



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV

Avdelningen för arbets- och folkhälsovetenskap

Drogmissbrukare och psykisk hälsa

Lena Thorsell

2015

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Folkhälsovetenskap

Hälsopedagogiska programmet

Folkhälsovetenskap C: Teori och metod med tillämpning och examensarbete

Handledare: Maria Savela & Rocio Winnersjö

Examinator: Gloria Macassa

Abstract

(Thorsell, L., 2015 *drug addicts and mental health*. Bachelor thesis in Public Health Science. Department of work –and public health science. The academy of health and working life. University of Gävle, Sweden).

The purpose of this study was to investigate the relationship between mental illness and socioeconomic factors such as education, age and gender among drug users. Descriptive and ANOVA analysis were performed to 68 structured interviews (Addiction Severity Index basic). Analysis addressed associations between drug usage and level of education, age and gender. Results showed gender differences in self-rated mental health with women drug users rating their mental health lower than men. In addition, there was no association between age, educational level and self-rated mental health. Further studies are warranted to investigate mental health among drug users.

Keywords: substance abuse, mental health, socioeconomic positions.

Sammanfattning

Syftet med studien var att undersöka associationer mellan psykisk hälsa hos drogmissbrukare och de socioekonomiska faktorerna utbildningsnivå, ålder och kön i en kommun som ligger i Gävleborgs län. Metoden var kvantitativ där deskriptiv statistik och ANOVA användes som baseras på 68 stycken strukturerade intervjuer (Addiction Severity Index). Statistiska analyser genomfördes för att undersöka associationer mellan psykisk hälsa hos drogmissbrukare och utbildningsnivå, ålder och kön. Resultatet visade att det finns associationer mellan psykisk hälsa och kön där kvinnor skattar sin psykiska hälsa lägre än män. Slutsatsen av studien visar att inga associationer påvisas mellan den självskattade psykiska hälsan hos drogmissbrukare och ålder samt utbildningsnivå. Kvinnor skattar sin psykiska hälsa lägre än män i den här studien. Detta går i linje med flera forskningsresultat där drogmissbrukande kvinnor mår generellt sämre än män i samma population. Ytterligare forskning krävs för att undersöka psykisk hälsa hos drogmissbrukare.

Nyckelord: Drogmissbrukare, psykisk hälsa, socioekonomisk position

Förord

Jag vill tacka min handledare Universitetsadjunkt Maria Savela vid avd folkhälsovetenskap- Högskolan i Gävle. För konstruktiv kritik och förslag till förbättringar av examensarbetet och stöd genom skrivandeprocessen. Jag vill tacka bihandledare Rocio Winnersjö- Socialstyrelsen i Stockholm för tid, engagemang och vägledning med statistiken i examensarbetet. Jag vill även tacka Professor Gloria Macassa vid avd folkhälsovetenskap- Högskolan i Gävle för konstruktiv kritik och engagemang för sina studenter som helhet. Jag vill tacka cheferna Peter Råbe & Joel Kobberstad (Råbe & Kobberstad). för tips som möjliggjorde tillgång till ASI data samt Ann-Marie Axelsson som är ansvarig för ASI-Net för stöd i processen. Jag vill även tacka förvaltningschefen och enhetschefen vid kommunen som lämnade samtycke att använda deras ASI data för den här studien. Slutligen vill jag tacka min familj och särskilt sambon som har stöttat och motiverat mig i med och motgång under skrivprocessen.

Innehåll

Inledning	1
Definitioner av begreppen drogmissbruk, psykisk hälsa och psykisk ohälsa.....	1
Drogmissbruk.....	1
Drogmissbruk och dödlighet	2
Droger och effekter	2
Hälsans bestämningsfaktorer.....	2
Drogmissbruk och socioekonomiska faktorer.....	3
Addiction severity Index – ASI.....	4
Problemformulering	4
Syfte	5
Frågeställningar.....	5
Metod	5
Datainsamling - ASI.....	5
Urval & bortfall.....	6
Reliabilitet & validitet.....	6
Databearbetning & statistiska analyser.....	7
Forskningsetiska överväganden.....	7
Resultat	9
Diskussion	13
Resultatdiskussion.....	13
Metoddiskussion	15
Validitet och reliabilitet.....	15
Selektionsbias och confounding	15
Confounding som inte studien tar hänsyn till	15
Studiens design.....	15
ASI.....	16
Slutsats	16
Förslag till fortsatt forskning	16
Referenslista	17
BILAGA 1	

Inledning

Sedan industrialiseringens inträde har missbruk och psykisk ohälsa varit ett omfattande problem för drabbade individer i samhället med tyngdpunkt på arbetarklassen (Ödman, 2006). I hela världen uppskattas 20,8 miljoner människor vara drabbade av drogmissbruk och ungefär hälften lider av psykisk ohälsa (Lundgren et al. 2014). Drogmissbruk är en stor hälsorisk av multifaktoriell karaktär och det finns associationer med bland annat psykisk ohälsa (WHO, 2009, ECNN, 2014, CAN, 2014). Utifrån hälsans bestämningsfaktorer och socioekonomiska positioner finns ett flertal faktorer som har en betydelse för hälsa och ohälsa som uppväxtvillkor, arv och den psykosociala miljön individen befinner sig i (Ewles & Simnett, 2005, Galobardes et al., 2006, Pellmer & Wramner, 2007). I den här studien undersöks associationer mellan drogmissbrukares psykiska hälsa och de socioekonomiska faktorerna utbildningsnivå, ålder och kön.

Definitioner av begreppen drogmissbruk, psykisk hälsa och psykisk ohälsa

Världshälsoorganisationen definierar drogmissbruk som ett skadligt bruk av psykoaktiva ämnen vilket inkluderar alkohol och narkotika. Användningen av dessa ämnen kan leda till beroende syndrom (WHO, 2014). I den här uppsatsen kommer begreppet missbruk att användas som innefattar både missbruk och beroende och studien undersöker narkotika missbruk. WHO definierar psykisk hälsa ” Som ett tillstånd av välbefinnande där varje individ inser sin egen potential, kan klara de normala påfrestningarna i livet, kan arbeta produktivt och fruktbart, och kan bidra till hans eller hennes samhälle” (WHO, 2014). Nationell psykiatrisamordning definierar psykiskt funktionshinder enligt följande: *”En person har ett psykiskt funktionshinder om han eller hon har väsentliga svårigheter med att utföra aktiviteter på viktiga livsområden och dessa begränsningar har funnits eller kan antas komma att bestå under en längre tid. Svårigheterna ska vara en konsekvens av psykisk störning”* (Nationell psykiatrisamordning rapport 2006:5 s. 6).

I frågeundersökningar kan det finnas ett område som heter psykisk hälsa som innehåller frågor som kopplas till psykisk ohälsa. I den här uppsatsen kommer begreppen psykisk hälsa och psykisk ohälsa att användas enligt ovan beskrivna definitioner där psykisk hälsas egentliga mening är psykisk ohälsa.

Drogmissbruk

Den världsledande drogen enligt världshälsoorganisationen är cannabis och det finns ca 300 miljoner användare av denna (Nordegren & Tunving, 1997). I den europeiska drograpporten från 2014 visar att det finns en ökad användning av cannabis (EMCDDA, 2014). Mer än två tredjedelar som missbrukar drogen är unga vuxna i åldrarna 15 – 34 år. En fjärdedel av alla drogmissbrukare är kvinnor och alla droger utom cannabis visar en nedåtgående trend siffrorna är ungefärliga beräkningar (ibid).

