bruk av alkohol och läkemedel. Det finns till synes även ett samband mellan drogtyp och ålder. Medan alkohol är den drog som är vanligast bland dem som är över 29 år och klart dominerande i den äldsta åldersgruppen är kombinationen alkohol, narkotika och läkemedel och narkotikabruk den vanligaste drogtypen bland dem som är yngre än 30 år.

Tabell 6.1 Ålder kön och bruk som har föranlett inskrivning

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år	30 - 44 år	Över 44 år	Man	Kvinna	
	%	%	%	%	%	
Enbart alkohol	13	42	73	51	48	50
Enbart narkotika	19	6		6	6	6
Enbart läkemedel		1	1		2	1
Alkohol + Narkotika	13	8	2	7	4	6
Alkohol + Läkemedel		11	13	7	17	10
Narkotika + Läkemedel	13	3		4	2	3
Alkohol + Narkotika + Läkemedel	27	18	8	16	12	15
Lösningssmedel + Kombinationer	13	11	2	7	9	8
Dopingpreparat +Kombinationer	4	1		2		1
Totalt, antal	48	141	128	227	90	317

Beaktar vi vad de inskrivna säger om sitt aktuella bruk av olika medel finner vi att 42 procent använder alkohol till berusning och 30 procent använder alkohol regelbundet. Det klart vanligaste narkotikapreparatet är amfetamin. Därefter kommer heroin, BZD, och cannabis.

Behandlingshistoria – Tidigare behandling vanlig

Som tidigare nämnts är hela 83 procent av de inskrivna vid *Öppet intag* nya för Vårnäs behandlingshem. Det betyder dock inte att de inte tidigare sökt och fått hjälp för sitt missbruk. Sextio procent av de inskrivna uppger att de vid något tillfälle genomgått avgiftning för sitt missbruk (se Tabell 6.3). Knappt hälften – 46 procent – uppger att de någon gång vårdats för sina missbruksproblem.

Tabell 6.4 Ålder kön och tidigare vård för missbruk

	Ålder			Kön		Totalt %
	Under 30 år	30 – 44 år	Över 44 år	Man	Kvinna	
	%	%	%	%	%	
Ej tidigare vård för missbruk	59	55	51	50	63	54
Tidigare vård för missbruk	41	45	49	50	37	46
Totalt, antal	32	113	106	175	76	251

Förhållandevis få uppger att de tidigare fått vård med stöd av LVU eller LVM, dvs. tvångsvård (se Tabell 6.5 – 6.6). På frågan om de någon gång fått psykiatrisk vård har 55 procent svarat ja (se Tabell 6.7).

Av alla inskrivna är det 18 personer (46 procent) som aldrig varit inne för avgiftning, vårdats för missbruk eller behandlats inom psykiatrin.²⁰

Vissa könsskillnader förekommer. T.ex. är det vanligare att männen än kvinnorna svarar att de har blivit avgiftade någon gång. Kvinnorna har i större utsträckning tidigare vårdats för sitt missbruk och kvinnorna har också i högre utsträckning än männen behandlats inom psykiatrin.

Sammanfattande reflektion

Hälften av personerna vid *Öppet intag* anger bruk av alkohol som enda inskrivningsorsak. Enbart narkotika anges som huvudsaklig anledning till inskrivning av sex procent och enbart läkemedel av endast en procent. Skulle fördelningen ha sett annorlunda ut om man kommit till behandling på annat sätt än genom *Öppet intag*? Det är en fråga som inte låter sig besvaras utifrån vårt material, men som skulle kunna belysas genom jämförande studier.

Sextio procent har tidigare avgiftats och 46 procent har tidigare fått vård för sitt missbruk och drygt hälften har någon gång fått psykiatrisk vård.

²⁰ Enligt en beräkning som inte redovisas här.

7. Fysisk och psykisk hälsa

Missbruk anses leda till olika sjukdomar. Alkohol förknippas ofta med leverskador och minnesförlust och narkotika med bl.a. hepatit och HIV.

Aktuell fysisk hälsa – Många har narkotikarelaterade sjukdomar

De flesta (70 procent) uppger att de inte har några fysiska sjukdomar som påverkar deras livsföring. Av dem som lider av fysiska sjukdomar utgör kvinnorna en något högre andel än männen (se Tabell 7.1).

De fysiska problem som rapporteras är olika typer av narkotikarelaterade sjukdomar. Det gäller dels olika former av hepatit, dels HIV. Nio procent uppger att de har hepatit B och 22 procent att de har hepatit C. Båda hepatitformerna är vanligare bland männen än bland kvinnorna. Av de personer som testats och vars resultat är kända har endast två HIV-positiva fall upptäckts. Trettiofyra procent av de inskrivna har aldrig HIV-testats (se Tabell 7.2 – 7.3).

Aktuell psykisk hälsa – Två tredjedelar mår psykiskt dåligt

Även om många anser att den fysiska hälsan är bra, så är det sämre med den psykiska hälsan. Hela 67 procent säger att de under den senaste månaden upplevt psykiska problem. Andelen är något högre bland kvinnorna än bland männen (se Tabell 7.4). Med psykiska problem avses symtom som depression, ångest och koncentrationssvårigheter.²¹

Känslomässiga och psykologiska problem – Nio av tio har haft problem

Nästan nio av tio (88 procent) uppger att de någon gång i livet haft känslomässiga eller psykologiska problem. Här finns ingen nämnvärd skillnad mellan könen. Värt att notera är att alla som är under 30 år uppger att de någon gång har haft sådana problem (se Tabell 7.5).

Hur ser symtombilden ut? Femtiofyra procent uppger att de drabbats av olika typer av depressioner, 59 procent har upplevt ångest, 57 procent har haft svårigheter att förstå, 57 procent har haft svårigheter att minnas och att koncentrera sig och 27 procent har haft hallucinationer. Så många som 40 procent uppger att de har haft svårigheter att kontrollera våldsamt beteende som kan vara missbruksrelaterat (se Tabell 7.6 – 7.10).

Även om männen och kvinnorna i ungefär samma utsträckning uppger att de någon gång upplevt känslomässiga eller psykologiska problem, så ligger kvinnornas andel högre vid samtliga symtom utom hallucinationer och svårigheter att bemästra våldsamt beteende.

Hela 44 procent har ordinerats läkemedel för något känslomässigt eller psykiskt problem. Kvinnorna har ordinerats läkemedel i betydligt högre utsträckning än männen och de som är över 30 år i högre utsträckning än de som är yngre än 30 år (se Tabell 7.11).

²¹ I intervjuformuläret anges att det är känslomässiga och psykologiska problem som inte är missbruksrelaterad som efterfrågas (se Bilaga 2). Vi menar dock att det svårt göra en klar distinktion mellan missbruksrelaterad och icke missbruksrelaterade psykiska problem. Denna tankegång finner stöd bland dem som arbetar med missbruksfrågor.

Självordstankar²² är vanligt förekommande bland de inskrivna. Nära hälften (46 procent) har någon gång haft sådana funderingar. En av tre (31 procent), vilket är anmärkningsvärt högt, har någon gång under sitt liv försökt att begå självmord. Både när det gäller självordstankar och självmordsförsök ligger kvinnornas andel högre än männens (se Tabell 7.12 – 7.13).

Sammanfattande reflektion

Cirka en tredjedelar lider av fysiska besvär. De fysiska problem som rapporteras är narkotika-relaterade sjukdomar som hepatit B och hepatit C. Betydligt sämre är det med den psykiska hälsan. Hela 67 procent säger att de under den senaste månaden upplevt psykiska problem. Beaktas känslomässiga eller psykologiska problem i ett livsperspektiv är det nästan nio av tio som uppger att haft sådana besvär. Hela 44 procent har ordinerats läkemedel för något känslomässigt eller psykiskt problem och kvinnorna i betydligt högre utsträckning än männen. Anmärkningsvärt är att så många som en tredjedel någon gång försökt begå självmord.

²² Både självordstankar och självmordsförsök kan vara missbruksrelaterade enligt intervjuformuläret.

8. Kriminalitet

Kriminalitet associeras ofta till missbruk. Det är därför av intresse att se i vilken utsträckning de inskrivna dömts för brott och i så fall vilken brottstyp det gäller.

Dömda för brott – Brottsom lett till dom vanliga

Av de inskrivna vid *Öppet intag* uppger nästan en fjärdedel (24 procent) att de aldrig har blivit dömda för brott. Trettioåtta procent av de inskrivna har blivit fällda, men fått ett annat straff än fängelse och lika många har någon gång blivit dömda till fängelse.

