

Beskrivning av tre klientprofiler inom svensk missbruksvård*

LENA M. LUNDGREN, BENGT-ÅKE ARMELIUS, KERSTIN ARMELIUS, JAN BRÄNNSTRÖM, DEBORAH CHASSLER & LISA SULLIVAN

En klusteranalys av intervjuarskattningar från ASI-intervjuns sju olika livsområden för 12833 klienter visade att klienterna kan delas in i tre olika klientprofiler: Narkotikaprofil, Avgränsade alkoholproblem och Alkohol och psykiska problem. I artikeln jämförs de tre profilerna med avseende på missbruksmönster, demografiska faktorer, sociala och psykiska problem, hälsa och immigrationsstatus.

Inledning

Mot slutet av 1990-talet introducerades ASI-intervjun (Addiction Severity Index, McLellan et al., 1992) inom socialtjänsten som det primära utredningsinstrumentet för bedömning av behov av vård och behandling hos personer med alkohol och/eller drogmissbruk/beroende (Andréasson et al., 1996). Sverige är därmed ett av få länder där det stora flertalet personer med behov av behandling för sitt missbruk inledningsvis bedöms

Lena M. Lundgren, Center for Addictions Research and Services, Boston University School of Social Work, Boston, MA.

Bengt-Åke Armelius, Department of Psychology, Umeå University, Umeå, Sweden.

Kerstin Armelius, Department of Psychology, Umeå University, Umeå, Sweden.

Jan Brännström, Field Research and Development Unit (UFFE), Umeå Social Services, Sweden.

Deborah Chassler, Center for Addictions Research and Services, Boston University School of Social Work, Boston, MA.

Lisa Sullivan, Department of Biostatistics, Boston University School of Public Health, Boston, MA.

* Denna version av artikeln är den rätta. I den tidigare tryckta versionen (nr 3-4 2012) uppstod det tyvärr några typografiska fel.

av speciellt utbildade socialarbetare och där en majoritet av alla kommuner använder sig av ASI som primärt bedömningsinstrument.

I en tidigare studie med ASI-intervjuer från en databas (ASI-08), Armelius och Armelius (2011) identifierades, genom användandet av K-means klusteranalys av intervjuarskattningar, tre homogena och åtskilda profilgrupper av klienter, definierade som: 1) Narkotikaproblem, 2) Avgränsade alkoholproblem och 3) Alkohol och psykiska problem. Klienterna i Narkotikaprofilen och profilen med Alkohol och Psykiska problem hade problem inom många olika livsområden, medan klienterna i profilen "Avgränsade alkoholproblem" hade relativt låga problemnivåer inom alla livsområden förutom deras alkoholmissbruk och liknar den grupp som har kallats socialt stabila alkoholister (Berglund, 2009).

I denna artikel gör vi först om Armelius och Armelius (2011) Klusteranalys med intervjuarskattningar från (ASI-08). Vi ger sedan en utförlig beskrivning av demografiska fakta, fysisk och psykisk hälsa, missbruk, familjeband och sociala relationer, kriminalitet och invandrarsstatus för de tre profilgrupperna av klienter där vi använder oss av klienternas självrapporterade svar i intervjun från 12 833 klienter, för att bättre förstå dessa gruppers problem inom olika livsområden och deras vård/hjälpbbehov.

Bakgrund

Alkoholmissbruk i Sverige

Europa är den region i världen som har högst alkoholkonsumtion (CAN, 2012).

Konsumtionen av alkohol i Sverige är däremot låg i jämförelse med andra EU-länder även om den ökade markant under slutet av 1990-talet. Denna ökning fortsatte fram till 2004, sedan föll konsumtionen med 10 % (CAN, 2012). På grund av få studier är det däremot svårt att bedöma utvecklingen av tungt alkoholmissbruk i Sverige. Med stöd av Socialstyrelsens officiella klientregister beräknades antalet tunga alkoholismissbrukare i Sverige år 2003 vara 80 000 personer, varav 25 % var kvinnor (SOU, 2005:82). En indikation på ökande problem med alkoholkonsumtionen är att antalet personer som togs in för första gången för alkoholrelaterad vård per år ökade med 11 300 personer mellan 1998 och 2009, vilket motsvarar en ökning på 30 % (CAN, 2012). Missbruksutredningen (SOU, 2011:35) uppskattade att omkring 330 000 personer år 2010 var beroende av alkohol. Omkring 75 000 personer beräknades i samma analys ha varit i kontakt med olika kommunala och regionala behandlingsinstitutioner under samma år och av dessa var 70 % män och 30 % kvinnor.

Drogmissbruk i Sverige

Användningen av droger i Sverige ligger också på en låg nivå jämfört med andra europeiska länder, särskilt bland ungdomar i 15–16-årsåldern (CAN, 2012). Den tunga droganvändningen ökade från omkring 15 000 personer 1970 till 26 000 personer 1998, varav 23 % var kvinnor (CAN, 2012). Socialstyrelsen beräknade 2009 med utgångspunkt från sjukhusens registerdata att antalet drogmissbrukare med problem

uppgick till 29 500 personer (SOU, 2011:6). Antalet personer som för första gången fick behandling för en drogdiagnos var 4 900 år 2010, vilket motsvarar en ökning med 20 % jämfört med 2005 (SOU, 2011:6).