I Sverige har olika frågeundersökningar genomförts gällande ungdomars och vuxnas drogvanor av bland annat Centralförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN, 2012, CAN, 2014). Det visade sig att den vanligaste drogen är cannabis därefter kommer amfetamin tätt följd av narkotikaklassade läkemedel. I skolundersökningar som gäller elevers drogvanor år 2013-2014 har 7 % pojkar och 6 % flickor i årskurs 9 provat narkotika. Hos gymnasieelever i årskurs 2 har 19 % pojkar och 14 % flickor provat narkotika. Det har visat sig att nätdroger blir allt vanligare hos ungdomar där spice dominerar eller liknande rökmixar och detta ses som näst vanligast efter cannabis. Ungdomar 15 – 16 år har en tillåtande inställning till cannabis och betraktar inte drogen som ”farlig” och ungdomar som aldrig har använt droger kan tänka sig att prova cannabis (ibid).

I Gävleborg har dödsfall som gäller män som uppkommit på grund av skador ofta kopplingar till drogmissbruk (Länsstyrelsen 2011:10). I Gävleborg uppger 5 % att de någon gång har provat cannabis den siffran är lägre jämfört med övriga riket där 12 % uppger att de har provat cannabis (ibid). Gävleborg bedöms att ha en otillfredsställande kösituation till det medicinska behandlingsprogrammet för opiatmissbrukare (Socialstyrelsen, 2012).

Drogmissbruk och dödlighet

Världshälsoorganisationen och EU's drogobservatorium i Lissabon samt centralförbundet för alkohol-och narkotika upplysning i Sverige har kommit fram till att drogmissbruk är en av de största anledningarna till hälsoproblem och dödsfall där det finns associationer mellan drogmissbruk och psykisk samt fysisk ohälsa (WHO, 2009, ECNN, 2011, ECNN, 2014, CAN, 2014). I hela världen dör 69 000 människor per år på grund av överdoser av drogtypen opiater/heroin som främst förknippas med injiceringsmissbruk (WHO, 2014). I Sverige år 2013 registrerades 589 dödsfall kopplat till drogmissbruk männen är överrepresenterade av de avlidna och utgjorde 75 % av de drogrelaterade dödsfallen (CAN, 2014, Socialstyrelsen, 2014). Sverige ligger över genomsnittet i Europa gällande dödsfall kopplat till opiater (ECNN, 2014). Stockholm är överrepresenterat både när det gäller sjukdom och dödsfall kopplat till drogmissbruk (CAN, 2014).

Droger och effekter

Droger delas ofta in i huvudgrupper med liknande effekter och enligt läkemedelsverkets klassificeringar av olika preparat. Läkemedelsverket har på uppdrag av regeringen fått bestämma vilka substanser som skall narkotika klassas. Huvudgrupper kan se ut enligt följande: Cannabis där ingår hasch och marijuana. Centralstimulerande medel där ingår amfetamin, kokain mfl. Hallucinogener där ingår LSD, psilocybin mfl. Opiater där ingår heroin, morfin, opium mfl och bensodiazepiner där ingår läkemedel som Xanor, stesolid mfl.

Det finns ett stort antal läkemedel som är narkotikaklassade främst lugnade och sömnmedel så kallade bensodiazepiner och smärtstillande medel av typen opioider. Nätdroger som spice och andra rökmixar är oftast syntetiska och efterliknar cannabis eller centralstimulerande medel som amfetamin. Nätdrogerna har ofta hallucinogena inslag av den typen som efterliknar centralstimulerande medel (läkemedelsverket LVFS 1997:12, CAN, 2012).

Hälsans bestämningsfaktorer

Världshälsoorganisationen definition av hälsa var i ett tidigt skede enligt följande "Hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller funktionshinder" (WHO, 1948). Därefter utvecklades begreppet och hälsa ses idag som ett positivt inslag i människors liv där det finns individuella resurser som är personliga och sociala samt en fysisk förmåga. Hälsa kopplas till en resurs i det vardagliga livet och inte ett mål i sig själv (WHO, 1986). Hälsa kan ses på två sätt dels det biomedicinska som innebär frånvaro av sjukdom där det fokuseras på den kroppsliga hälsan. Och det humanistiska området som menas med att hälsa innebär mer än enbart frånvaro av sjukdom där även det mentala välbefinnandet har en betydelse för hälsan som helhet (Medin & Alexanderson, 2000).

Begreppet socioekonomisk position används ofta i epidemiologiska studier rörande populationens hälsa som är ett komplext område (Galobardes et al 2006). Det finns många variationer och faktorer som används beroende på vad studien avser att undersöka och är mer eller mindre relevanta. Socioekonomisk position beskriver sociala och ekonomiska faktorer hos individer eller grupper i samhällets struktur som har effekt på hälsan. Vanliga faktorer som förekommer är kön, ålder och utbildningsnivå som kopplas till arbete och försörjning vilket i sin tur har effekt på hälsan (ibid). Hälsans bestämningsfaktorer är ett annat vanligt

begrepp som används övergripande utifrån faktorer som har effekt på folkhälsan. Hälsans bestämningsfaktorer anger inte den precisa positionen (Ewles & Simnett, 2005, Pellmer & Wramner, 2007).

Drogmissbruk medför hälsorelaterade problem som är socialt betingade exempelvis andra människors föreställningar om drogmissbrukare eftersom detta ses som ett avvikande beteende från normen i samhället (WHO, 2009, CAN 2014). Det finns risk att bli utsatt för negativ särbehandling av andra samhällsmedborgare och myndigheter vilket leder till att drogmissbrukaren inte kan förändra situationen av egen kraft. Konsekvensen av detta är exempelvis dålig ekonomi, hemlöshet, arbetslöshet, låg utbildning, kriminalitet, fysisk och psykisk ohälsa. Den ekonomiska pressen för att kunna finansiera drogmissbruket kan medföra en kriminell livsstil vilket är vanligt i de flesta länder inklusive Europa och Sverige (ibid). Socioekonomiska faktorer har en betydelse för psykisk ohälsa och drogmissbruk.

Drogmissbruk och socioekonomiska faktorer

Öjehagen (2011) har i sin sammanfattning kommit fram till att det saknas Nordiska studier av storlek och kvalitet gällande drogmissbruk och psykisk ohälsa. Siffrorna som finns i Nordiska studier gällande förekomsten av drogmissbruk och psykisk ohälsa stämmer väl överrens med internationella studier varför dessa är möjliga att hänvisa till (Öjehagen, 2011).

Flera kvantitativa forskningsstudier visar att det finns associationer mellan drogmissbruk och psykisk ohälsa. Ungefär hälften av drogmissbrukarna är drabbade av psykisk ohälsa ofta depressioner och oro/ångestproblematik. Olyckligtvis saknas tillräckligt med kunskap för att behandla drogmissbruk och psykisk ohälsa samtidigt. Därmed blir klienter hänvisade till olika instanser för sina problem (Armelius & Armelius, 2011, Sterling, Chi & Hinman, 2011, Mericle et al. 2012, Marini et al. 2013, Lundgren et al. 2014). Ett flertal kvantitativa forskningsstudier visar att drogmissbrukare ofta underskattar sin psykiska hälsa samt att psykisk ohälsa inte upptäcks hos klienter (Marini et al. 2013, Keyser-Marcus et al. 2015).