Tabell 8.1 Ålder, kön och dömd till fängelse

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år	30 - 44 år	Över 44 år	Man	Kvinna	
	%	%	%	%	%	%
Ej dömd	9	23	29	10	57	24
Dömd, ej fängelse	53	38	34	38	38	38
Dömd, fängelse under 12 mån	34	23	26	35	4	26
Dömd, fängelse över 12 mån	3	16	10	17	1	12
Totalt, antal	32	113	106	175	76	251

Könsskillnaderna är stora när det gäller straffpåföljd. Nästan alla som är dömda till fängelse är män, enbart fem procent (4 kvinnor) har dömts till fängelse och bara en kvinna till fängelse över ett år.

Typ av brott – Trafikbrott och tillgreppsbrott vanligast

När det gäller brott som lett till dom är trafikbrott (29 procent) och tillgreppsbrott (29 procent) de vanligast förekommande brotten, följt av våldsbrott (25 procent) och narkotikabrott (23 procent). Könsskillnaden är mycket stor när det gäller kriminellt beteende. Männerna dominerar i alla brottskategorier (se Tabell 8.2).

Sammanfattande reflektion

Omfattningen av kriminalitet bland de inskrivna framstår som stor när vi tittar på andelen dömda för brott. Hälften av de utdömda straffen (38 av 76 procent) har inneburit fängelse. I vilken utsträckning kan brotten sättas i samband med missbruk? Ser vi till brottstyper som föranlett domsluten så är det rimligt att anta att det finns starka samband. Trafikbrott har sannolikt ett samband med alkoholmissbruk och även med andra former av missbruk. Tillgreppsbrott kan troligen förknippas med narkotikamissbruk o.s.v.

9. Myndighetskontakter och behov av stöd

Vilka myndighet har de inskrivna kontakt med? Vilka är deras önskemål om hjälp och stöd? Det är frågor som behandlas i detta kapitel.

Kontakt med myndigheter – Många kontakter med många myndigheter

Nästan alla (96 procent) har varit i kontakt med någon myndighet under de senaste sex månaderna. De myndigheter som man huvudsakligen har varit i kontakt med är sjukvården (72 procent), sociala myndigheterna (61 procent) och försäkringskassan (55 procent). Övriga myndigheter, exempelvis arbetsförmedlingen och kronofogden ligger något lägre, 41 procent respektive 49 procent (se Tabell 9.1).

Det genomsnittliga antalet myndighetskontakter är tre. Åttioåtta procent av de inskrivna har haft minst två kontakter och endast fyra procent har inte haft någon kontakt. Männerna har fler myndighetskontakter än kvinnorna. Däremot har kvinnorna fler kontakter med sjukvården och försäkringskassan. När det gäller kriminalvården ligger männens andel högre än kvinnornas (se Tabell 9.1).

Betraktar vi kontakter som berör hjälp och stöd angående missbruksproblem finner vi att de inskrivna har kontakter med behandlande socialsekreterare (52 procent), öppenvårdsmottagning (22 procent), öppenvårdsprojekt (11 procent), strukturerad dagvård (3 procent) och psykiatri (24 procent). Fler kvinnor än män har sökt hjälp vid psykiatrisk mottagning. Tretton procent av de inskrivna har under de senaste 6 månaderna haft kontakt med Vårnäs behandlingshem²³, männen i något högre utsträckning än kvinnorna (se Tabell 9.2).

Önskemål om hjälp och stöd – Många önskar hjälp

De inskrivna har tillfrågats om de önskar hjälp och stöd med olika typer av problem. Cirka två femtedelar av de inskrivna önskar hjälp när det gäller relationen till närstående, dvs. mor, far, make, maka, egna barn eller vänner. Ungefär lika många anser sig ha behov av hjälp i sociala frågor (se Tabell 9.3 – 9.4).

Stora behov av hjälp finns också när det gäller hälsan och då främst den psykiska hälsan, som 37 procent önskar hjälp med. Drygt en femtedel (22 procent) uppger att de har behov av hjälp med den fysiska hälsan (se Tabell 9.5 – 9.6).

Inte oväntat anser så gott som alla (96 procent) att de har ett behov av hjälp med sina missbruksproblem (se Tabell 9.7). Få önskar hjälp i frågor som rör kriminalitet (se Tabell 9.8).

Vissa könsskillnader kan iakttas avseende behovet av hjälp och stöd. Mer än hälften av kvinnorna (53 procent) önskar hjälp med relationsproblem jämfört med drygt en tredjedel av männen (35 procent). En liknande relation finns när det gäller fysiska och psykiska problem. Det omvända

²³ Andelen kan jämföras med andelen 17 procent som någon gång haft kontakt med Vårnäs (se Bilaga 1, Tabell 2.5).

förhållandet råder, dvs. männens hjälpbehov är större än kvinnornas, när det gäller behov av hjälp med den sociala situationen.

Sammanfattande reflektion

De inskrivna verkar ha en mångfacetterad problembild där det ena problemet mer eller mindre hänger ihop med det andra. De inskrivna uttrycker ett hjälpbehov som inte direkt omfattar missbruket som sådant, utan också exempelvis de sociala relationerna, hälsan och den sociala situationen, sådant som i och för sig kan vara missbruksrelaterat.

Man söker också aktivt hjälp med sina problem. Ett tecken på det är de många myndighetskontakterna som de inskrivna har, och som gäller både myndigheter som handlägger mer generella ärenden och sådan som arbetar med missbruksfrågor.

Avslutning

10. Framtida forskningsfrågor

I denna analys av inskrivningsdata för personer vid behandlingsformen *Öppet intag* har huvudfrågan varit: Vilka är de inskrivna vid behandlingsformen *Öppet intag*? Under arbetets gång har nya frågor väckts. I detta kapitel lyfter vi fram frågor som vi menar kräver vidare genomlysning.

Gruppsammansättningen

Gruppsammansättningen påverkar generellt hur gruppklimatet och maktrelationerna utvecklas²⁴ Vi har konstaterat att grupsammansättningen vid *Öppet intag* är sned med avseende på bl.a. kön och ålder. Bland de inskrivna utgör männen över 70 procent av klientgruppen och medelåldern är relativt hög. Även om detta är en avspeglning av fördelningen av missbrukare i befolkningen så kan sådana faktorer bl.a. vara viktigt i behandlingssituationen och för utfallet av behandlingen. Inom tolvstegsmodellen som är en behandling som primärt riktar sig mot missbruket, arbetar man medvetet med att neutralisera sociala skillnader. Man gör det genom en hårt strukturerad behandlingsmodell och genom yttre rekvisita²⁵ – den inskrivne får t.ex. ta på sig ”pyjamas” under den första tiden. Som sociologer finner vi det intressant att få en djupare analys av om och i så fall hur grupsammansättningen, trots neutraliseringsintentionerna, påverkar exempelvis kvinnor, unga och de som inte tidigare behandlats för sitt missbruk. Vilka avsedda och icke avsedda konsekvenser uppkommer?

Kvinnornas sociala situation

Kvinnornas och männens situation skiljer sig bl.a. när det gäller familj och umgänge. Betydligt fler kvinnorna än män lever i ett förhållande där partnern har missbruksproblem och kvinnorna umgås i högre utsträckning enbart med missbrukare. Här skulle det vara på sin plats att mera ingående studera vad som döljer sig bakom dessa siffror. En fördjupad analys skulle kunna ge svar på frågor som: Vad betyder det att leva med en missbrukare för möjligheten att ta sig ur missbruket? Vad betyder exempelvis umgänget för möjligheten till en framgångsrik rehabilitering?

Den psykiska hälsan

Vad som kanske är mest slående är att så många som en tredjedel säger sig ha försökt begå självmord – 38 procent av kvinnorna och 29 procent av männen, och att nästan nio av tio uppger att de någon gång i livet upplevt psykiska besvär. Detta är alarmerande siffror, som borde få större utrymme i framtida forskning.

²⁴ Alvesson 1989.

²⁵ Goffman 1956/1994.

De tidigare inte behandlade

Fyrtiosex procent anger att de tidigare behandlats för missbruk. De tidigare inte behandlade utgör alltså en relativt stor grupp. Denna grupp är av särskilt intresse att följa upp. En analys av DOK-data är svår att göra då materialet ännu innefattar få personer, men på sikt skulle det vara möjligt att göra en fördjupad analys. En sådan analys skulle på ett värdefullt sätt kunna kompletteras genom att personernas vidare kontakter med Vårnäs följs upp, t.ex. genom specialdesignade studier eller genom att använda registerdata såsom sjukförsäkrings- och socialbidragsstatistik.