Tidigare studier gällande alkohol och drogmissbrukare i Sverige

Storbjörk (2006) konstaterar i en artikel att personer i Stockholms län som missbrukade alkohol, tenderade att i större omfattning vara äldre, gifta, och i mindre omfattning ha barn under 18 år samt i större omfattning ha egen bostad och arbete, än personer som missbrukade droger. Denna studie antyder följaktligen att det kan föreligga klara demografiska skillnader mellan de som missbrukar alkohol, jämfört med de som missbrukar droger. I en kvantitativ studie från 2011 har Storbjörk dessutom undersökt könsrelaterade skillnader ifråga om alkohol- och drogbehandling med avseende på behandlingserfarenheter, konsumtion/problem, den sociala situationen och livsområdesrelaterade problem genom intervjuer (n=1 865) med män och kvinnor som påbörjat behandling i Stockholms län. Författaren konstaterade att även om män och kvinnor inte skiljer sig åt vad gäller drog- och alkoholmissbrukets svårighetsgrad, tenderar kvinnor i högre grad att ha medicinska problem, medan män oftare är marginaliserade ifråga om boende, inkomst, familjesituation och brist på vänner. Brännström och Andréasson (2008) fann i en kvantitativ studie i ett urval av svenska vuxna (n=14 400), att alko-

hol- och droganvändningen minskade med åldern och att den var högre hos män än hos kvinnor.

En kvantitativ studie genomförd av Svensson och Hagquist (2010) jämförde konsumtionen av alkohol och droger bland första och andra generationens tonåriga invandrare med den hos infödda svenska tonåringar (n=13 070). Författarna konstaterade att alla invandrargrupper tenderade att i större omfattning använda droger, än majoriteten av befolkningen. I en studie av 13 903 missbrukare fann Lundgren et al. (2012) att andra generationens invandrare från icke nordiska länder hade en 40 % högre risk att rapportera att de hade genomgått tvångsvård för drogmissbruk jämfört med de som var födda i Sverige av svenska föräldrar. Detta urval av svenska studier, påvisar att det troligtvis finns signifikanta demografiska skillnader mellan grupper av missbrukare i Sverige.

Metod

Databas/studieurval

Idag använder sig cirka 200 (70 %) av Sveriges 290 kommuner av ASI-intervjun (Addiction Severity Index, McLellan et al., 1992) som det primära utredningsinstrumentet för bedömning av personer med missbruksrelaterade problem. Data från de flesta kommunerna läggs in i en gemensam databas. En reviderad forskningsdatabas på individnivå, kallad ASI-08, skapades från den större ASI-databasen av Armelius et al., (2009). Denna reviderade databas innehåller data från 50 kommuner, vilket

motsvarar nästan en tredjedel av alla kommuner som använde sig av ASI i Sverige år 2005 (Armelius et al., 2009). En jämförelse av resultaten från ASI-08 med data från SCB (folkbokföringsregistren) antyder att de data Armelius och kollegor (2009) samlade in är representativa för den svenska befolkningen. Det föreligger emellertid en överrepresentation från kommuner med större befolkning (Armelius & Armelius, 2011). En utförlig analys av både grund- och uppföljningsdata ur ASI-08 beskrivs av Armelius och Armelius (2011). I föreliggande studie ingår grunduppgifter från de 12 833 personer ur ASI-08 som hade fullständiga intervjuarskattningar.

Variabler som använts vid klusteranalys

Sju inputvariabler ingick klusteranalysen och är desamma som i Armelius och Armelius studien från 2011. Dessa sju inputvariabler bestod av intervjuarnas skattningar av problem och hjälpbehov från ASI baselineintervjuerna (McLellan et al., 1992) inom följande områden: alkoholanvändning, droganvändning, psykisk hälsa, fysisk hälsa, familj och umgänge, arbete och försörjning samt rättsliga problem. Ett högt poängtal på en skala från 0-9 (0= Inget problem/Hjälp krävs inte, 9 = Mycket stora problem/Hjälp krävs absolut), tyder på större problem och ett större behandlingsbehov (McLellan et al., 1992). Intervjuarna använde sig av klientens tidigare och nuvarande problem samt klientens egna subjektiva skattningar av oro/besvär och hjälpbehov för att bedöma klienten (McLellan et al., 1992).

Variabler som använts vid bivariat statistisk analys

Sex demografiska variabler baserade på uppgifter som klienterna själva rapporterat användes: (1) *Ålder*. (2) *Kön*. (3) *Boendeförhållanden*. En variabel med två kategorier skapades för att mäta om klienten saknade bostad i jämförelse med annan livssituation (egen stadigvarande bostad, institutionsboende, hotell, inneboende hos föräldrar, vänner eller släktingar). (4) *Utbildning* mättes i antal år. (5) *Anställningsstatus* mättes genom en fråga huruvida klienten för närvarande hade arbete (ja eller nej). (6) *Föräldrastatus* mätte om klienten hade några barn eller inte.

Hälsostatus mättes med fyra variabler, varav tre variabler användes för att bestämma om klienten: (1) hade någon kronisk sjukdom, (2) hade fått diagnosen hepatit C, eller (3) hade fått medicinsk behandling under de senaste sex månaderna. En fjärde variabel mätte: (4) antalet gånger klienten hade varit inlagd på sjukhus.