I en omfattande rapport från Karolinska institutet gällande sjukskrivningar och psykisk ohälsa finns kopplingar till drogmissbruk. Det har visat sig att risken för framtida sjukersättning är mycket hög. Detta gäller kvinnor och män som har en missbruksproblematik i jämförelse med normalbefolkningen som varken har varit sjukskrivna eller har en missbruksproblematik (Mittendorfer - Rutz, Kjeldgård, Wikman, Alexandersson, 2011).

Flera kvantitativa forskningsstudier visar att den Psykiska hälsan hos drogmissbrukande kvinnor är ett större hälsoproblem än hos män (Armelius & Armelius, 2011, Lundgren et al., 2014, Keyser-Marcus et al., 2015). Utifrån hälsans bestämningsfaktorer har det visat sig att kvinnor med drogproblematik ofta är drabbade av psykisk ohälsa (Regeringens proposition, 2010/11:47).

Unga med missbruksproblematik och psykisk ohälsa har ökat i åldersgruppen 16 – 24 år i vuxen ålder kopplas detta till en lägre utbildningsnivå. Drogmissbruk och psykisk ohälsa innebär en ökad risk för självmord, arbetslöshet, barnlöshet, svårigheter med den individuella försörjningen och sociala problem (Armelius & Armelius, 2011, Socialstyrelsen, 2013). Armelius & Armelius (2011) har i en studie av svenska missbruksklienter visat att yngre drogmissbrukare oftare är drabbade av ovanstående problem i jämförelse med äldre drogmissbrukare (Armelius & Armelius, 2011). Nedan följer en beskrivning av ASI intervjuer som socialtjänsten använder vid missbruksenheten.

Addiction severity Index – ASI

ASI är ett bedömningsinstrument (Addiction Severity Index – ASI), som används i stor utsträckning i hela världen hos socialtjänster för att kartlägga alkohol- och drogmissbrukares vårdbehov (Abrahamsson & Tryggvesson 2009, Nyström, Zingmark & Jäderland 2009). ASI utförs genom strukturerade intervjuer och täcker sju livsområden vilka är fysisk hälsa, arbete/försörjning, alkohol/narkotikaanvändning, rättsliga problem, familj/umgänge samt psykisk hälsa (Nyström, Sallmén & Öberg, 2005). ASI finns i två versioner som heter ASI-Grund och ASI-Uppföljning. ASI-Grund innehåller 180 frågor inom de sju livsområdena. Ett ytterligare område som förekommer i grundintervjun är förekomst av alkohol och drogproblematik samt psykisk ohälsa i släkten. ASI-uppföljning består av 150 frågor som baseras på samma sju livsområden som i grundintervjun. Uppföljningsintervjun kan utföras under pågående åtgärd eller när denne är avslutad för att kunna göra utvärderingar och jämförelser samt mäta eventuella förändringar över tid hos den enskilde individen (ibid). Rekommendationer enligt ASI-manualen för användare är att utföra uppföljningsintervjuer i sex månaders intervaller (Nyström et al., 2009). ASI används främst av socialtjänsten och landningens missbruksenheter i många kommuner (Nyström et al., 2005). Användning av ASI förekommer i något mindre utsträckning även inom kriminalvården/anstalter, statens institutionsstyrelse (SIS), samt vissa HVB – hem i Sverige (ibid). Eftersom detta är strukturerade intervjuer innebär det att samtliga frågor ställs likadant oavsett vem som intervjuar (Nyström et al., 2003, Nyström et al., 2005).

Problemformulering

Med tanke på drogmissbruk och den psykiska ohälsans omfattande folkhälsoproblem där socioekonomiska faktorer har en stor inverkan och betydelse är det av största vikt att detta studeras (Galobardes et al., 2006, WHO, 2009, CAN, 2014). I hela världen uppskattas 20,8 miljoner människor vara drogmissbrukare och ungefär hälften lider av psykisk ohälsa (Lundgren et al., 2014). Studien avser att undersöka de specifika socioekonomiska faktorerna utbildningsnivå, ålder och kön huruvida dessa associerar med psykisk hälsa hos drogmissbrukare där underlaget för studien är ASI data.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka associationer mellan psykisk hälsa och socioekonomiska faktorer hos drogmissbrukare vid en kommun i Gävleborgs län.

Frågeställningar

Frågor som den här studien avser att besvara är:

1. Finns det associationer mellan psykisk hälsa och utbildningsnivå hos drogmissbrukare?
2. Finns det associationer mellan ålder och psykisk hälsa hos drogmissbrukare?
3. Finns det associationer mellan kön och psykisk hälsa hos drogmissbrukare?

Metod

Val av metod & design

Den valda metoden är kvantitativ eftersom ASI används där drogmissbrukare som grupp studeras tillsammans med deras psykiska hälsa. Denna metod avger statistiska och kvantifierbara resultat där avsikten är att generalisera variabler till hela undersökningspopulationen (Körner & Wahlgren, 2006, Ejlertsson, 2012, Field, 2013). ASI intervjuerna är strukturerade och ligger till grund för kommande statistiska analyser (Nyström, Sallmén & Öberg, 2005, Abrahamson & Tryggvesson, 2009). Studiens design är en tvärsnittstudie vilket innebär att studien mäter en företeelse eller population vid ett tillfälle utan tidsperspektiv (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2010). Mätning av utfall sker vid samma tidpunkt och visar inga kausala samband utan ser endast till dagsläget (ibid). I denna tvärsnittstudie undersöks psykisk hälsa hos drogmissbrukare och associationer med de socioekonomiska faktorerna utbildningsnivå, ålder och kön.

Datainsamling - ASI

Data för den här studien kommer ifrån en nationell databas som används av socialtjänsten hos de flesta kommuner för att kartlägga missbrukares vårdbehov. Ca 70 % lagrar data i basen på initiativ av socialstyrelsen. Databasen har klienter från år 2002 och framåt (Lundgren et al., 2014). För att sammanställa klientens problembild finns ett dataprogram som hanterar informationen från ASI genom intervjuar och klientskattningar där det finns möjlighet att göra jämförelser emellan olika kommuner (Engström, 2005). I databasen finns totalt 50 414 individer som är intervjuade med ASI grund (Råbe & Kobberstad).

Det krävs tillstånd i form av ett avtal parterna emellan det vill säga ifrån missbruksenheten hos kommunen och studenten för att få tillgång till ASI data. Denna information erhöles vid samtal med cheferna för databasen. Därefter kontaktades enhetschefen vid missbruksenheten i en kommun som i sin tur fick ta upp ärendet i ett möte med förvaltningschefen för samtycke. Information om studiens syfte och tillvägagångssätt lämnades via telefonkontakt och senare i avtalet. Hänsyn har tagits till vetenskapsrådets etiska krav som gäller vid forskning med tyngdpunkt på konfidentialitetskravet som innebär att kommunen inte namnges eller personer som arbetar där vidare används materialet endast i den här studien.

Därefter scannades avtalet och mailades till en av cheferna vid ASI-Net det vill säga den databas där ASI data är arkiverad. Sedan kontaktades ansvarig för ASI-Net som förmedlade en avidentifierad fil med insamlad ASI data.