Det stora hjälpbehovet

De inskrivnas kontakter med olika myndigheter är omfattande. De myndigheter som oftast nämns i sammanhanget är sjukvården, de sociala myndigheterna, försäkringskassan, arbetsförmedlingen och kronofogden. Kontakterna speglar i mångt och mycket den komplexa problembild som vi finner i beskrivningen av de inskrivnas sociala situation, missbruksproblematik, hälsa och kriminalitet. Om de inskrivnas myndighetskontakter kan ses som ett tecken på att man aktivt söker hjälp och stöd för att göra något åt sina problem så kan också initiativet att söka behandling vid *Öppet intag* ses som en del i det aktiva sökandet efter hjälp och stöd. Vilken stöd och hjälp söker och får klienterna efter den primära missbruksbehandlingen vid Vårnäs? En uppföljningsstudie med före detta klienter skulle kunna ge svar på den frågan.

Vad betyder tillgängligheten?

Avslutningsvis vill vi lyfta fram några frågor som handlar om den grundläggande skillnaden mellan *Öppet intag* och andra behandlingsformer, nämligen **dess** behandlingstillgänglighet. Hur påverkar det vilka som söker sig till Vårnäs? Hur påverkar det antalet sökande?

Skiljer sig sammansättningen av de inskrivna vid Vårnäs från den som andra behandlingsformer och behandlingshem uppvisar? En orsak till skillnader kan ha att göra med regionens demografisk sammansättning. En annan orsak kan ha att göra med olika lokala missbruksmönster. Ytterligare en tänkbar orsak kan finnas i behandlingsformen. För att undersöka detta behöver jämförande studier göras.

Vad betyder tillgängligheten för om man fullföljer eller avbryter behandlingen? Å ena sidan kan en tänkbar konsekvens av hög tillgänglighet vara att motivationen att fullfölja behandlingen för vissa personer kan vara låg och att man därför på eget bevåg eller i samråd med personalen avbryter behandlingen. Å andra sidan kan hög tillgänglighet leda till starkt motiverade personer söker behandlingen utifrån premissen att ingen söker vård om hon inte önskar bli kvitt sitt missbruk. Genom att följa *Öppet intag* under en längre tid kan olika beteendemönster upptäckas.

Referenser

- Alvesson, Mats (1989). *Ledning av kunskapsföretag. Exemplet Enator*. Stockholm: Norstedt.
- Blomqvist, Jan (1991). *Rätt behandling för rätt klient – ingen enkel match. En kartläggning av missbruksarbete och vårdresurser och en diskussion av behandlingsvalens betydelse*. FoU-rapport 1991:14. Stockholm: Stockholms socialförvaltning.
- Fridell, Mats (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk. Organisation, ideologi och resultat*. Stockholm: Natur och kultur.
- Goffman, Erving (1956/1994). *Jaget och maskerna. En studie i vardagslivets dramatik*. Stockholm: Rabén Prisma.
- Goldberg, Ted (1995). Narkotika, i Goldberg, T (red). *Samhällsproblem*. 4:e rev. upplagan. Stockholm: Liber utbildning.
- IKM (1999). *Årsrapport IKM-DOK 1997–1998. Statistik från DOK-systemet inom den frivilliga missbrukarvården*. Växjö: Växjö universitet.
- Jansson, Mattias och Degerlund, Tomas (1999). *Missbruksbehandling och socialbidragsutveckling. En kvantitativ utfallsanalys av socialbidragsutvecklingen efter en 12-stegsbehandling*. C-uppsats i socialt arbete. Örebro: Örebro universitet.
- Jenner, Håkan och Segraeus, Vera (1996). *Att utveckla missbrukarvården genom dokumentation. Beskrivning av DOK-projektet*. Rapport 1996:1. Stockholm: SiS.
- Jonsson, Gustav (1973). *Att bryta det sociala arvet*. Stockholm: Tiden/Folksam.
- Lindström, Lars (1992). *Managing alcoholism. Matching clients to treatments*. Oxford: Oxford University Press.
- Löfgren, Bo och Nelson-Löfgren, Inger (1992). *Alkohol. Rus, missbruk, behandling*, 3:e rev. upplagan. Stockholm: Prisma.
- Nyström, Siv (1999). *Socialt förändringsarbete – en fråga om att omförhandla mening*. Akademisk avhandling. Stockholm: Lärarhögskolan, HLS Förlag.
- Oscarsson, Lars (1989). Uppväxtvillkor, social integrering och missbruk, i Bergmark, Anders, m.fl. *Klienter i institutionell narkomanvård, Analyser, behandling och utfall*. En rapport från BAK/SWEDATE-projektet. Uppsala: Uppsala universitet.
- Socialstyrelsen (1999). *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna 1998*. Statistik – socialtjänst, 1998:6. Stockholm: Socialstyrelsen.

Statens institutionsstyrelse (1998). *Årsrapport DOK 96. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1996 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar, 3/98. Stockholm: SiS.

Statens institutionsstyrelse (1999). *Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov*. SiS följer upp och utvecklar, 1/99. Stockholm: SiS.

Statistisk årsbok 1998. Statistiska Centralbyrån.

Bilaga 1

Klientdokumentation 1 april 1998 – 30 september 1999

Beskrivning av intervjuade klienter	37
Några grundfakta om de inskrivna	37
Tabell 2.1 Ålder, kön och kommuntillhörighet.....	37
Tabell 2.2 Ålder och kön	37
Tabell 2.3 Ålder och kön - medelvärde, median och standardavvikelse	37
Tabell 2.4 Ålder, kön och medborgarskap.....	38
Tabell 2.5 Ålder, kön och tidigare kontakt med enheten	38
Tabell 2.6 Ålder, kön och främsta initiativtagare till kontakten.....	38
Tabell 2.7 Ålder, kön och kontakt enligt lagrum	38
Tabell 2.8 Ålder, kön och behandlingstid	39
Tabell 2.9 Behandlingstid.....	39
Aktuell social situation – Boende och sociala relationer.....	40
Tabell 3.1 Ålder, kön och huvudsaklig boendeform (senaste 30 dagarna)	40
Tabell 3.2 Ålder, kön och huvudsaklig boendeform (senaste 6 månaderna).....	40
Tabell 3.3 Ålder, kön och huvudsaklig levnadsform (senaste 30 dagarna).....	41
Tabell 3.4 Ålder, kön och huvudsaklig levnadsform (senaste 6 månaderna)	41
Tabell 3.5 Ålder, kön och om samlevande har missbruksproblem.....	41
Tabell 3.6 Ålder, kön och barn under 18 år	41
Tabell 3.7 Ålder, kön och antal egna barn under 18 år	42
Tabell 3.8 Ålder, kön och vårdnad om egna barn under 18 år	42
Tabell 3.9 Ålder, kön och regelbundet umgänge	42
Aktuell social situation – Utbildning, försörjning och sysselsättning	43
Tabell 4.1 Ålder, kön och skolutbildning.....	43
Tabell 4.2 Ålder, kön och yrkeskompetens.....	43
Tabell 4.3 Ålder, kön och huvudsaklig försörjning (senaste 30 dagarna).....	43
Uppväxtmiljö	44
Tabell 5.1 Ålder, kön och huvudsaklig uppväxt	44
Tabell 5.2 Ålder, kön och placering i fosterfamilj	44
Tabell 5.3 Ålder, kön och förekomst av missbruk och psykiska problem i uppväxtmiljön.....	44
Missbruk och behandlingshistoria.....	45
Tabell 6.1 Ålder, kön och bruk som har föranlett inskrivning	45
Tabell 6.2 Ålder, kön och aktuellt bruk	45
Tabell 6.3 Ålder, kön och avgiftning	45
Tabell 6.4 Ålder, kön och tidigare vård för missbruk	46
Tabell 6.5 Ålder, kön och vårdad enligt LVU	46
Tabell 6.6 Ålder, kön och vårdad enligt LVM.....	46
Tabell 6.7 Ålder, kön och tidigare vård inom psykiatri	46
Fysisk och psykisk hälsa	47
Tabell 7.1 Ålder, kön och förekomst av sjukdomar eller kroppsliga skador.....	47
Tabell 7.2 Ålder, kön och förekomst av hepatit B och C.....	47
Tabell 7.3 Ålder, kön och testad för HIV	47
Tabell 7.4 Ålder, kön och förekomst av psykiska problem (senaste 30 dagarna)	47
Tabell 7.5 Ålder, kön och förekomst av psykiska problem (totalt i livet).....	48
Tabell 7.6 Ålder, kön och depressioner (totalt i livet)	48