Psykisk hälsa, klientens svar på följande frågor användes: *någonsin fått medicinering för psykologiska eller känslomässiga problem, någonsin vårdats på sjukhus för psykiska problem, någonsin fått behandling för psykiska problem i öppenvården*. För att mäta självrapporteringen av aktuella psykiska symptom användes *ASI kompositpoäng för psykisk hälsa* (McLellan, et al., 1992) som kombinerar elva olika mått (alla från de senaste 30 dagarna) bl.a. symptom på psykisk hälsa, vikten av att få hjälp, hur bekymrad klienten var över symptomen och antal dagar under de senaste 30 dagarna som klienten oroats av symptomen, där en högre

poäng antydde större psykologisk eller känslomässig oro. Variabeln *signifikanta psykiska hälsoproblem* är en kombination av två mått på psykisk hälsa – ASI-kompositpoäng för psykisk hälsa och om klienten tidigare fått psykiatrisk behandling. När en klient rapporterade ASI-kompositpoäng för psykisk hälsa i den 75:e percentilen eller över (dvs. .63 poäng eller högre) och som tidigare har fått psykiatrisk behandling blev detta definierat som signifikanta psykiska hälsoproblem.

Substansanvändningsnivån (alkohol och droger) mättes med två separata variabler. *Tungt missbruk av droger under de senaste 30 dagarna* definierades som användning av någon drog i mer än 24 dagar under de senaste 30 dagarna. Tolv olika droger ingick i denna definition. *Tung alkoholanvändning under de senaste 30 dagarna* definierades som alkoholkonsumtion som leder till berusning under mer än 15 av de senaste 30 dagarna.

Tidigare behandling för substansmissbruk mättes med två variabler: *antal gånger klienten genomgått behandling för substansmissbruk* och *om klienten tidigare tvångsbehandlats för sådant missbruk*.

Problem med *familjen och sociala relationer* mättes med en variabel om fem kategorier där klienten skattade vikten av att få hjälp med sina familjeproblem och sociala relationer: inte alls, något lite, delvis, avsevärt, extremt mycket.

Problem med *rättssystemet* mättes med fyra variabler: (1) om klienten var villkorligt frigiven eller föremål för skyddstillsyn vid intervjutillfället, (2) antal drogrelaterade brott klienten anklagats för under sin livstid, (3) antal egendomsbrott klienten anklagats

för under sin livstid och (4) antal våldsbrott klienten anklagats för under sin livstid.

Invandrarstatus är en variabel med fem kategorier som utvecklats för att mäta status för första och andra generationens invandrare. Med tanke på de kulturella likheterna mellan de nordiska länderna (Sverige, Norge, Finland och Danmark), fastställdes invandrarstatus av huruvida en person eller hennes/hans föräldrar var födda inom eller utom de nordiska länderna. Invandrarstatus omfattar följande kategorier: (1) både personen och hennes/hans föräldrar är födda i Sverige, (2) personen är född utanför Sverige men i Norge, Finland eller Danmark (första generationens invandrare), (3) personen är född utanför Sverige, Norge, Finland eller Danmark (första generationens invandrare), (4) personen är född i Sverige med föräldrar födda i Norge, Finland eller Danmark (andra generationens invandrare) och (5) personen är född i Sverige med åtminstone en förälder född utanför de nordiska länderna (andra generationens invandrare).

Deltagare

Deltagarna utgörs av de 12 833 klienter i ASI-08 som hade fullständiga intervjuarskattningar. Det innebär att det är ca 1 200 klienter i den ursprungliga databasen som inte ingår i denna studie. Se tabell 1 för en fullständig beskrivning av urvalet.

Data analys

K-means klusteranalys (SPSS20) genom-

Tabell I.*Beskrivande statistik: Klientkaraktäristika (n = 12833).*

Oberoende variabel	N	% eller medelvärde (SD)
<i>Demografiska uppgifter.</i>		
<u>Ålder</u>	12790	39.8 (12.8)
<u>Kön</u>	12824	
Män	8857	69.1
Kvinnor	3967	30.9
<u>Hemlösa</u>	12792	
Ja	1050	8.2
Nej	11742	91.8
<u>Antal utbildningsår</u>	12754	10.9 (2.8)
<u>Anställda</u>	12833	
Ja	2020	15.7
Nej	10813	84.3
<u>Föräldrastatus</u>	12833	
Ja	1628	12.7
Nej	11205	87.3
<i>Hälsostatus.</i>	12833	
<u>Har kronisk sjukdom</u>		
Ja	6318	49.2
Nej	6515	50.8
<u>Har diagnostiserats med hepatit C</u>		
Ja	2743	21.4
Nej	10090	78.6
<u>Har fått medicinsk vård under de senaste sex mån.</u>		
Ja	4977	38.8
Nej	7856	61.2
<u>Vårdats på sjukhus antal gånger</u>	12833	3.8 (9.1)
<i>Psykisk hälsa.</i>	12833	
<u>Någonsin medicinerat för psykologiska eller känslomässiga problem</u>		
Ja	1670	13.0
Nej	11163	87.0
<u>Någonsin vårdats på sjukhus för psykiatriska problem</u>		
Ja	3021	23.5
Nej	9812	76.5
<u>Någonsin vårdats i öppenvården för psykiatriska problem</u>		
Ja	5670	44.2
Nej	7163	55.8
<u>ASI-kompositpoäng för psykisk hälsa</u>	12635	.4 (3)

Forts. ►

Tabell I, fortsättning.*Beskrivande statistik: Klientkaraktäristika (n = 12833).*