Urval & bortfall

Populationen drogmissbrukare utgår ifrån ASI data som finns tillgänglig i den avidentifierade filen som är arkiverad i en databas hos ASI-Net (Råbe & Kobberstad). Samtlig data (ASI Grund) användes från den studerade kommunen för att besvara studiens frågeställningar. Inledningsvis var det tänkt att alkoholmissbrukare också skulle studeras utifrån frågeställningarna och psykisk hälsa men i ASI data fanns inga alkoholmissbrukare registrerade varav studien enbart studerar populationen drogmissbrukare. En ytterligare tanke fanns att mäta utfall före och efter behandling för drogmissbruk vilket inte ansågs meningsfullt att utföra då endast 15 uppföljningsintervjuer fanns registrerade och därmed exkluderades uppföljningsintervjuerna för studien. I ASI data från kommunen fanns inledningsvis en population på 179 stycken individer som är intervjuade med ASI Grund. De som har utfört en uppföljningsintervju har alla utfört en grundintervju först och därför förekommer dessa både i ASI Grund och Uppföljning. Ett internt bortfall förekom då data ansågs vara för gammalt och därmed inte tillförlitligt. Därmed exkluderades 111 stycken ärenden från studien vilket motsvarar 62 % i bortfall från det ursprungliga ASI data och 68 stycken individer kvarstod efter bortfallet. Nedan redovisas i tabell 1 de tillgängliga ASI intervjuerna efter exkludering.

Tabell 1

Redovisning av tillgängliga ASI intervjuer och exkludering av sådana som inte har kunnat användas.

	Endast ASI Grund	ASI Grund och uppföljning	Totalt
Tillgänglig ASI data	179	15	194
Exklusion p.g.a för gammalt data (internt bortfall)	111		111
Kvarstående data			68

Det totala interna bortfallet är 62 % vilket troligtvis kommer att påverka resultatet i studien eftersom undersökningsmaterialet blir kraftigt reducerat till 68 individer. Beträffande uppföljningsintervjuerna påverkar inte denna exkludering studien eftersom de inte används.

Reliabilitet & validitet

Reliabilitet eller tillförlitlighet innebär att måttet kan upprepas och avge ett identiskt resultat oavsett vem som utför testet (Nyström et al., 2003, Nyström et al., 2005, Nyström, Zingmark & Jäderland 2009). Validitet eller relevans innebär att måttet mäter det som avses att mäta. ASI är strukturerade intervjuer vilket innebär att samtliga frågor ställs likadant oavsett vem som intervjuar. Detta betyder att ASI instrumentet uppfyller vetenskapliga krav gällande reliabilitet och validitet. ASI intervjun är ett standardiserat instrument och innehåller flera relevanta mått. Den intervjuade skattar sina upplevda problem i varje livsområde av sju möjliga och detta utförs i form av poängsystem (ibid). Den här studien använder ASI grund som metod vilket betyder att reliabiliteten och validiteten är hög eftersom instrumentet uppfyller vetenskapliga krav.

Socialtjänstens användning av ASI

Enligt Abrahamson & Tryggvesson (2007), har det visat sig att 75 % av alla kommuner använder något bedömningsinstrument vid utredning och bedömning av klienter. ASI grund är vanligast och förekommer i 50 % av fallen och 37 % använder ASI uppföljning. I kommuner där ASI intervjun används inkluderas inte alla klienter som är aktuella i verksamheten (Abrahamson & Tryggvesson, 2007). I en kvalitativ studie som Abrahamson & Tryggvesson (2009) har utfört påvisar att det finns implementeringssvårigheter vid användning av ASI (Abrahamsson & Tryggvesson, 2009). För den här studien innebär det att flera drogmissbrukare kan förekomma hos kommunen än registrerade ASI klienter där ASI data är hämtat.

Databearbetning & statistiska analyser

Studien bedrivs ur ett deduktivt perspektiv i en positivistisk anda detta menas med att studiens ståndpunkt är att drogmissbrukares psykiska hälsa associerar med de redan förutbestämda frågeställningarna som studiens empiri visar (Bryman, 2008). Detta skall prövas statistiskt med hjälp av hypotesprövning. Dessa är påståenden som studien tror att utfallet kommer att bli det vill säga utifrån *mothypotesen* (H_1) (Körner & Wahlgren, 2006, Field, 2013). *Noll hypotesen* (H_0) innebär att det inte finns associationer mellan psykisk hälsa och utbildningsnivå, ålder och kön. *Mothypotesen* (H_1) innebär att det finns associationer mellan psykisk hälsa och utbildningsnivå, ålder och kön. I de statistiska analyserna används signifikansnivån 5 % för att mäta associationer. *Mothypotesen* (H_1) antas vid värden som understiger 5 % nivån (ibid).

För att bearbeta ASI data användes dataprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Statistikprogrammet SPSS är ett validerat analysprogram med förprogrammerade metoder (Wahlgren, 2012, Field, 2013). Analyserna består av deskriptiv statistik här presenteras procent andelar, medianvärde, medelvärde, standardfel. De oberoende variablerna är utbildningsnivå som är indelade i kategorierna ej avslutad grundskola, grundskola, gymnasium och högskola/universitet. Variabeln ålder behålls som den är utan gruppindelning och kön grupperas efter man och kvinna. Bivariata analyser genomförs för att se om de associerar med psykisk hälsa. De metoder som används till detta är T-test som används för två oberoende grupper och one way ANOVA som används vid ordinalskala och fler än två grupper samt korrelationsanalys vid kontinuerliga variabler den oberoende variabeln är skev därför används spearman's rho istället för Pearsons för att undersöka associationer (ibid).

Undersöknings variabeln psykisk hälsa är kontinuerlig psykisk hälsa är konstruerad genom en matematiskt sammansatt poängberäkning - index composite score (exakt beskrivning av den matematiskt sammansatta poängberäkningen finns i bilaga 1). Composite score beräknas utifrån viktning av olika delfrågor så kallade kritiska frågor. Resultatet av index blir då ett generellt mått på klientens situation inom varje område högre poäng indikerar på psykisk ohälsa (Nyström, Sallmén & Öberg 2005).

Forskningsetiska överväganden

Vid utförandet av examensarbetet har hänsyn tagits till kraven gällande lag om etikprövning vid forskning som avser människor (SFS 2003:460), samt vetenskapsrådets fyra huvudsakliga riktlinjer som gäller vid forskning och god forsknings ed (VR, 2002, 2011). ASI har genomgått etikprövning och uppfyller kraven.

Kommunen informerades om studiens syfte innan ASI data var tillgänglig och lämnade sitt samtycke. Materialet och studiens resultat kommer endast att användas i vetenskapligt forskningssyfte vilket delgavs enhetschefen vid kommunen vid personlig kontakt. I ASI intervjuerna behandlas mycket integritetskänsliga uppgifter som är sekretessbelagda (Datainspektionen, SFS 2003:460). Därmed ansågs det av särskild vikt att data är fullständigt avpersonifierad vilket den tillgängliga datafilen är därmed uppfylls konfidentialitetskravet. Vid kvalitetssäkring av studien kommer uppgifterna i ASI data behandlas med försiktighet och sanningsenliga resultat redovisas kvantitativt.

Resultat

Nedan redovisas resultat av de statistiska analyserna som besvaras i turordning efter studiens frågeställningar. Medelvärde och standardfel är centrala för att undersöka associationer. Lilla n anger antalet svarande totalt finns 68 stycken individer.