Tabell 7.7	Ålder, kön och ångest (totalt i livet)	48
Tabell 7.8	Ålder, kön och upplevelse av svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig (totalt i livet)	48
Tabell 7.9	Ålder, kön och upplevelse av hallucinationer (totalt i livet)	48
Tabell 7.10	Ålder, kön och upplevelse av svårigheter att kontrollera våldsamt beteende (totalt i livet)	49
Tabell 7.11	Ålder, kön och ordinerad läkemedel för känslomässigt eller psykiskt problem (totalt i livet)	49
Tabell 7.12	Ålder, kön och förekomst av allvarligt menade självmordstankar (totalt i livet)	49
Tabell 7.13	Ålder, kön och självmordsförsök (totalt i livet)	49
Kriminalitet		50
Tabell 8.1	Ålder, kön och dömd till fängelse (totalt i livet)	50
Tabell 8.2	Ålder, kön, brottstyp och dömd för brott (totalt i livet)	50
Myndighetskontakter och behov av stöd		51
Tabell 9.1	Ålder, kön och myndighetskontakter (senaste 6 månaderna)	51
Tabell 9.2	Ålder, kön och vårdkontakter (senaste 6 månaderna)	51
Tabell 9.3	Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med något relationsproblem	51
Tabell 9.4	Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med den sociala situationen	52
Tabell 9.5	Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med den fysiska hälsan	52
Tabell 9.6	Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med den psykiska hälsan	52
Tabell 9.7	Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med missbruksproblem	52
Tabell 9.8	Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med kriminella problem	52

Beskrivning av intervjuade klienter

Några grundfakta om de inskrivna

Tabell 2.1 Ålder, kön och kommuntillhörighet

	Ålder			Kön		Totalt	
	Under 30 år	30 till 44 år	45 år och äldre	Man	Kvinna	Antal	%
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal		
Vingåker	4	10	2	11	5	16	5
Gnesta	2	7	6	13	2	15	5
Nyköping	4	24	14	33	9	42	13
Oxelösund	1	6	6	11	2	13	4
Flen	1	1	6	2	6	8	3
Katrineholm	19	36	23	55	23	78	25
Eskilstuna	13	50	40	73	30	103	32
Strängnäs	3	5	24	22	10	32	10
Trosa	1	2	7	7	3	10	3
Totalt antal	48	141	128	227	90	317	100

Tabell 2.2 Ålder och kön

		Under 30 år	30 till 44 år	45 år och äldre	Totalt
Man	Antal	36	103	88	227
	%	75	73	69	72
Kvinna	Antal	12	38	40	90
	%	25	27	31	28
Totalt		48	141	128	317

Tabell 2.3 Ålder och kön - medelvärde, median och standardavvikelse

Kön		Statistik	
Ålder	Man	Medelvärde	41
		Median	42
		Std. Avvikelse	11
	Kvinna	Medelvärde	42
		Median	44
		Std. Avvikelse	11

Tabell 2.4 Ålder, kön och medborgarskap

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Sverige	90	94	93	91	98	93
Norden	2	5	5	6	1	5
Europa	2		2	1	1	1
Övriga världen	6	1		2		2
Totalt antal	48	141	128	227	90	317

Tabell 2.5 Ålder, kön och tidigare kontakt med enheten

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ny klient	71	84	88	81	88	83
Tidigare kontakt med enheten	29	16	13	19	12	17
Totalt antal	48	141	128	227	90	317

Tabell 2.6 Ålder, kön och främsta initiativtagare till kontakten

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Socialtjänst	6	8	4	4	10	6
Psykiatrisk vård		1	1	1		1
Kriminalvård		1	1	1		1
Arbetsplats	2	3	8	4	8	5
Frivillig organisation		1			1	0
Eget initiativ	85	85	79	85	76	83
Anhörig	4	2	8	4	6	5
Annan	2			0		0
Totalt antal	48	141	128	227	90	317

Tabell 2.7 Ålder, kön och kontakt enligt lagrum

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
SoL §6	2	5	2	2	6	3
LVM §27	2	1		1		1
Utan myndighetsprövning	96	94	98	97	94	96
Totalt antal	48	141	128	227	90	317

Tabell 2.8 Ålder, kön och behandlingstid

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Avgiftningsfas 0 – 7 dagar	23	14	15	17	12	16
Behandlingsfas 8 –21 dagar	29	18	9	18	13	16
Behandlingsfas 22 –28 dagar	6	13	16	15	10	14
Behandlingsfas 29 –35 dagar	33	36	40	37	38	37
Behandlingsfas 36 dagar eller mer	8	18	20	13	27	17
Totalt antal	48	141	128	227	90	317

Tabell 2.9 Behandlingstid

Antal dagar	Antal	Procent
1 - 7 dagar	50	16
8 - 10 dagar	12	4
11 - 26 dagar	49	16
27 dagar	14	4
28 dagar	20	6
29 dagar	31	10
30 dagar	22	7
31 dagar	20	6
32 dagar	15	5
33 dagar	9	3
34 dagar	10	3
35 dagar	11	4
36 dagar	16	5
37 - 41 dagar	19	6
42 - 64 dagar	19	6
	317	100

Aktuell social situation – Boende och sociala relationer

Tabell 3.1 Ålder, kön och huvudsaklig boendeform (senaste 30 dagarna)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Egen bostad	67	68	87	71	86	75
Andra hand/inneboende	6	9	2	8	1	6
Boendekollektiv		1	2	2		1
Institution/kategorihus	2	4	1	3	1	2
Fängelse/häkte		1		0		0
Förälder	17	6	2	7	3	6
Släkting		1	2	1		1
Bostadslös	2	9	4	6	6	6
Annat	6	2	2	2	3	3
Totalt antal	48	140	128	226	90	316

Tabell 3.2 Ålder, kön och huvudsaklig boendeform (senaste 6 månaderna)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Egen bostad	77	74	94	79	91	82
Andra hand/inneboende	6	6		4	3	3
Boendekollektiv		1	1	1		1
Institution/kategorihus		1		1		1
Familjevård	2	1		0	1	1
Fängelse/häkte	2	3	2	3		2
Hotell			1	0		0
Förälder	6	4		4		3
Bostadslös	2	10	2	7	3	6
Annat	4	1	1	2	1	2
Totalt antal	48	140	128	226	90	316

Tabell 3.3 Ålder, kön och huvudsaklig levnadsform (senaste 30 dagarna)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ensamlevande	53	63	60	64	49	60
Ensamlevande med barn	9	9	9	7	15	9
Samlevande med partner utan barn	17	8	19	11	22	14
Samlevande med partner och barn	4	13	7	10	9	9
Samlevande med förälder/släkting	15	4	2	6	1	5
Samlevande med annan/andra	2	3	3	3	3	3
Totalt antal	47	134	127	219	89	308

Tabell 3.4 Ålder, kön och huvudsaklig levnadsform (senaste 6 månaderna)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ensamlevande	51	51	55	58	40	53
Ensamlevande med barn	9	12	11	9	17	11
Samlevande med partner utan barn	26	14	21	15	28	19
Samlevande med partner och barn	4	17	9	12	12	12
Samlevande med förälder/släkting	9	2		3		2
Samlevande med annan/andra	2	3	4	3	3	3
Totalt antal	47	134	126	217	90	307

Tabell 3.5 Ålder, kön och om samlevande har missbruksproblem

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Har ej missbruksproblem	73	57	70	73	52	66
Har missbruksproblem	27	43	30	27	48	34
Totalt antal	22	47	50	75	44	119

Tabell 3.6 Ålder, kön och barn under 18 år

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Inga egna barn under 18 år	85	30	61	50	52	51
Egna barn under 18 år	15	70	39	50	48	49
Totalt antal	48	140	128	226	90	316

Tabell 3.7 Ålder, kön och antal egna barn under 18 år

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Inga egna barn under 18 år	85	30	61	50	52	51
Ett barn	10	33	26	25	30	27
Två barn	4	25	9	16	13	16
Tre barn		8	2	5	2	4
Fyra barn		4	2	2	2	2
Fem barn		1		0		0
Totalt antal	48	140	128	226	90	316

Tabell 3.8 Ålder, kön och vårdnad om egna barn under 18 år

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Förlorat vårdnad om minst ett barn		36	21	38	11	29
Har vårdnaden om alla egna barn	100	64	79	63	89	71
Totalt antal	6	77	43	88	38	126

Tabell 3.9 Ålder, kön och regelbundet umgänge

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Inget regelbundet umgänge	3	10	6	6	9	7
Umgås endast med ej missbrukare	19	29	16	24	18	22
Umgås enbart med missbrukare	19	26	53	28	55	36
Umgås med både missb./ej missb.	59	35	25	42	17	34
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Aktuell social situation – Utbildning, försörjning och sysselsättning