Oberoende variabel	N	% eller medelvärde (SD)
<u>Signifikanta psykiska hälsoproblem</u>	12635	
Ja	2631	20.8
Nej	10004	79.2
Substansanvändning.	12833	
<u>Tung olaglig droganvändning</u>		
Ja	2145	16.7
Nej	10688	83.3
<u>Tung alkoholanvändning</u>		
Ja	1587	12.4
Nej	11246	87.6
<u>Antal gånger behandlad för substansmissbruk</u>	12833	1.4 (5.5)
<u>Tidigare tvångsbehandling för droganvändning</u>		
Ja	2024	15.8
Nej	10809	84.2
Familjeband och sociala relationer.		
<u>Hur viktigt är det att få hjälp med familjeband och sociala relationer</u>	12784	
Inte alls	7905	61.8
Något	897	7.0
Delvis	1002	7.8
Avsevärt	1061	8.3
Extremt	1919	15.0
Kriminalitet.		
<u>Villkorligt frigiven eller under skyddstillsyn</u>	12832	
Ja	1663	13.0
Nej	11169	87.0
<u>Antal drogrelaterade brott</u>	12833	1.6 (5.4)
<u>Antal egendomsrelaterade brott</u>	12833	2.3 (9.2)
<u>Antal våldsrelaterade brott</u>	12833	.8 (2.5)
Invandrarstatus.		
<u>Invandrarstatus (fem kategorier)</u>	12732	
Individen och föräldrarna födda i Sverige	8769	68.9
Individen född utanför Sverige, men i Norge, Danmark eller Finland	759	6.0
Individen född utanför Sverige, Norge, Danmark och Finland	1279	10.0
Individen född i Sverige och åtminstone en av föräldrarna född i Norge, Danmark eller Finland	1005	7.9
Individen född i Sverige och åtminstone en av föräldrarna född i Norge, Danmark eller Finland	920	7.2
<u>N motsvarar kompletta fall: ingen variabel har > 1 % saknade fall</u>		

fördes av intervjuarskattningar för 12 833 klienter. Ett kluster är en grupp klienter som utmärks av ett likartat mönster eller struktur på ett antal specificerade variabler snarare än av att ha ett visst värde på en enskild variabel. Klusteranalys går ut på att skapa grupper av klienter som är homogena inom klustret, men också klart separerade från klienter i andra kluster.

Bivariata statistiska metoder, Chi-2- och envägs ANOVA, användes för att jämföra de tre profilgrupperna som tagits fram av klusteranalysen med avseende på klienternas självrapporterade uppgifter i ASI. Även om samtliga klienter hade kontaktat det svenska välfärdssystemet för att söka hjälp för missbruksproblem både ifråga om alkoholanvändning och droganvändning ställde vi utifrån tidigare studier hypotesen att de tre identifierade grupperna skulle skilja sig

åt dels demografiskt och dels ha olika kliniska egenskaper. För att fastställa indikatorer på graden av vårdbehov, undersökte vi demografiska egenskaper, fysisk och psykisk hälsa, substansanvändning, familjereaktioner och sociala relationer, tidigare kontakter med rättssystemet och invandrarstatus för att kunna identifiera skillnaderna mellan de tre profilgrupperna.

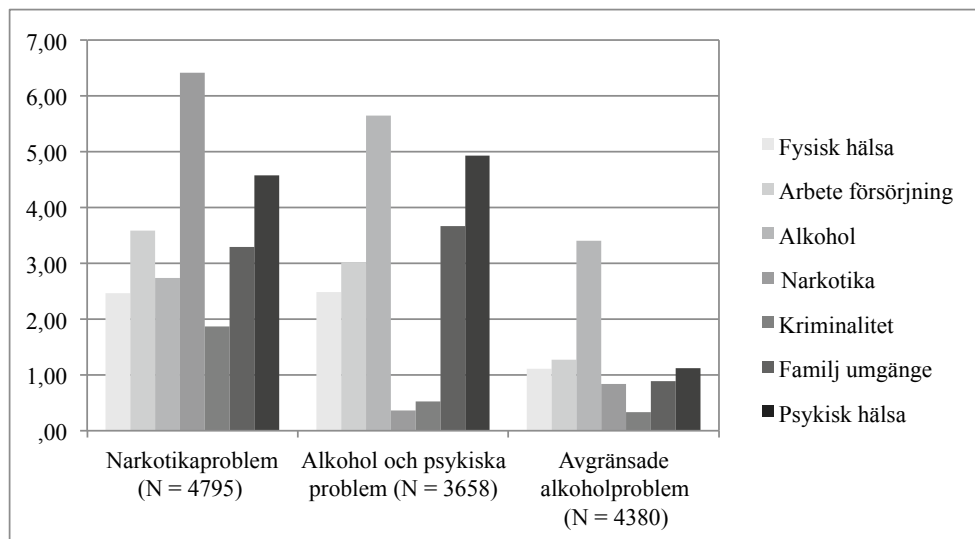
Resultat

Klusteranalys: Intervjuarskattningar för de tre profilgrupperna

I figur 1 återges resultatet av klusteranalysen i form av medelvärden av intervjuarskattningarna för de sju problemom-

Figur 1.

Genomsnittlig intervjuarskattning för klienter i de tre problemprofilerna.



rådena i de tre problemprofilerna. Konsistent med Armelius och Armelius (2011), visar resultaten att klienterna i både Narkotikaprofilen och profilen med Alkohol och Psykiska problem hade högre nivå av problem inom många olika livsområden i jämförelse med klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem. Narkotikaprofilen omfattar 4 795 (37 %), Avgränsade alkoholproblem 4 380 (34 %) och Alkohol och psykiska problem 3 658 (29 %) av klienterna.