Karaktäristiska socioekonomiska faktorer presenteras i tabell 2, vilka är frågor rörande högsta utbildningsnivå där anger 38 % att de har avslutat grundskolan och 38 % har slutfört gymnasiet. Vid ålder är medianen 30 år och könsfördelningen är 70,6 % män och 29,4%kvinnor.

Tabell 2

Beskrivande variabler

Karaktäristiska n=68	n	%
Ålder		
Medianvärdet	30	
Kön		
Man	48	70,6
Kvinna	20	29,4
Hur många år har du gått i skola		
Medelvärde	11,55	
Vilken är din högsta utbildning		
Ej avslutad grundskola	10	15
Grundskola	26	38
Gymnasium	26	38
Högskola eller universitet	6	9
Har du ett yrke?		
Nej	35	51,5
Ja	32	47,1
Vad har du huvudsakligen arbetat med		
Ej facklärda arbetare	34	50
Facklärda arbetare	17	25
Lägre tjänstemän	1	1,5
Tjänstemän på mellannivå	4	5,9
Högre tjänstemän	1	1,5
Företagare	1	1,5
Poängberäkning för psykisk ohälsa		
Medelvärde	0,32	

Undersökningsvariabeln psykisk hälsa presenteras genom index som är en poängberäkning – composite score med ett medelvärde på 0,32 där skalan är från 0-1. I tabell 2 redovisas frågorna som tillhör området psykisk hälsa där klienterna skattat sin psykiska hälsa enligt följande:

29,4 % har upplevt allvarlig depression, 42,6 % har upplevt oro/ångest, 54,4 % har upplevt koncentration eller minnessvårigheter, 2,9 % har upplevt hallucinationer, 16,2 % har haft svårigheter att kontrollera våldsamt beteende, 8,8 % har haft allvarliga självmordstankar, 1,5 % har gjort självmordsförsök, 33,8 % har ordinerats läkemedel för psykisk ohälsa, median värdet är 13 huruvida klienten har upplevt psykiska eller känslomässiga problem, hur oroad eller besvärad klienten är för sin psykiska hälsa anger 16,2 % att det är ett mycket stort problem och är i behov av hjälp, Hur viktigt det är att få hjälp med sin psykiska hälsa anger 27,9 % att det har ett mycket stort problem och är i behov av hjälp.

Tabell 3

Beskrivning av frågor i ASI inom området psykisk hälsa.

Karaktäristiska	n	%
Upplevt allvarlig depression		
Nej	42	61,8
Ja	20	29,4
Ja, enbart alkohol-eller narkotikapåverkad eller abstinert	4	5,9
Upplevt allvarlig ångest, spänningstillstånd		
Nej	27	39,7
Ja	29	42,6
Ja, enbart alkohol-eller narkotikapåverkad eller abstinert	10	14,7
Svårigheter att förstå, minnas eller koncentration		
Nej	21	30,9
Ja	37	54,4
Ja, enbart alkohol-eller narkotikapåverkad eller abstinert	8	11,8
Upplevt hallucinationer		
Nej	60	88,2
Ja	2	2,9
Ja, enbart alkohol-eller narkotikapåverkad eller abstinert	4	5,9
Svårigheter att kontrollera våldsamt beteende		
Nej	53	77,9
Ja	11	16,2
Ja, enbart alkohol-eller narkotikapåverkad eller abstinert	2	2,9
Haft allvarliga självmordstankar		
Nej	60	88,2
Ja	6	8,8
Självmordsförsök		
Nej	65	95,6
Ja	1	1,5
Upplevt psykiska eller känslomässiga problem		
Medianvärde	13	
Oroad eller besvärad för din psykiska hälsa		
Inget problem eller behov av hjälp.	20	29,4
Litet problem eller behov av hjälp.	5	7,4
Måttligt problem eller behov av hjälp.	12	17,6
Påtagligt problem eller behov av hjälp.	17	25
Mycket stort problem eller behov av hjälp.	11	16,2
Ej svarat	1	4,4
Ordinerats läkemedel för psykiskt ohälsa		
Nej	42	61,8
Ja	23	33,8
Hur viktigt är det att få hjälp med din psykiska hälsa		
Inget problem eller behov av hjälp.	14	20,6
Litet problem eller behov av hjälp.	10	14,7
Måttligt problem eller behov av hjälp.	9	13,2
Påtagligt problem eller behov av hjälp.	12	17,6
Mycket stort problem eller behov av hjälp.	19	27,9

I Tabell 4 redovisas resultatet av den bivariata analysen mellan psykisk hälsa och utbildningsnivå. I tabellen presenteras medelvärde och standardfel (SE), för att undersöka associationer. Inga associationer påträffas mellan psykisk hälsa och utbildningsnivå ($F(3,59) = 2,23$ $p > 0,05$). Därmed antas *nollhypotesen* (H_0).

Tabell 4.

Bivariat analys i ANOVA mellan psykisk hälsa och utbildningsnivå

Utbildningsnivå (n).	n	Medelvärde(SE).
Ej avslutad grundskola	10	0,3 (0,1).
Grundskola	26	0,3 (0,0).
Gymnasium	26	0,3 (0,0).
Högskola eller universitet	6	0,5 (0,1).

* $p > 0,05$ med df 3 och 59. F-kvot 2,23*

I Tabell 5 redovisas resultatet av korrelationsanalysen mellan psykisk hälsa och ålder, för att undersöka associationer. I tabellen presenteras korrelationskoefficienten och p-värde. Korrelationsanalysen visar att inga associationer påträffas mellan psykisk hälsa och ålder i den här studien. Det finns en svag negativ korrelation men p-värdet är inte signifikant ($R = -0,17$ $p > 0,05$). Därmed antas *nollhypotesen* (H_0).

Tabell 5.

Korrelationsanalys mellan psykisk hälsa och ålder

Spearman's rho	Korrelationskoefficient	p-värde
Ålder	- 0,17	0,20*

* $p > 0,05$

I Tabell 6 redovisas resultatet av den bivariata analysen mellan psykisk hälsa och kön. I tabellen presenteras medelvärde, standardfel (SE), konfidensintervall (KI) och p-värde för att undersöka om det finns associationer.

Medelvärdet för män är 0,28 och för kvinnor 0,43. Det finns associationer mellan kön och psykisk hälsa ($t = -2,66$, $df = 61$, $p < 0,05$). Kvinnor skattar sin psykiska hälsa lägre än män. Därmed antas *mothypotesen* (H_1).

Tabell 6.

Bivariat analys, T-test mellan psykisk hälsa och kön

Kön (n). (SE).	Medelvärde	t^1	p-värde	KI	
Kvinnor (n=18).	0,4 (0,1).	-2,66 ²	0,01	-0,26	-0,04
Män (n=45).	0,3 (0,0).				

1. $df = 61$ $p < 0,05$

2. Korrigerat för ojämna varianser mellan grupperna

Diskussion

Resultatdiskussion

Studiens resultat utifrån syftet och frågeställningarna visar att inga associationer påträffas mellan psykisk hälsa och utbildningsnivå samt ålder. Dock finns associationer mellan psykisk hälsa och kön där kvinnor skattar sin psykiska hälsa lägre än män. Nedan följer en diskussion om studiens resultat.