Tabell 4.1 Ålder, kön och skolutbildning

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej fullföljd folkskola, grundskola.	8	11	2	7	7	7
Fullföljd folkskola, grundskola.	46	45	50	47	48	47
Fullföljt gymnasium	44	36	38	37	41	38
Fullföljt eftergymnasial. utb.	2	8	11	10	4	8
Totalt antal	48	140	128	226	90	316

Tabell 4.2 Ålder, kön och yrkeskompetens

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Har inget yrke	41	19	8	16	21	18
Ej facklärdd arbetare	19	7	8	9	9	9
Facklärdd arbetare	34	61	53	58	45	54
Lägre tjänsteman	3	5	2	1	9	4
Tjänsteman på mellannivå		3	13	5	12	7
Högre tjänsteman		1	5	3	1	2
Egen företagare/fritt yrke	3	4	11	9	3	7
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 4.3 Ålder, kön och huvudsaklig försörjning (senaste 30 dagarna)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Lön	27	21	34	27	26	27
AMS-bidrag		1	2	1	2	1
Arbetslöshetsersättning		11	7	8	8	8
Sjukpenning	8	11	17	12	18	13
Sjukbidrag		7	5	5	6	5
Ålderspension			5	3		2
Förtidspension		6	16	8	11	9
Socialbidrag	46	33	10	26	24	26
Studiebidrag/studiemedel	4	4	1	4	1	3
Försörjd av föräldrar/anhörig	6	1		2	1	2
Annat försörjningssätt	8	4	2	4	3	4
Totalt antal	48	140	128	226	90	316

Uppväxtmiljö

Tabell 5.1 Ålder, kön och huvudsaklig uppväxt

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Biologisk mor och far	9	41	62	47	42	46
Annan uppväxtform	91	59	38	53	58	54
Totalt antal	32	113	106	175	175	251

Tabell 5.2 Ålder, kön och placering i fosterfamilj

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej uppväxt i fosterhem	78	78	88	82	82	82
Uppväxt i fosterhem	22	22	12	18	18	18
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 5.3 Ålder, kön och förekomst av missbruk och psykiska problem i uppväxtmiljön

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Förekom ej	38	38	57	51	34	46
Missbruk	34	31	20	27	26	27
Psykiska problem	13	9	7	7	12	8
Missbruk och psykiska problem	16	22	17	15	28	19
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Missbruk och behandlingshistoria

Tabell 6.1 Ålder, kön och bruk som har föranlett inskrivning

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Enbart alkohol	13	42	73	51	48	50
Enbart narkotika	19	6		6	6	6
Enbart läkemedel		1	1		2	1
Alkohol + Narkotika	13	8	2	7	4	6
Alkohol + Läkemedel		11	13	7	17	10
Narkotika + Läkemedel	13	3	1	4	2	3
Alkohol + Narkotika + Läkemedel	27	18	8	16	12	15
Lösningsmedel + Kombinationer	13	11	2	7	9	8
Dopingpreparat + Kombinationer	4	1		2		1
Totalt antal	48	141	128	227	90	317

Tabell 6.2 Ålder, kön och aktuellt bruk

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Alkohol regelbunden användning	8	31	38	32	24	30
Alkohol till berusning	29	37	52	41	44	42
Heroin	23	1		4	4	4
Metadon	2			0		0
Andra opiater/smärtstillande prep.	2	1	1	1	1	1
BZD, Sed, Hypn	2	5	4	4	6	4
Kokain	4			1		1
Amfetamin	21	20	4	12	18	14
Cannabis	8	6		5	1	4
Annat, vad?			2	1	1	1
Totalt antal	48	140	128	226	90	316

Tabell 6.3 Ålder, kön och avgiftning

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Aldrig avgiftats	50	36	41	34	53	40
Har avgiftats	50	64	59	66	47	60
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 6.4 Ålder, kön och tidigare vård för missbruk

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej tidigare vård för missbruk	59	55	51	50	63	54
Tidigare vård för missbruk	41	45	49	50	37	46
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 6.5 Ålder, kön och vårdad enligt LVU

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Aldrig vårdad enligt LVU	78	98	97	95	96	95
En gång	19	2	1	4	3	4
Två gånger	3		1	1	1	1
Fyra gånger			1	1		0
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 6.6 Ålder, kön och vårdad enligt LVM

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Aldrig vårdad enligt LVM	100	95	92	93	97	94
En gång		3	8	6	3	5
Två gånger		3		2		1
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 6.7 Ålder, kön och tidigare vård inom psykiatri

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej tidigare vårdad inom psykiatri	52	41	47	48	37	45
Tidigare vårdad inom psykiatri	48	59	53	52	63	55
Totalt antal	48	140	128	226	90	316

Fysisk och psykisk hälsa

Tabell 7.1 Ålder, kön och förekomst av sjukdomar eller kroppsliga skador

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Har ej sjukdomar eller ...	79	71	64	71	66	70
Har sjukdomar eller ...	21	29	36	29	34	30
Totalt antal	48	140	128	227	89	316

Tabell 7.2 Ålder, kön och förekomst av hepatit B och C

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Har ej hepatit B	92	86	95	89	94	91
Har hepatit B	8	14	5	11	6	9
Totalt antal B	48	141	127	226	90	316
Har ej hepatit C	73	70	88	75	84	78
Har hepatit C	27	30	12	25	16	22
Totalt antal C	48	141	128	227	90	317

Tabell 7.3 Ålder, kön och testad för HIV

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Testad - positiv		1	1	1		1
Testad - negativ	58	72	51	61	62	61
Testad - resultat okänt	6	1	2	3	1	2
Aldrig testad	35	22	44	33	34	33
Okänt om testad		4	3	3	3	3
Totalt antal	48	140	128	227	89	316

Tabell 7.4 Ålder, kön och förekomst av psykiska problem (senaste 30 dagarna)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Inga psykologiska problem	3	25	27	27	13	23
Har haft psykologiska problem	84	68	59	62	78	67
Har haft problem - oklart vilka ²⁶	13	7	13	11	9	10
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

²⁶ För 26 personer har ologiska svar registrerats. De har uppgett sig ha problem, men samtidigt inte angivit något problem.

Tabell 7.5 Ålder, kön och förekomst av psykiska problem (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Inga psykologiska problem		14	14	13	11	12
Har haft psykologiska problem	100	86	86	87	89	88
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 7.6 Ålder, kön och depressioner (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej upplevt depression	53	40	49	49	37	45
Upplevt depression	47	60	51	51	63	55
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 7.7 Ålder, kön och ångest (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej upplevt ångest	44	39	42	45	30	41
Upplevt ångest	56	61	58	55	70	59
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 7.8 Ålder, kön och upplevelse av svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera sig (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej upplevt svårighet att minnas ...	25	39	52	45	37	43
Upplevt svårighet att minnas ...	75	61	48	55	63	57
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 7.9 Ålder, kön och upplevelse av hallucinationer (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej upplevt hallucinationer	66	73	76	73	75	73
Upplevt hallucinationer	34	27	24	27	25	27
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 7.10 Ålder, kön och upplevelse av svårigheter att kontrollera våldsamt beteende (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej upplevt svårigheter att ...	28	53	77	59	62	60
Upplevt svårigheter att ...	72	47	23	41	38	40
Totalt antal	32	113	105	174	76	250

Tabell 7.11 Ålder, kön och ordinerad läkemedel för känslomässigt eller psykiskt problem (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej ordinerats läkemedel	81	51	54	62	42	56
Ordinerats läkemedel	19	49	46	38	58	44
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 7.12 Ålder, kön och förekomst av allvarligt menade självmordstankar (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Inga självmordstankar	56	49	58	57	46	54
Har haft självmordstankar	44	51	42	43	54	46
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 7.13 Ålder, kön och självmordsförsök (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej försökt begå självmord	69	65	73	71	62	69
Försökt begå självmord	31	35	27	29	38	31
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Kriminalitet

Tabell 8.1 Ålder, kön och dömd till fängelse (totalt i livet)

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Ej dömd för brott	9	23	29	10	57	24
Dömd för brott - ej till fängelse	53	38	34	38	38	38
Dömd till fängelse - under ett år	34	23	26	35	4	26
Dömd till fängelse - ett år och över	3	16	10	17	1	12
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 8.2 Ålder, kön, brottstyp och dömd för brott (totalt i livet)²⁷

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Våldsbrott	50	29	13	34	4	25
Tillgreppsbrott	50	35	16	38	9	29
Bedrägeribrott	13	19	10	18	7	14
Trafikbrott	44	27	27	39	8	29
Narkotikabrott	53	31	6	26	16	23
Övriga brott	28	29	9	27	5	21
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

²⁷ Observera att denna tabell avviker från övriga tabeller i denna bilaga. Eftersom varje person i denna tabell kan begå flera olika typer av brott, så blir procentsumman i varje kolumn över 100 procent. Antalet personer som procenten baseras på anges i tabellens sista rad. Förhållandet är analogt i Tabellerna 9.1 och 9.2.