Bivariata resultat: klienternas egna rapporterade uppgifter

Samtliga resultat av de bivariata statistiska analyserna (se tabell 2 nedan) uppvisade statistiskt signifikanta skillnader mellan de tre problemprofilerna. *Demografiska uppgifter:* Klienter i Narkotikaprofilen var betydligt yngre (33 år) än klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem (44 år) och än klienter i profilen Alkohol och psykiska problem (43.5 år). Det fanns en mindre andel kvinnliga klienter i Narkotikaprofilen och i profilen Avgränsade alkoholproblem (28 % respektive 27 %) jämfört med 39 % av klienterna i profilen Alkohol- och psykiska problem. Kvinnor utgjorde 31 % av den totala klientpopulationen.

Klienter i Narkotikaprofilen tenderade att i större omfattning rapportera att de var hemlösa (14 %) jämfört med klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem (5 %) eller i profilen Alkohol och psykiska problem (5 %). Det förelåg små men statistiskt signifikanta skillnader i antalet utbildningsår mellan alla tre grupperna, där klienter i

Narkotikaprofilen hade lägst antal utbildningsår i genomsnitt (10.5) jämfört med 11.2 år för klienter i profilen Alkohol och psykiska problem och 11.2 år för klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem. Tjugo procent av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem rapporterade att de hade arbete jämfört med 11 % av klienterna i Narkotikaprofilen och 17 % av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem. Föräldrastatus skilde sig åt mellan de tre klustren. Femton procent av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem hade barn jämfört med 9 % av klienterna i Narkotikaprofilen och 14 % av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem.

Hälsostatus: De tre missbruksprofilerna skiljde sig också något åt gällande fysisk hälsa. Klienter i profilen Alkohol och psykiska problem tenderade i större omfattning att rapportera kronisk sjukdom (53%), hade i större omfattning fått medicinsk vård under de senaste sex månaderna (43%) och hade tillsammans med klienterna i Narkotikaprofilen det största antalet vårdtillfällen (4 gånger), jämfört med klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem. Klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem hade det minsta antalet vårdtillfällen (3 gånger) och rapporterade i minst omfattning kronisk sjukdom (43 %), jämfört med klienter i de andra två profilerna. Klienter i Narkotikaprofilen föreföll i mycket större omfattning ha fått diagnosen hepatit C och 38 % rapporterade sådan diagnos, jämfört med 13 % för klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem och 10 % för klienter i profilen Alkohol och psykiska problem.

Psykisk hälsa: Klienterna i de tre miss-

Tabell 2.

Beskrivande statistik: Klientkaraktäristika för klientprofilerna (n= 12833), klientdata.

Oberoende variabel	Narkotika- problem % eller medel- värde (SD) n = 4795	Avgränsade alkoholpro- blem % eller medel- värde (SD) n = 4380	Alkoholpro- blem med psykiska problem % eller medel- värde (SD) n = 3658
Demografiska uppgifter.			
***Ålder ^a	33.3 (10.4)	44.0 (13.4)	43.5 (11.5)
***Kön			
Män	71.7	72.8	61.2
Kvinnor	28.3	27.2	38.8
***Hemlösa			
Ja	13.8	4.5	5.4
Nej	86.2	95.5	94.6
***Antal utbildningsår ^b	10.5 (2.4)	11.2 (3.0)	11.2 (2.9)
***Har arbete			
Ja	11.4	19.5	16.9
Nej	88.6	80.5	83.1
***Föräldrastatus			
Ja	8.9	15.3	14.4
Nej	91.1	84.7	85.6
Hälsa			
***Har kronisk sjukdom			
Ja	52.0	42.8	53.3
Nej	48.0	57.2	46.7
***Har diagnostiserats med hepatit C			
Ja	38.3	12.7	9.5
Nej	61.7	87.3	90.5
***Har fått medicinsk vård under de senaste sex mån.			
Ja	38.4	35.4	43.3
Nej	61.6	64.6	56.7
***Vårdats på sjukhus antal gånger ^c	4.4 (9.1)	3.0 (6.2)	4.1 (11.5)

^a Ålder Post Hoc tests D < A, A/MH^b Utbildning: Post Hoc tests D < A, A/MH^c Antal gånger sjukhusvårdad Post Hoc tests D > A, A/MH > A

***p < .001

Forts. ►

Tabell 2, fortsättning.

Beskrivande statistik: Klientkaraktäristika för klientprofilerna (n = 12833), klientdata.

Oberoende variabel	Narkotika- problem % eller medel- värde (SD) n = 4795	Avgränsade alkoholpro- blem % eller medel- värde (SD) n = 4380	Alkoholpro- blem med psykiska problem % eller medel- värde (SD) n = 3658
<i>Psykisk hälsa.</i>			
<u>***Någonsin medicinerat för psykologiska eller känslomässiga problem</u>			
Ja	13.7	10.3	15.4
Nej	86.3	89.7	84.6
<u>***Någonsin vårdats på sjukhus för psykiatriska problem</u>			
Ja	28.1	14.5	28.3
Nej	71.9	85.5	71.7
<u>***Någonsin vårdats i öppenvården för psykiatriska problem</u>			
Ja	46.2	33.0	54.8
Nej	53.8	67.0	45.2
<u>***ASI -kompositpoäng för psykisk hälsa ^d</u>			
	5 (2)	3 (2)	5 (2)
<u>***Signifikanta psykiska hälsoproblem</u>			
Ja	30.2	5.5	26.9
Nej	69.8	94.5	73.1