Utbildning

Det finns inga associationer mellan utbildningsnivå och psykisk hälsa i den här studien. I en rapport ifrån socialstyrelsen (2013) har det påvisats att psykisk ohälsa hos yngre drogmissbrukare associerar med lägre utbildningsnivå (Socialstyrelsen, 2013). Armelius& Armelius (2011) har i sin studie kommit fram till att yngre drogmissbrukare har en sämre psykisk hälsa och en lägre utbildningsnivå i jämförelse med äldre missbrukare (ibid). Trots att den här studien har visat att inga associationer fanns mellan psykisk hälsa och utbildningsnivå går det inte att bortse ifrån att flera andra forskningsstudier har påvisat motsatsen vilket gör att resultatet är värt att diskutera utifrån den aspekten.

Socialstyrelsen (2013) skriver i sin rapport att unga med psykisk ohälsa och/eller är drabbade av missbruksproblematik har svårigheter att tillgodogöra sig skolarbete vilket har visat sig bland annat i form av en lägre utbildningsnivå i vuxen ålder (ibid). Anledningen till en lägre utbildningsnivå hos drogmissbrukare kan bero på att de inte slutför sina studier. Detta kan ha med drogmissbruket i sig att göra tillsammans med psykisk ohälsa som kan bidra med att de inte orkar studera och uteblir från skolan. Förmågan till inläring kan bli kraftigt reducerad under påverkan av droger och psykisk ohälsa.

Socialstyrelsen (2013) menar att unga med psykisk ohälsa och/eller en missbruksproblematik har svårigheter att etablera sig i samhället som kan leda till arbetslöshet och kopplas till svårigheter med den individuella försörjningen (ibid). Samhällets syn på detta kan vara att den drabbade individen ses som lat, ointresserad samt inkompetent och får därmed ”skylla sig själv”. Detta förhållningssätt kan få förödande konsekvenser för den drabbade exempelvis i form av låg utbildning där konsekvensen kan bli att det blir svårare med arbete och försörjning. Detta i sin tur kan påverka självkänslan och självförtroende och individen tar sig inte ut på arbetsmarknaden. En annan risk kan vara att personen blir ”bekvämt” av att få försörjningsstöd ifrån socialtjänsten och inte vill arbeta och kan därmed fortsätta med drogmissbruket som kan ta allt större plats i individens liv. Ett antagande är att drogmissbrukares umgängeskrets består av likasinnade och det kan vara svårt att ”veta” hur ett sunt liv ser ut som i sin tur kan betyda att individer blir kvar i ”kretsen” med värderingar och kriminalitet som kan vara ”typiska” för drogmissbrukare även kallad ”missbrukaridentitet”. Detta beteende kan ses som oacceptabelt av andra samhällsmedborgare som i sin tur kan orsaka svårigheter att etablera sig i samhället som i nästa steg kan leda till utanförskap och individer kan få svårigheter att förändra sin livssituation av egen kraft.

Ålder

Det finns inga associationer mellan psykisk hälsa och ålder i den här studien korrelationen var svagt negativ och p-värdet var inte signifikant. Däremot har Socialstyrelsen (2013) i en rapport redovisat att yngre individer som har en missbruksproblematik och psykisk ohälsa har ökat (ibid). Trots att den här studien har visat att det inte finns associationer mellan psykisk hälsa och ålder har rapporter forskningsstudier påvisat motsatsen. Detta går inte att bortse ifrån vilket gör att resultatet är värt att diskutera utifrån den aspekten.

Armelius & Armelius (2011) skriver i sin forskningsstudie att yngre drogmissbrukare har en sämre psykisk hälsa än äldre drogmissbrukare. En anledning till detta är att missbruket ofta avtar med stigande ålder och har i ett flertal fall bytt karaktär till alkoholmissbruk istället för drogmissbruk vilket Armelius & Armelius (2011) menar har påverkat den psykiska hälsan då drogmissbrukare oftare har en sämre psykisk hälsa än alkoholmissbrukare (ibid). Anledningen till att yngre drogmissbrukares psykiska hälsa är sämre än äldres kan bero på en möjlig identitetskris i tidiga tonårsåldern. Det kan också bero på val av missbruk där olika typer av droger har olika effekter på den psykiska hälsan. Det kan möjligen bero på den psykosociala miljön som individen befinner sig i exempelvis en ”dålig” uppväxtmiljö som tar ut sin rätt. Föräldrarna kanske missbrukar själva och kan överföra över sina värderingar till sina barn. Barnet i sin tur kan uppleva att det är något ”fel” på henne eller honom och till följd av ett psykiskt dåligt mående börjar drogmissbruka för att kunna må lite ”bättre” för en stund.

Kön

Kvinnor skattar sin psykiska hälsa lägre än män i den här studien. Detta går i linje med flera forskningsstudiers resultat där det finns samband mellan psykisk hälsa och kön. Kvinnliga drogmissbrukare mår generellt sämre än män (Armelius & Armelius, 2011, Lundgren et al., 2014, Keyser-Marcus et al., 2015). Trots ett begränsat undersökningsmaterial i den här studien visar resultatet att det fanns könsskillnader.

Armelius & Armelius (2011) har kommit fram till i sin studie att drogmissbruk är mansdominerat och att anledningen till drogmissbruk och livsvillkoren i missbruket ser olika ut mellan könen. Kvinnor är oftare än män utsatta för psykiska och fysiska övergrepp vilket inkluderar sexuell misshandel/övergrepp (ibid). Exempelvis kan kvinnor befinna sig i beroendeställning till män och tvingas till prostitution där psykiskt och fysiskt våld förekommer samt sexuella övergrepp. Detta i sin tur kan påverka den psykiska hälsan och vara en möjlig förklaring till att kvinnor ofta är drabbade av psykisk ohälsa i jämförelse med männen.

Armelius & Armelius (2011) har kommit fram till i sin forskningsstudie att drogmissbrukande kvinnor ofta lever tillsammans med en man som också har drogproblem (ibid). Detta kan betyda att kvinnan som lever tillsammans med en man som också använder droger att relationen präglas av problem som kan leda till stress, oro och ångest för kvinnan vilket kan bidra till psykisk ohälsa.

Psykisk ohälsa hos kvinnor förklaras delvis av samhällets könsroller (Armelius & Armelius, 2011). Kvinnor har ofta en högre utbildning och en bättre social situation samt ett betydligt större bekymmer med psykisk ohälsa än männen (ibid). Det kan möjligen förväntas att kvinnor skall vara ”duktiga” vad det gäller utbildning och tag hand om eventuella barn och hemmet och samtidigt arbeta. Att hela tiden behöva känna att egenvärdet mäts i prestationer kan bli en övermäktig uppgift och kvinnan kan känna sig otillräcklig vilket i sin tur kan leda till psykisk ohälsa och drogmissbruk.

Armelius & Armelius (2011) menar att det finns biologiska förklaringar varför kvinnors psykiska hälsa är sämre än mäns och kan inte enbart förklaras av drogmissbruket och socioekonomiska faktorer (ibid). Kvinnor och män kan tänka på olika sätt exempelvis kan männen resonera utifrån sannolikheter om något kan ”hända” medan kvinnor kan tänka utifrån konsekvenser om något ”händer” detta kan upplevas stressande för kvinnor och öka risken för drogmissbruk och psykisk ohälsa.