Myndighetskontakter och behov av stöd

Tabell 9.1 Ålder, kön och myndighetskontakter (senaste 6 månaderna)²⁸

	Ålder			Kön		Totalt %
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	
Försäkringskassa	42	59	55	53	59	55
Kriminalvård	31	18	8	20	7	16
Arbetsförmedling	56	48	27	44	32	41
Socialtjänst	81	71	41	64	51	61
Kronofogde	46	60	39	52	43	49
Sjukvård	81	70	70	70	77	72
Annan myndighet	27	25	11	21	17	20
Totalt antal	48	141	128	227	90	317

Tabell 9.2 Ålder, kön och vårdkontakter (senaste 6 månaderna)²⁹

	Ålder			Kön		Totalt %
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	
Behandlande soc.sekr	67	58	41	52	52	52
Öppenvårdmottagning	29	25	17	22	22	22
Öppenvårdprojekt	10	11	11	11	11	11
Strukturerad dagvård	2	4	2	3	3	3
Psykiatrisk mottagning	23	28	19	20	32	24
Nuvarande institution	15	17	9	15	10	13
Företagshälsovården	10	6	18	8	20	11
Hälsovård inom utb.	2	1	1	2		1
Totalt antal	48	141	128	227	90	317

Tabell 9.3 Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med något relationsproblem

	Ålder			Kön		Totalt %
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	
Önskar hjälp med relationsprob.	47	42	37	35	53	41
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

²⁸ Jämför not till tabell 8.2.²⁹ Jämför not till tabell 8.2.

Tabell 9.4 Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med den sociala situationen

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Önskar hjälp med sociala problem	53	45	30	42	34	40
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 9.5 Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med den fysiska hälsan

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Önskar hjälp med fysiska hälsan	16	29	17	19	29	22
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 9.6 Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med den psykiska hälsan

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Önskar hjälp med psykiska hälsan	34	46	28	35	42	37
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 9.7 Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med missbruksproblem

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Önskar hjälp med missbruk	94	97	95	97	93	96
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Tabell 9.8 Ålder, kön och önskemål om hjälp och stöd med kriminella problem

	Ålder			Kön		Totalt
	Under 30 år %	30 till 44 år %	45 år och äldre %	Man %	Kvinna %	%
Önskar hjälp med kriminalitet	16	4	2	6	3	5
Totalt antal	32	113	106	175	76	251

Bilaga 2

Intervjuformulär IKM, lång version

Intervjupersonens (ip) kodnummer: år |__|__| dag |__|__| initialer |__|__| ev kontrollnr. |__|__|

Kön: |__| 1 = Man 2 = Kvinna

Hemkommun: *Födelseland:*

Medborgarskap: Intervjuperson:

1 = Svensk Moder:

2 = Statslös Fader:

Annat land, vilket?

Datum för ifyllande av Formuläret besvarats genom:

lång version: år |__|__| månad |__|__| dag |__|__| 1 = Personlig intervju

Datum för inskrivning: år |__|__| månad |__|__| dag |__|__| 2 = Telefonintervju

Ev löpnummer: |__|__|__|__|__|__| 3 = Aktmaterial

Intervjuare:

Behandlingskontakt

① *Typ av kontakt med enheten:*

1 = Ny klient
2 = Tidigare kontakt med enheten

② *Främsta initiativtagare till kontakten:*

1 = Socialtjänst	5 = Polismyndighet	9 = Arbetsplats	13 = Eget initiativ
2 = Somatisk vård	6 = Kriminalvård	10 = Utbildningsinstitution	14 = Kamrat
3 = MVC/BVC	7 = Länsstyrelsen	11 = Frivillig organisation	15 = Anhörig
4 = Psykiatrisk vård	8 = Domstol	12 = Egna enheten	16 = Annan

③ *Kontakt enligt lagrum:*

1 = SoL §6	4 = LVM §27	7 = KvL §34	10 = Annat lagrum
2 = SoL §50	5 = LPT	8 = Skyddstillsyn med föreskrift	11 = Utan myndighetsprövning
3 = LVU	6 = Kontraktsvård	9 = Enligt brottsbalken	

④ *Led i vårdkedjan:* 0 = Nej 1 = Ja

Instruktion

N = Ej relevant
X = Klienten kan/vill ej svara
* = Frågor som ingår i ASI

Klientens skattningsskala

0 = Inte alls
1 = Lite
2 = Ganska
3 = Mycket
4 = Våldigt mycket

Inringad siffra anger att

frågan ingår i kortversionen

Levnadsform

- ① **Huvudsaklig boendeform:** Senaste 30 dagarna
Senaste 6 månaderna

1 = Egen bostad 5 = Institution/kategorihus 9 = Föräldrar
2 = Andra hand/inneboende 6 = Familjevård 10 = Släktingar
3 = Boendekollektiv 7 = Fängelse/häkte 11 = Bostadslös
4 = Försöks-/träningsslägenhet 8 = Hotell 12 = Annat

- ② **Huvudsaklig levnadsform:** Senaste 30 dagarna
Senaste 6 månaderna

1 = Ensamlevande
2 = Samlevande med barn
3 = Samlevande med partner utan barn
4 = Samlevande med partner och barn
5 = Samlevande med föräldrar/släkting
6 = Samlevande med annan/andra

- ③ **Förekomst av missbruksproblem hos samlevande:**

0 = Nej 1 = Ja

Familj och umgänge

- ① **Antal egna barn:** |__|__| ② **Antal egna barn under 18 år:** |__|__|;
därav omhändertagna och placerade utanför hemmet: |__|__| (0 = Inga barn)

3. **Antal egna barn med egen/gemensam vårdnad:** |__|__| (0 = Inga barn)

4. **Har Du upplevt perioder med stora svårigheter att komma överens med:**

	Senaste 30 dagarna	Totalt i livet	
Mor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 = Nej
Far?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 = Ja
Syskon?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Make/maka/partner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Egna barn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan nära släkting?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. **Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp för dessa familjeproblem?** (Se skattningsskalan)

6. **Har Du regelbundet umgänge med:**

0 = Nej 1 = Ja
Icke missbrukande vänner/bekanta
Missbrukande vänner/bekanta

Uppväxtmiljö

1. Huvudsaklig uppväxt (upp till 18 års ålder) hos:

- | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------|---|--------------------------|
| 0–2 år <input type="checkbox"/> | 1 = Biologisk mor och far | 4 = Biologisk förälder och partner (styvfamilj) | 7 = Annan vårdnadshavare |
| 3–6 år <input type="checkbox"/> | 2 = Biologisk mor | 5 = Adoptivfamilj | 8 = Eget boende |
| 7–12 år <input type="checkbox"/> | 3 = Biologisk far | 6 = Fosterfamilj | 9 = Institution |
| 13–15 år <input type="checkbox"/> | | | |
| 16–18 år <input type="checkbox"/> | | | |

2. Antal tillfällen placerad i fosterfamilj: |__|__| (0 = Aldrig placerad)

3. Förekomst av missbruk i uppväxtmiljön: 0 = Nej 1 = Ja

4. Förekomst av psykiska problem i uppväxtmiljön: 0 = Nej 1 = Ja

Utbildning och försörjning

① Skolutbildning:

- 1 = Ej fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande
- 2 = Fullföljd folkskola, grundskola eller motsvarande
- 3 = Fullföljt gymnasium, fackskola eller motsvarande
- 4 = Fullföljt eftergymnasial utbildning

2. Talförståelse:

- 1 = Svenska som hemspråk
- Om ej svenska som hemspråk*
- 2 = God talförståelse
- 3 = Viss talförståelse
- 4 = Ingen talförståelse

3. Yrke:

- | | |
|--------------------------|---|
| 1 = Har inget yrke | 5 = Tjänsteman på mellannivå |
| 2 = Ej facklärd arbetare | 6 = Högre tjänsteman |
| 3 = Facklärd arbetare | 7 = Egen företagare/fri yrkesverksamhet |
| 4 = Lägre tjänsteman | |

④ Huvudsaklig försörjning: Senaste 30 dagarna Senaste 6 månaderna

- | | | |
|-----------------------------|--------------------|------------------------------------|
| 1 = Lön | 5 = Sjukbidrag | 9 = Studiebidrag/studiemedel |
| 2 = AMS-bidrag | 6 = Ålderspension | 10 = Föräldrapenning |
| 3 = Arbetslöshetsersättning | 7 = Förtidspension | 11 = Försörjd av föräldrar/anhörig |
| 4 = Sjukpenning | 8 = Socialbidrag | 12 = Annat försörjningssätt |

5. Hur länge varade din längsta period av regelbundet arbete? Antal mån: |__|__|__|

⑥ Anställningsform (om huvudsaklig försörjning av lön): Senaste 30 dagarna Senaste 6 månaderna

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1 = Egen företagare/fria yrken | 3 = Tillfälligt arbete på öppna marknaden |
| 2 = Fast arbete på öppna marknaden | 4 = Annat |

7. Prostitution under de senaste 6 månaderna: 0 = Nej 1 = Ja

Alkohol- och narkotika

①. Bruk som föranlett inskrivning:

Alkohol Lösningssmedel 0 = Nej
 Narkotika Narkotikaklassade läkemedel 1 = Ja
 Dopingpreparat

②. Aktuellt bruk: Ange drog enligt numrering i fråga 3 och rangordna.