^d ASI-poäng Post Hoc tests D > A, A/MH, A/MH > A

***p < .001

bruksprofilerna skilde sig också åt när det gällde tidigare psykiatrisk behandling och psykisk hälsostatus. Klienter i profilen Alkohol och psykiska problem och i Narkotikaprofilen tenderade att i större omfattning ha fått medicinerat för psykiska eller känslomässiga problem (15 % respektive 14 %), jämfört med 10 % av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem. Dessutom rapporterade 55 % av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem att de fått behandling i öppenvård för psykiska

problem, jämfört med 46 % av klienterna i Narkotikaprofilen och 33 % av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem. Tjugoåtta procent av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem och klienterna i Narkotikaprofilen, rapporterade att de fått behandling för psykiska problem i slutenvård, jämfört med 15 % av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem. Klienter i profilen Alkohol och psykiska problem och klienter i Narkotikaprofilen hade liknande kompositpoäng för psy-

kisk hälsa på ASI-index (.5) med lägsta kompositpoäng bland klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem (.3). Vid rapporteringen av "signifikanta psykiska hälsoproblem" (dvs. klienter som ligger inom 75:e percentilen för ASI-kompositpoängen för psykisk hälsa och som fått behandling för psykologiska problem), uppgav 30.2 % av klienterna i Narkotikaprofilen att de led av signifikanta psykiska hälsoproblem, liksom 26.9 % av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem, medan det endast var 5.5 % av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem.

Substansanvändning: Procentandel med tung droganvändning var som förväntat störst bland klienterna i Narkotikaprofilen med 33 % som använt droger åtminstone 24 av de senaste 30 dagarna, jämfört med 7 % för klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem och 6 % för klienter i profilen Alkohol och psykiska problem. Tung alkoholanvändning var markant högre för klienter i profilen Alkohol och psykiska problem med 21 % som använt alkohol till berusning, åtminstone 15 av de senaste 30 dagarna, jämfört med klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem (10 %) och klienter i Narkotikaprofilen (8%).

Tidigare behandling för missbruk varierade också bland grupperna. Klienter i Narkotikaprofilen rapporterade att de i genomsnitt genomgått behandling för missbruk tre gånger (2.8), jämfört med 0.6 gånger (dvs. mindre än en gång per klient) för klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem och 0.3 gånger för klienter i profilen Alkohol och psykiska problem. Klienter i Narkotikaprofilen rapporterade i betydligt större omfattning att de blivit

tvångsbehandlade (32 %), jämfört med 8 % för klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem och 4 % för klienter i profilen Alkohol och psykiska problem.

Familjeproblem och sociala relationer: Klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem tenderade oftast (85 %) att säga "det inte alls var viktigt" att få hjälp med familjeproblem eller sociala relationer. I motsats till detta sade sig bara knappt hälften av alla klienter i profilen Alkohol och psykiska problem (48 %) och något mer än hälften av klienterna i Narkotikaprofilen (52 %) ha denna uppfattning. Ungefär en femtedel av klienterna i dessa två profiler (21 % för profilen Alkohol och psykiska problem och 20 % för "Narkotikaprofilen") uppgav att det var "extremt" viktigt att få hjälp med sina familjeproblem och sociala relationer jämfört med 5 % av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem.

Kriminalitet: Klienter i Narkotikaprofilen rapporterade i större omfattning att de var villkorligt frigivna eller under skyddstillsyn vid tiden för intervjun (22 %), jämfört med 9 % av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem och 6 % av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem. Klienter i Narkotikaprofilen rapporterade också att de hade varit anklagade fler gånger för drogrelaterade brott (3.6), fler gånger för egendomsbrott (4.4) och fler gånger för våldsbrott (1.3), än klienterna i de två andra missbruksprofilerna.

Invandrarstatus: De tre klientprofilerna varierade också ifråga om invandrarstatus. Klienter i Narkotikaprofilen skilde sig markant från de två alkoholrelaterade profilerna, där 14 % av klienterna i Narkotikaprofilen var

födda utanför de nordiska länderna Sverige, Norge, Finland och Danmark jämfört med 8 % för klienter i de båda andra missbruksprofilerna. Dessutom var 11 % av klienterna i Narkotikaprofilen födda i Sverige med minst en förälder född utanför de nordiska länderna, jämfört med 5 % av klienterna i de båda andra missbruksprofilerna. Nästan 3/4 av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem (73 %) och 72 % av klienterna i profilen Alkohol användning och psykiska problem var födda i Sverige av föräldrar som var födda i Sverige, jämfört med 63 % i Narkotikaprofilen.

Konklusion och diskussion

Samtliga klienter i denna studie var under utredning för missbruksbehandling och hade bedömts med avseende på missbruksproblem. En klusteranalys av intervjuernas skattningar visade att klienterna kunde delas in i tre klart åtskilda problemprofiler: Narkotikaproblem, Avgränsade alkoholproblem och Alkohol och psykiska problem. En närmare analys av klienternas uppgifter från ASI-intervjun påvisade markanta skillnader mellan de tre profilerna.

Klienter i Narkotikaprofilen var yngre, tenderade att oftare vara hemlösa, att mer sällan ha arbete, hade oftare varit anklagade för brott eller stått under skyddstillsyn och hade oftare haft hepatit C, jämfört med klienter i både profilen Avgränsade alkoholproblem och Alkohol och psykiska problem. En större procent av klienterna i Narkotikaprofilen rapporterade "signifikanta psykiska hälsoproblem", jämfört med klienterna i profilen

Avgränsade alkoholproblem. Dessutom var klienterna i Narkotikaprofilen oftare första generationens invandrare i Sverige eller andra generationens invandrare med en förälder född utanför Sverige, Norge, Danmark eller Finland, jämfört med klienter i de andra två profilerna. Klienterna i Narkotikaprofilen rapporterade både fler behandlingstillfällen för drogmissbruk och att de hade genomgått tvångsvårdsbehandling för drogmissbruk, än klienterna i de andra två profilerna.