Metoddiskussion

Validitet och reliabilitet

Studiens population i ASI data var begränsat till 68 individer vilket ses som ett mindre underlag för studien som troligtvis kan ha påverkat resultatet i undersökningen (Ejlertsson, 2012). Med en större undersökningspopulation hade studiens reliabilitet ökat markant likaså den statistiska styrkan och det hade funnits en möjlighet att utfall av resultatet varit ett annat än i den här studien. Vid ett mindre material är det komplicerat att upptäcka associationer här kan en felmarginal finnas (ibid). Studiens ställningstagande var att det ansågs meningsfullt att bedriva denna studie trots ett begränsat material och utifrån folkhälsoproblemet drogmissbruk och psykisk ohälsa där det dessutom finns begränsad forskning i Norden.

Selektionsbias och confounding

Undersökningspopulationen i den här studien är en homogen grupp och består endast av drogmissbrukare och därmed har risken för bias minimerats som innebär systematiska fel (Ejlertsson, 2012). Confounding menas med en störande variabel som inte påverkar resultatet i studien detta förklaras närmare i nästa stycke (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2010). Materialet är inte normalfördelat det är fler män än kvinnor i ASI data. Detta betyder att kön är en confounder som innebär att män är överrepresenterade i den här studien (ibid).

Confounding som inte studien tar hänsyn till

Andra möjliga confounders kan vara att ASI formuläret som består av känsliga och personliga frågor inte besvaras sanningsenligt av klienterna (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2010). Detta kan bero på att klienterna upplever frågorna som pinsamma och rädsla för socialhandläggarens personliga åsikt. Klienter kanske förminskar sin psykiska ohälsa som kan vara självförnekelse som kan tänkas höra ihop med missbruk och beroendeproblematiken. Klienters uppgifter angående omfattningen av drogmissbruket kanske inte stämmer med den verkliga konsumtionen beroende på om klienten vill ha hjälp med sin problematik eller inte. Detta kan göra att klienter väljer att inte vara uppriktiga i ASI intervjun. Olika typer av droger kan ha olika effekt på den psykiska hälsan vilket kan vara en confounder. Tidigare upplevda trauman under uppväxten som är obearbetade kan ses som en confounder som i sin tur kan associera med psykisk ohälsa och drogmissbruk (ibid).

Studiens design

Studiens design är en tvärsnittstudie vilket innebär att mätningen sker vid ett enda tillfälle (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2010). Detta gör studien begränsad eftersom den endast visar hur det ser ut just nu i ögonblicket och mäter inte kausala samband. Samtidigt kan det vara en fördel med tvärsnittstudien att den avger en bild över populationen vid ett specifikt tillfälle för att avgöra om en annan typ av studiedesign inom området skall bedrivas som en kohortstudie som kan vara mer djupgående och mäta kausala samband. Det finns en risk för skensamband i tvärsnittstudier eftersom mätningen sker vid ett enda tillfälle. Detta har denna studie tagit hänsyn till och använder befintligt ASI data för att motverka detta (ibid).

En kohortstudie skulle ha kunnat vara ett bättre alternativ men på grund av tidsbrist och bristfälliga data i uppföljningsintervjuerna i ASI gick inte det att genomföra. (Bonita, Beaglehole & Kjellström, 2010). En kohortstudie är kostsam och tidskrävande men avger ofta tillförlitliga resultat. Studien kan mäta förändringar över tid hos drogmissbrukare med psykisk ohälsa tillsammans med precision exempelvis enbart kvinnor i en speciell åldersgrupp eller åldrar och svårighetsgrad i drogmissbruket och därmed kunnat göra matchningar som innebär att göra gruppindelningar efter svårighetsgrad av drogmissbruket, kön, ålder o.s.v. Exempelvis före insatt åtgärd och efter åtgärd för att mäta eventuella skillnader. Detta kan utföras via statistiska analyser som kan mäta utfall om insatta åtgärder har haft effekt (ibid).

ASI

En styrka som studien har är att ASI intervjuer användes som underlag för frågeställningarna eftersom metoden är validerad med en god reliabilitet. (Nyström, Zingmark & Jäderland, 2009). Detta betyder att studien har en hög validitet och reliabilitet studien kan med fördel utföras igen med en större population. ASI intervjuerna innehåller standardiserade frågor där svarsalternativen varierar i olika områden. Detta möjliggjorde olika typer av analyser utifrån frågeställningarna i studien.

ASI är en erkänd metod i missbruksvården för att tydliggöra klienters problembild inom olika områden samt att få ett helhetsperspektiv rörande klienter (Abramson & Tryggvesson, 2009). Verktöget används inte fullskaligt hos socialtjänster detta kan bero på socialhandläggarnas inställning och värderingar gällande ASI (ibid). Detta innebar att det kan finnas fler drogmissbrukare som är klienter hos den studerade kommunen som inte studien har tillgång till. Detta i sin tur kan betyda att resultatet inte kan avspegla en korrekt bild av drogmissbrukets problematik utifrån hur ”verkligheten” ser ut hos kommunen.

Slutsats

Det finns associationer mellan psykisk hälsa och kön där kvinnor skattar sin psykiska hälsa lägre än män i den här studien. Detta går i linje med forskningsresultat där drogmissbrukande kvinnor mår generellt sämre än män i samma population. Med hjälp av ytterligare statistiska analyser där ASI grund används kan socioekonomiska faktorer och positioner identifieras hos drogmissbrukande kvinnor.

Förslag till fortsatt forskning

Det krävs mer forskning inom området drogmissbruk och kvinnor som har en psykisk ohälsa samt identifikation av socioekonomiska faktorer och positioner som associerar med detta för att möjliggöra en effektiv bekämpning av folkhälsoproblemet.

Referenslista

- Armeliu, B-Å., & Armeliu, K. (2011). *En naturalistisk studie av 14000 svenska missbrukarklienter baserad på Addiction Severity Index, ASI*. Rapport till missbruksutredningen (SOU 2011:6).
- Abrahamson, M. & Tryggvesson, K. (2007). *Användning av bedömningsinstrument i missbrukarvården – en nationell kartläggning och fallstudier av två län*. Stockholm: Stockholm Universitet, Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD). & Socialstyrelsen.
- Abrahamson, M., & Tryggvesson, K. (2009). *Socialtjänstens användning av standardiserade klientbedömningsinstrument – ASI som retorik och praktik i två svenska kommuner*. Nordisk alkohol och drogtidskrift, 26(1), 21-39.
- Bonita, R, Beaglehole, R & Kjellström, T (2010). *Grundläggande epidemiologi*. 2., [rev.] uppl. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2., [rev] uppl. Liber, Malmö
- Brå. (2010). Narkotikastatistik 2009. Rapport 2010:16. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- CAN (2014). Drogutvecklingen i Sverige 2014. Rapport nr. 144. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- CAN (2012). Läkemedel i missbruksmiljöer situationen 2012 enligt rapportörer vid länspolismyndigheterna. Rapport nr. 138. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Datainspektionen (Elektronisk). tillgänglig:
<http://www.datainspektionen.se/Documents/faktabroschyr-allmannarad-sakerhet.pdf>
Hämtad 2015-04-03
- Engström, C. (2005). *Implementering och Utvärdering av Addiction Severity Index (ASI). I socialtjänsten*. Doktorsavhandling, Umeå universitet, Institution för Psykologi.
- Ejlertsson, G. (2012). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur
- Ewles, L & Simnett, I(2005). *Hälsoarbete*. Lund: Studentlitteratur
- ECNN (2014). Europeisk narkotikarapport 2014. Trender och utveckling. Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå.
- ECNN (2011). Årsrapport 2011. Situationen på narkotikaområdet i Europa. Luxemburg: Europeiska unionens publikationsbyrå.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS*. 4., [rev] uppl. SAGE publications Ltd.
- Körner, S & Wahlgren, L (2006). *Statistisk dataanalys*. 4., [rev] uppl. Författarna & Lund: Studentlitteratur
- Keyser-Marcus, L., Alvanzo, A., Rieckmann, T., Thacker, L., Sepulveda, A., Forcehimes, A., Islam, L., Leisey, M., Stitzer, M., Svikis, D., Keyser-Marcus, L., Alvanzo, A., Rieckmann, T., Thacker, L., Sepulveda, A., Forcehimes, A., Islam, L.Z., Leisey, M., Stitzer, M. & Svikis,

D.S. 2015, "*Trauma, Gender, and Mental Health Symptoms in Individuals With Substance Use Disorders*", *Journal of Interpersonal Violence: Concerned with the Study and Treatment of Victims and Perpetrators of Physical and Sexual Violence*, vol. 30, no. 1, pp. 3-24.