1. 2. 3.

*3. Bruk av alkohol och narkotika:

	Debut- ålder	Debut- ålder (regelb anv)	Totalt i livet (år) (regelb anv)	Senaste 30 dagarna (antal dag)	Intagnings- sätt (se nedan)
(10) Alkohol					
11 – regelbunden användning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
12 – till berusning	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
20 Opiater					
21 Heroin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
22 Metadon	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
23 Andra opiater/ smärtstillande preparat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
30 Dämpande mediciner					
31 BZD, Sed, Hypn	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
40 Centralstimulantia					
41 Kokain	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
42 Amfetamin	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
43 Ecstasy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
50 Cannabis					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
60 Hallucinogener					
61 LSD	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
70 Lösningssmedel					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
80 Dopingpreparat					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
90 Fler än ett medel per dag					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
100 Annat, vad?					
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
.....					

Intagningsätt 1 = Oralt 2 = Nasalt 3 = Rökning
 4 = Icke iv injicering 5 = Iv injicering

4. Hur många sammanhängande veckor har Du varit drogfri under de senaste 6 månaderna (max 26 v):

Alkohol veckor

Narkotika veckor

*5. Hur mycket pengar har Du betalt under de senaste 30 dagarna för:

Alkohol kronor

Narkotika kronor

*6. Hur många dagar av de senaste 30 har Du upplevt :

Alkoholproblem dagar

Narkotikaproblem dagar

*7. Hur oroad eller besvärad har Du varit under de senaste 30 dagarna av:

Alkoholproblem

Narkotikaproblem

(Se skattningsskalan)

*8. Hur viktigt är det för Dig nu att få behandling för dina:

Alkoholproblem

Narkotikaproblem

(Se skattningsskalan)

Behandlingshistoria

① Första myndighetskontakt på grund av egna missbruksrelaterade problem (polis, socialtjänst etc):

Ålder: _____

(0 = Har ej haft någon myndighetskontakt)

2. Avgiftning: 0 = Nej 1 = Ja

Om ja, skatta antal tillfällen

Inom öppen-/dagvård och dygnsvård _____

3. Dygnsvård i syfte

att behandla missbruket: (0 = Ej vårdad)

Antal månader: _____

④ Vård inom psykiatri: 0 = Nej 1 = Ja

Om ja, skatta antal vårdtillfällen

Frivilligt i psykiatrisk öppen-/dagvård _____

Frivilligt i psykiatrisk dygnsvård _____

Tvångsvård enligt LSPV/LPT _____

5. Vårdad enligt LVU: (0 = Ej vårdad)

Antal vårdtillfällen: _____ ggr.

Sammanlagd tid _____ år. Senast år: _____

6. Vårdad enligt LVM: (0 = Ej vårdad)

Antal vårdtillfällen: _____ ggr. Senast år: _____

⑦ Senaste vårdtillfället före det nu aktuella i syfte att behandla missbruk (gäller även avgiftning):

Inom öppen-/dagvård

Inom slutenvård (dygnsvård)

0 = Ej tidigare vårdad

1 = Mindre än 1 månad sedan

2 = 1–2 månader sedan

3 = 2–6 månader sedan

4 = 6–12 månader sedan

5 = 12–24 månader sedan

6 = Mer än 24 månader sedan

8. Med stöd av vilken lag har vården vid det senaste vårdtillfället före det nu aktuella skett:

0 = Ej tidigare vårdad

1 = SoL

2 = LVM

3 = LVU

4 = LPT

5 = KvL

6 = HSL

7 = Annat

9. Kontakt med självhjälp-/frivilligorganisation under de senaste 6 månaderna:

0 = Ingen kontakt

1 = 1 gång/månad

2 = 1 gång/varannan vecka

3 = 1 gång/vecka

4 = Flera ggr/vecka

10. Kontakt under de senaste 6 månaderna med vilken självhjälp-/frivilligorganisation: (Flera svarsalternativ möjliga)

AA

NA 0 = Nej

Länkarna 1 = Ja

Annan, vilken?

11. Metadonbehandling:

0 = Nej

1 = Ja, pågående behandling

2 = Ja, tidigare behandling, men avslutat

3 = Ja, men avstängd

4 = Erhållit remiss till behandling

5 = Erhållit remiss till utredning

Fysisk hälsa

① Har Du några långvariga kroppsliga skador eller sjukdomar som påverkar Din livsföring? 0 = Nej 1 = Ja

*2. Under hur många av de senaste 30 dagarna har Du upplevt några kroppsliga problem? |__|__|

*3. Hur oroad eller besvärad har Du varit av dessa fysiska hälsoproblem under de senaste 30 dagarna? (Se skattningsskalan)

*4. Hur viktigt är det för Dig nu att få behandling för dessa fysiska hälsoproblem? (Se skattningsskalan)

5. Om kvinna: gravid? 0 = Nej 1 = Ja 6. Om ja: antal graviditetsmånader: |__| mån

⑦ HIV-testad? 1 = Testad-positiv 4 = Aldrig testad
2 = Testad-negativ 5 = Okänt om testad
3 = Testad-resultat okänt

⑧ Om HIV-testad: senaste testdatum: år |__|__| mån |__|__|

⑨ Förekomst av Hepatit B: 0 = Nej 1 = Ja

⑩ Förekomst av Hepatit C: 0 = Nej 1 = Ja

11. Har Du varit utsatt för allvarligt våld/misshandel/övergrepp av fysisk/psykisk/sexuell karaktär efter missbruksdebuten?

Av fysisk karaktär 0 = Nej

Av psykisk karaktär 1 = Ja

Av sexuell karaktär

Psykisk hälsa

*1. Har Du haft någon längre period då Du: 0 = Nej 1 = Ja

<i>Ej missbruksrelaterat:</i>	De senaste 30 dagarna	Totalt i livet
Upplevt allvarlig depression?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplevt allvarlig ångest eller allvarliga spänningstillstånd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplevt svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera Dig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplevt hallucinationer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ordinerats läkemedel för något känslomässigt eller psykologiskt problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kan vara missbruksrelaterat:

Upplevt svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Upplevt att Du haft allvarligt menade självmordstankar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gjort självmordsförsök	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*2. Hur många dagar av de senaste 30, har Du upplevt dessa känslomässiga eller psykologiska problem? |__|__|

*3. Hur oroad eller besvärad har Du varit under de senaste 30 dagarna av dessa känslomässiga eller psykologiska problem? (Se skattningsskalan)

*4. Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp för dessa psykiska problem? (Se skattningsskalan)

Kriminalitet

1. Har Du blivit dömd för något/några brott?

0 = Nej 1 = Ja

	Totalt i livet blivit dömd	Dömd under de senaste 6 månaderna
Våldsbrott/rån	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tillgreppsbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedrägeribrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rattonykterhet/-fylleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga trafikbrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narkotikabrott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Övriga brott	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

② Dömd för något/några brott: sammanlagd tid (räknat i månader) i fängelse: |__|__|__| mån (0 = Ej dömd)

③ Dömd till rättspsykiatrisk vård, ange vårdtid i månader: |__|__|__| mån (0 = Ej dömd)

*4. Väntar Du på åtal, rättegång, dom eller straffverkställighet för brott? 0 = Nej 1 = Ja

*5. Hur många dagar av de senaste 30 har Du
ägnat åt olaglig verksamhet med syfte att tjäna pengar? |__|__|

*6. Hur allvarliga upplever Du att Dina nuvarande juridiska problem är? (Se skattningsskalan)

*7. Hur viktigt är det för Dig nu att få hjälp med dessa juridiska problem? (Se skattningsskalan)

Myndighets- och vårdkontakter

① Har Du under de senaste 6 månaderna före inskrivning haft kontakt med någon av följande myndigheter:

- Försäkringskassa
- Frivårdsmyndighet/kriminalvård
- Arbetsförmedling
- Socialtjänst (ekonomiskt bistånd) 0 = Nej
- Kronofogde 1 = Ja
- Sjukvård
- Annan myndighet

② Har Du under de senaste 6 månaderna före inskrivning haft kontakt med/besökt någon av följande:

- Behandlingsansvarig soc.sekr
- Öppenvårdsmottagning (alk/nark)
- Öppenvårdsprojekt
- Strukturerad dagvård 0 = Nej
- Psykoterapeut/psykiatrisk mottagning 1 = Ja
- Nuvarande institution/behandlingsenhet
- Företagshälsovård
- Hälsovård inom utbildningsinstitution

Behov av hjälp/stöd

1. Önskemål om stöd/hjälp vid denna verksamhet ...