I motsats till detta var klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem i större omfattning föräldrar och hade arbete, led i mindre omfattning av kroniska sjukdomar, hade tillbringat mindre tid på sjukhus och hade färre indikationer på psykiska problem, än klienterna i de andra två profilerna. Klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem rapporterade också i mindre omfattning att de hade "signifikanta psykiska hälsoproblem" och rapporterade i mindre omfattning tung alkoholanvändning, jämfört med klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem. Klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem, var liksom klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem, oftare födda i Sverige av svenska föräldrar eller födda utanför Sverige, men i Norge, Danmark eller Finland.

En större andel av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem rapporterade att de hade använt medicinering för psykiska eller känslomässiga problem, jämfört med klienterna i de andra två profilerna. Dessutom liknade dessa i vissa avseenden i högre grad klienter i Narkotikaprofilen och i mindre grad klienter i pro-

filen Avgränsade alkoholproblem. Klienter i profilen Alkohol och psykiska problem rapporterade i större omfattning att de led av "signifikanta psykiska hälsoproblem", i motsats till klienter i profilen med Avgränsade alkoholproblem. Beträffande andra områden som t.ex. ålder, hemlöshet, föräldrastatus, substansanvändning, behandling för missbruk och invandrarstatus, rapporterade klienter i profilen Alkohol och psykiska problem liknande resultat som klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem. När det gäller kön, skiljer sig klienter i profilen Alkohol och psykiska problem från klienter i de båda andra missbruksprofilerna i det att kvinnor utgör en större procentandel i denna profil, jämfört med de andra två profilerna.

Konsekvenser för behandling, andra insatser

Resultaten visar att det svenska behandlingssystemet för missbrukare tar hand om klienter i tre klart avgränsade problemgrupper med relativt olika behandlingsbehov. En stor procentandel av klienter i både Narkotikaprofilen och i profilen Alkohol och psykiska problem, behöver troligtvis integrerad psykiatrisk vård och missbruksvård, medan en stor del av klienterna i profilen Avgränsade alkoholproblem enbart behöver missbruksvård. Klienter i profilen Avgränsade alkoholproblem verkar generellt ha mindre komplexa problem. Klienterna där förefaller t.ex. i mindre omfattning lida av svåra fysiska eller psykiska hälsoproblem, oftare ha arbete och rapporterar mindre behov av familjestöd. Kvinnor

och män är också jämnt fördelade över de tre profilerna. Sålunda bör könsspecifika behandlingsmodeller (för både kvinnor och män) utvecklas och användas i Sverige.

Klienterna i Narkotikaprofilen har ett stort behov av hjälp med arbete, boende och hälsovård. Om sådan hjälp tillhandahålls, skulle både kriminalitet och tvångsbehandling förmodligen kunna minska. Dessutom är det en större procentandel i denna grupp som troligtvis behöver kulturellt anpassat och kompetent mottagande och behandling.

Dessa resultat visar på att behandlande personal som arbetar med klienter i Sverige som har missbruksproblem, måste vara medvetna om de olika problemprofilerna och deras olika behov av insatser och stöd.

Dessutom visar dessa resultat att det kan vara viktigt, inte minst socialpolitiskt, att missbruksvården i Sverige inte enbart utformas för att passa för den grupp som historiskt sett dominerat svensk missbruksvård; de med avgränsade Alkoholproblem. De andra två grupperna är i majoritet inom missbruksvården i Sverige idag och de två grupperna har komplexa, "multi-level" problem och hjälpbehov.

Konsekvenser för forskningen

I denna studie utgick man från en klusteranalys för att skapa homogena grupper av klienter utifrån intervjuarnas skattningar av klienternas problem och behov av behandling inom sju problemområden, samt genom bivariat statistisk analys av klienternas uppgifter för att beskriva kli-

enter i dessa grupper. Ett av resultaten var att klienternas egna rapporter om missbrukets svårighetsgrad samt psykiska och fysiska hälsa, generellt visade sig överensstämma med intervjuarens skattningar av problemområdena. ASI-intervjuns psykometriska egenskaper har testats (se t.ex. Nyström et al., 2010; Samet, Waxman, Hatzenbuehler & Hasin, 2007; Pankow et al., 2012 beträffande kommentarer om ASI-index) i ett stort antal studier som har uppvisat alltifrån god till utmärkt tillförlitlighet och giltighet för instrumentet, medan andra studier har konstaterat att kompositpoängens användbarhet kan diskuteras (t.ex. Jansson, 2001).

Nya forskningsstudier behövs som replikerar denna studie i fler kommuner och över en längre tidsperiod för att förstå hur klienter i dessa profiler kan förändras. När det gäller profilgrupperna har dock återkommande analyser av mer än 20 000 ASI-intervjuer gjorda efter 2008 funnit starkt stöd för att profilgrupperna är stabila (Råbe et al., 2012). Ett viktigt nästa forskningssteg är att studera om den behandling olika klientgrupper får, är relaterat till deras problem/hjälptbehov och om dessa tre grupper av klienter har olika resultat efter behandling.

Begränsningar

Klienterna i denna studie utgör ett urval

av klienter med missbruksproblem i Sverige. Man bör vara försiktig med generaliseringar till missbrukare i allmänhet, eftersom det är oklart hur den populationen representeras av gruppen i vår studie; missbrukare som har undergått en ASI-intervju för utredning av behov av behandling.