Lundgren, L., Wilkey, C., Chassler, D., Sandlund, M., Armelius, B., Armelius, K. & Brännström, J. 2014, "*Integrating addiction and mental health treatment within a national addiction treatment system: using multiple statistical methods to analyze client and interviewer assessment of co-occurring mental health problems*", *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 31, no. 1, pp. 59-79. **Huvudartikel**

Läkemedelsverket (LVFS, 1997:12). Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckning över narkotika.

Länsstyrelsen Gävleborg. Rapport 2011:10 Förebyggande arbete inom området ANDT- Alkohol, Narkotika, Dopning och Tobak i Gävleborgs län 2010.

Marini, M., Schnornberger, T.M., Brandalise, G.B., Bergozza, M. & Heldt, E. 2013, "*Quality of Life Determinants in Patients of a Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drug Users*", *Issues in Mental Health Nursing*, vol. 34, no. 7, pp. 524-530.

Medin, J & Alexanderson, K (2000). *Begreppen hälsa och hälsofrämjande: en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.

Mericle, A.A., Martin, C., Carise, D. & Love, M. 2012, "*Identifying Need for Mental Health Services in Substance Abuse Clients*", *Journal of Dual Diagnosis*, vol. 8, no. 3, pp. 218-228.

Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D.A., Lynch, J.W. & Smith, G.D. 2006, GLOSSARY: Indicators of socioeconomic position (part 1)., BMJ Publishing Group.

Mittendorfer Rutz E, Kjeldgård L, Wikman A: Alexanderson K (2011).: Sjukskrivning i psykiska diagnoser och risk för att få sjuk- eller aktivitetsersättning eller för förtida död.

Nationell psykiatrisamordning (2006). Vad är psykiskt funktionshinder? Nationell psykiatrisamordning ger sin definition av begreppet psykiskt funktionshinder. Rapport 2006:5 från Nationell psykiatrisamordning till SOU.

Nordegren, T & Tunving, K (1997). *Droger A-Ö [En uppslagsbok om historia, effekter, behandling, preparatnamn, fackuttryck och droglang] 2.,[rev] uppl*. Stockholm: Natur och kultur.

Nyström.S., Zingmark, D, Jäderland, A. (2009). ASI-manualen– anvisningar till ASI Grund och ASI Uppföljning. Stockholm: Socialstyrelsen, IMS.

Nyström, S., Sallmén, B. & Öberg, D. (2005). *Beslut på bättre grunder – en handbok för ASI-användare*. Stockholm: Socialstyrelsen, IMS.

Nyström, S., Cronqvist, A., Engström, C., Jäderland, A., Ekblom, G., & Lood, C. (Red.)(2003). *Metoder för missbruksvården – ASI-intervjun i praktisk tillämpning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Pellmer, K & Wramner, B. (2009). *Grundläggande folkhälsovetenskap*. Liber AB Stockholm.

Regeringens proposition (2010/11:47). En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken.

- Sterling, S., Chi, F., & Hinman, A. (2011). *Integrating care for people with co-occurring alcohol and other drug, medical, and mental health conditions*. *Alcohol Research & Health*, 33(4), 338–349
- Socialstyrelsen (2012). Kartläggning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende 2012.
- Socialstyrelsen (2013). Psykisk ohälsa bland unga – Underlags rapport till barns och ungas hälsa, vård och omsorg 2013.
- Socialstyrelsen (2014). Dödsorsaker 2013. Stockholm: Socialstyrelsen, ECNN (2014).
- Sveriges Riksdag Lag (2003:460). om etikprövning av forskning som avser människor.
- VR. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Vetenskapsrådet (2011). God forskningssed (elektronisk). Tillgänglig: <https://publikationer.vr.se/produkt/god-forskningssed/> Hämtad: 2015-05-05
- Wahlgren, L. (2012). *SPSS steg för steg*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO (2014). *Community management of opioid overdose 2014*.
- WHO (2009). European Region. *HIV/AIDS Treatment and care for injecting drug users-clinical protocols for the WHO European Region 2009*.
- WHO (1948). *Constitution*. New York: WHO, 1948
- WHO (1986). *Ottawa charter for health promotion*. Köpenhamn: WHO Europe, 1986.
- WHO (2014). (Elektronisk). tillgänglig: http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ Hämtad 2014- 12- 23
- WHO (2014). (Elektronisk). tillgänglig: http://www.who.int/topics/mental_health/en/ Hämtad 2014-12-23
- Ödman, P-J.,(2006). *Kontrasternas spel [en svensk mentalitets-och pedagogik historia]* Norstedts Akademiska Förlag. Norstedts Förlagsgrupp AB
- Öjehagen, A. (2011). *Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom. Rapport till missbruksutredningen (SOU 2011:6)*.

BILAGA 1

Poängberäkning för Psykisk hälsa

Sammanlagt 11 frågor de senaste 30 dagarna ingår i beräkningen:

A. *Ordinerats läkemedel för något psykiskt eller känslomässigt problem?* I3 (I2).

B. *Allvarlig depression?* I4 (I3).

C. *Allvarlig ångest eller spänningstillstånd?* I5 (I4).

D. *Svårigheter att förstå, minnas eller koncentrera dig?* I6 (I5).

E. *Hallucinationer?* I7 (I6).

F. *Svårigheter att kontrollera våldsamt beteende?* I8 (I7).

G. *Haft allvarligt menade självmordstankar?* I9 (I8).

H. *Gjort självmordsförsök?* I10 (I9).

Svarsalternativ 2 omkodas till 0 på frågorna B–E och svarsalternativ 2 omkodas till 1 på frågorna F–H. Vart och ett av svaren på dessa frågor divideras med 1 och sedan med 11, som motsvarar antalet ingående frågor i poängsumman.

I. *Hur många, av de senaste 30 dagarna har du upplevt psykiska eller känslomässiga problem?* I13 (I12). divideras med 30, det maximala svaret, och med 11, totalantalet frågor i poängsumman.

J. *Hur oroad eller besvärad har du varit under de senaste 30 dagarna för din psykiska hälsa?* I14 (I13).

K. *Hur viktigt är det för dig att få hjälp med din psykiska hälsa?* I15 (I14).

Svaren på J–K divideras med 4, den högsta möjliga klientskattningen, och sedan med 11, totalantalet frågor som ingår i poängsumman.

Formeln blir då: $A/11 + B/11 + C/11 + D/11 + E/11 + F/11 + G/11 + H/11 + I/30 + J/44 + K/44$