...med relationen till:

- Mor
- Far
- Syskon
- Make/maka/partner
- Fd make/maka/partner
- Egna barn
- Vänner/bekanta

...vad gäller:

- Utbildning
 - Arbete
 - Ekonomi
 - Boende
 - Fritid
 - Fysisk hälsa
 - Psykisk hälsa
 - Kriminalitet
 - Missbruk
 - Annat
- 0 = Nej
1 = Ja

Kommentar till intervjusituationen

1. Upplever Du som intervjuare att svaren inom respektive frågeområde är tillförlitliga?

0 = Nej 1 = Ja Om nej, vilken/vilka frågor?

- | | | |
|--|--------------------------|-------|
| Behandlingskontakt | <input type="checkbox"/> | |
| Levnadsform | <input type="checkbox"/> | |
| Familj och umgänge | <input type="checkbox"/> | |
| Uppväxtmiljö | <input type="checkbox"/> | |
| Utbildning, försörjning och sysselsättning | <input type="checkbox"/> | |
| Alkohol- och narkotikaanvändning | <input type="checkbox"/> | |
| Behandlingshistoria | <input type="checkbox"/> | |
| Fysisk hälsa | <input type="checkbox"/> | |
| Psykisk hälsa | <input type="checkbox"/> | |
| Kriminalitet | <input type="checkbox"/> | |
| Myndighets- och vårdkontakter | <input type="checkbox"/> | |
| Behov av hjälp/stöd | <input type="checkbox"/> | |

2. Upplever Du som intervjuare att Du haft god kontakt med ip under intervjusituationen? 0 = Nej 1 = Ja

3. Viktig information, som inte framkommer i formuläret i övrigt (t ex etnisk bakgrund, spec förhållanden, osv):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Utgivna rapporter i skriftserie A

- Nr 1, 1997 Axelsson, Christina. *Hela kedjan. Ett samverkansprojekt för ensamstående mödrar med långvarigt bidragsberoende i Eskilstuna kommun.* November 1997.
- Nr 2, 1998 Karlsson, Ove. "Två tu sen ett" – Utvärdering av förarbete och start av sammanslagningen mellan Mälarsjukhuset och Kullbergsska sjukhuset. September 1998.
- Nr 3, 1998 Nylund, Katarina. *Framväxten av det multikulturella Västerås. Invandrapolitikens utveckling under efterkrigstiden.* November 1998.

Utgivna rapporter i skriftserie B

- Nr 1, 1994 Ekman, Birgitta. *Barns villkor. En sektorsövergripande fördjupningsstudie på kommunnivå.* Mars 1994.
- Nr 2, 1998 Axelsson, Christina. *Personal- och metodutveckling i Gaia-projektet.* April 1998.
- Nr 3, 1998 Jonsson, Bosse. *Folkbibliotekets tidlöshet. Lokala beslutsfattares synsätt på folkbibliotekets uppgifter i nio kommuner, i relation till centrala synsätt.* Projektet "Folkbibliotek i förändring" vid Statens Kulturråd. April 1998.
- Nr 4, 1998 Vestman, Cecilia. *Politikerstyre eller tjänstemannavälde? En fallstudie av beställar-utförandemodellen och sjukhusfusionen i Södermanlands läns landsting.* April 1998.
- Nr 5, 1998 Ekermo, Mats. *Kunskapsutveckling i socialt arbete. Ett samarbetsprojekt forskare – socialarbetare.* September 1998.
- Nr 6, 1998 Holtter, Irja. *Modersmålsundervisningen. Livsvärld och system – avlastning eller kolonialisering?.* C-uppsats i sociologi våren 1998. September 1998.
- Nr 7, 1998 Aparicio, Ciro. "Blå huset". *En utvärdering av ett rehabiliterings- och sysselsättningsprojekt i Arboga.* September 1998.
- Nr 8, 1999 Axelsson, Christina, Hoffstedt, Anna och Ungmark, Inger. *Resurscentra för kvinnor – en väg till tillväxt och välfärd?.* Januari 1999.
- Nr 9, 1999 Söderberg, Inger. *Har kärnan upplevts som en resurs? – om ett projekt för kvinnor.* C-uppsats i sociologi hösten 1998. Januari 1999.
- Nr 10, 1999 Hort, Sven. E., Karlsson, Ove och Ozolins, Andrejs. *Latvian Welfare Reform Project. Subcomponent 3 c. Kandava Pilot Project. Pre project Evaluation Report. Part I: Staff and Management.* Januari 1999.
- Nr 11, 1999 Unell, Elisabeth. *Datorprat. Utbildning i talstyrd dator – en utvärdering.* Mars 1999.
- Nr 12, 1999 Wreder, Malin. *Politiken och personalen. En historiesociologiska studie av statligt och landstingskommunalt arbetsgivarskap.* D-uppsats i sociologi hösten 1999. November 1999.
- Nr 13, 1999 Unell, Elisabeth. *Arbetslös – möjligheter på arbetsförmedlingen i Norberg.* December 1999.
- Nr 14, 1999 Axelsson, Christina och Ungmark, Inger. *Särskilda insatser för kvinnor. En studie av lokala resurscentramodeller i Södermanland och Västmanland.* December 1999.
- Nr 15, 1999 Blomberg, Helena. *Nyckeln till biblioteket. En utvärdering av projektet IT & Handikapp vid Eskilstuna stads- och länsbibliotek.* December 1999. (Även som pdf-fil.)
- Nr 16, 1999 Blomberg, Helena och Jonsson, Bosse. *Öppen skola – ett kunskapslyft på biblioteket. En studie av en verksamhet vid Örebro Stadsbibliotek.* December 1999.
- Nr 17, 1999 Hoffstedt, Anna. *Jämställdhet i ett regionalt perspektiv. En studie om kvinnors villkor i glesbygd/landsbygd och storstad/tätort.* D-uppsats i sociologi hösten 1999. December 1999.
- Nr 18, 1999 Ekholm, Hans, Jonsson, Tola och Sidebäck, Göran. *Öppet intag – En väg till drogfrihet? Rapport 1. Beskrivning av klienter vid Vårnäs behandlingshem.* December 1999. (Även som pdf-fil.)

Utgivna rapporter i skriftserie C

- Nr 1, 1994 Karp, Håkan. *Det svenska välfärdssamhället under förändring. Några röster för och emot.* Oktober 1994.
- Nr 2, 1995 Karp, Håkan. *Some contributions to the debate of the welfare state.* Paper presented at the 4th international Conference for comparative studies on social welfare at The Welfare Research Centre, Eskilstuna. Sweden. September 1994.
- Nr 3, 1996 Apelmo, Per. *Uttryckande Konstterapi – en presentation inklusive exempel på olika former av tillämpning.* Maj 1996.
- Nr 4, 1996 Andersson, Eva och Svensson, Thomas. *Riskfaktorer för långtidssjukskrivning – handlägningsrutiner och ärendehantering.* Februari. 1996.
- Nr 5, 1996 Eikeland, Olav och Lundahl, Ingrid. *Utvärdering av Centrum för Välfärdsforskning.* December 1996.
- Nr 6, 1996 Swedner, Harald, Forsberg, Mats och Ventura, Fosco. *Some Reflections on our Core Ideas for the Activities at the International Welfare Research Centre in the Valley of Mälaren.* December 1996.

Rapporter och annan information i pdf-format kan hämtas från CVF:s hemsida:

<http://www.mdh.se/isb/cvf/>



Pris: 85 kr