Det finns andra bedömningsmått både på substansanvändning och på andra livsområden än ASI. Fördelen med ASI är att denna metod har använts i Sverige sedan 1990-talet och i många olika populationer och grupper i många olika länder.

Tack till personer och institutioner som bidragit till denna studie

Denna studie har möjliggjorts genom en gästprofessur till Dr. Lena Lundgren från Umeå Universitet, institutionen för Socialt Arbete och FAS. Tack till Socialstyrelsen, Institutionen för Psykologi vid Umeå universitet och Missbruksutredningen som finansierat förutsättningarna för denna studie. Vi vill också tacka för generöst stöd från de kommunledningar som gav tillgång till intervjudata ur ASI-databasen. Forskningsassistenterna Melinda D'Ippolito, Lee Gaveras, Hannah Lucal och Serena Smith-Patten tackas också varmt.

Referenser

- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D., & Tengvald, K. (1996). *En strukturerad intervjuemetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem*. Socialstyrelsen, Stockholm. Uppdaterad 2008.
- Armelius, B-Å. & Armelius, K. (2011). En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI *Missbruket, Kunskapen, Vården*, Missbruksutredningens forskningsbilaga, 6, 97-167.
- Armelius, B-Å., Nyström, S., Engström, C., & Brännström, J. (2009). Referensmaterial för bättre användning av ASI-intervjuer. IMS, Socialstyrelsen, Stockholm.
- Berglund, K. (2009). Socially stable alcoholics: What characterises them? Drinking patterns, personality and health aspects of psychosocial and clinical importance. Doctoral dissertation, Department of Psychology, Gothenburg University.
- Brännström, R., & Andréasson, S. (2008). Regional differences in alcohol consumption, alcohol addiction and drug use among Swedish adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36 493-503.
- Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). (2012). *Drogutvecklingen i Sverige 2011*. 30. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Jansson, I. (2001). *Problem i sammanfattande mått i ASI*. Allmän SiS-rapport, 2001:10.
- Lundgren, L., Brännström, J., Armelius, B-Å., Chassler, D., Moren, S., & Troccio, S. (2012). Association between immigrant status and history of compulsory treatment in a national sample of individuals assessed for drug use disorders through the Swedish public welfare system. *Substance Use & Misuse*, 47, 67-77.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9 (3), 199-213.
- Nyström, S., Andren, A., Zingmark, D. & Berman, H. (2010). The reliability of the Swedish version of the Addiction Severity Index (ASI). *Journal of Substance Use*, 15(5), 330-339.
- Pankow, J., Simpson, D., George, J, Rowan-Szal, G. Knight, K. & Meason P. (2012). Examining concurrent validity and predictive utility for the Addiction Severity Index and Texas Christina University (TCU) short forms. *Journal of Offender Rehabilitation*. 51, 1-2.
- Råbe & Kobberstad AB; Armelius, B-Å & Armelius, K. (2012). ASIDEMO jämfört med Övriga: En verksamhetsrapport skapad i Net-Analys. http://www.rabekobberstad.se/pdf/Verksamhetsrapport_ASIDemo-1.pdf
- Samet, S., Waxman, R., Hatzenbuehler, M. & Hasin, D. (2007). Assessing Addiction Concepts and Instruments. *Addiction Science Clinical Practice*. 16:10 / 4:1 19-31.
- SOU (2005:82). *Personer med tungt missbruk: Stimulans till bättre vård och behandling. Betänkande av Utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården*. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2011:6). *Missbruket, kunskapen, vården. Missbruksutredningens forskningsbilaga*. Stockholm: Fritzes.
- SOU (2011:35). *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individerna, kunskapen och ansvaret. Vol 2. Slutbetänkandet av missbruksutredningen*. Stockholm: Fritzes.
- Socialstyrelsen (2009). *Vuxna personer med missbruksproblem och övriga vuxna – insatser 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Storbjörk, J. (2006). *The social ecology of alcohol and drug treatment: Client experiences in context*. Stockholm, Sweden: Centre for Social Research on Alcohol and Drugs, Stockholm University.
- Storbjörk, J. (2011). Gender differences in substance use, problems, social situation and tre-

atment experiences among clients entering addiction treatment in Stockholm. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 28, 185-209.

Svensson, M., & Hagquist, C. (2010). Adolescent

alcohol and illicit drug use among first- and second-generation immigrants in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, 184-191.

Summary

Description of three client profiles in individuals assessed for a substance use disorder in the Swedish Social Welfare System

For a Swedish national sample of 12,833 individuals assessed for a substance use disorder (2002-2008), clusters of clients with more severe problems and services need and their demographic, health, mental health, substance use, family/social relationships, criminal justice and immigration status characteristics were identified. Social worker assessment data on seven problem areas: physical health, employment, alcohol use, illicit drug use, criminality, family/social relationships and mental health, were used to develop a k-means cluster analysis. Three clusters were identified: a Drug User Profile (n=4795), an Alcohol User Profile (n=4380), and an Alcohol and Mental Health Problem Profile (n=3658). Chi-square and one-way

ANOVA analyses of client data identified that the severe illicit drug use cluster was younger, less educated, more likely to have mental health and health problems, more likely to have been in compulsory drug treatment, more likely to have a criminal justice history, and more likely to be first or second generation immigrant from non-Nordic countries compared to their counterparts. The alcohol user cluster was more likely to be of Swedish descent, employed, have children and not report mental health problems. Women were most likely to be clustered in the 3rd cluster, those with alcohol and mental health problems. The importance of recognizing the different treatment and service needs of these three distinct client clusters is discussed.