

**Levnadsförhållanden bland
vårdade narkomaner
1987–1994**

– en registerstudie

MAX-projektet, delrapport 2

Daniel Svensson



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning

Rapport nr 58

Stockholm 2000

Förord

Socialdepartementet har gett CAN i uppdrag att genomföra olika studier för att fördjupa kunskapen om narkotikamissbrukets utveckling och omfattning under 1990-talet. Särskild tonvikt har lagts på utvecklingen i olika sociala marginalgrupper. Studierna genomförs inom ramen för MAX-projektet med fil dr Börje Olsson som projektledare.

I denna delrapport kartläggs drygt 11 000 personer som mellan åren 1986 och 1994 vårdats inom den svenska sjukvården med diagnosen narkomani. Via den så kallade Sociala Databasen, som drivs av Epidemiologiskt Centrum vid Socialstyrelsen, har det varit möjligt att studera missbrukarnas situation när det gäller en rad förhållanden som arbete, ekonomi, kriminalitet, sjuklighet och dödlighet. Betydelsen av olika strukturella faktorer för narkotikamissbrukets utveckling har uppmärksammats internationellt. Tilltagande ekonomiska och sociala problem, i synnerhet under den tidsperiod som här studerats, pekar mot att information av den typ som Sociala Databasen rymmer har ökat i betydelse.

Rapporten har författats av byrådirektör Daniel Svensson vid Folkhälsoinstitutet. Rapporten, som är den andra delrapporten i MAX-projektet, har inte diskuterats av CANs styrelse. Författaren ansvarar ensam för tolkningar och diskussioner av resultaten.

Stockholm i februari 2000

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

Inledning.....	7
Narkotikamissbruk - en bakgrundsbeskrivning	8
Samhällsutvecklingen 1985-1995 - en bakgrundsbeskrivning.....	10
Strukturella förhållanden.....	11
Material och kvalitet.....	12
Sociala Databasen	12
Patientregistret	13
Datakvalitet i patientregistret	13
Resultatredovisning	15
En beskrivning av materialet.....	15
Nyrekratering	15
Missbruk av olika preparat.....	18
Dödlighet.....	19
Sjuklighet	21
Etnicitet	22
Regionala skillnader.....	23
Arbetslöshet	24
Inkomster	27
Fattigdom	30
Skulder	33
Socialbidrag	34
Bostadssituationen	36
Brottslighet.....	39
Tvångsvård (LVM)	41
Marginalisering eller ansamling av problem.....	43
En jämförelse av yngre missbrukare 1987-1994.....	45
Situationen i olika missbruksgrupper	47
Heroin (opiat).....	47
Cannabis.....	48
Amfetamin	49
Blandmissbruk (ICD 304H).....	50
Sammanfattning och avslutande diskussion	53
Referenser.....	58
Bilaga 1: Variabelkonstruktioner	61
Bilaga 2: Diagnoskoder.....	63

Inledning

Denna studie har genomförts som en del av det s k MAX-projektet¹. Huvudsyftet med projektet har varit att studera marginaliseringsprocesser, som till viss del förstärkts under 1990-talet, och marginaliseringens eventuella koppling till narkotikamissbruk. Denna del har genomförts som en registerstudie där befintliga data analyserats för att kunna belysa en eventuell sådan koppling. Datamaterialet har hämtats från den s k Sociala Databasen, som finns vid Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum (EpC)², där data från ett antal olika register samlats och länkats samman.

Ansatsen är i huvudsak beskrivande. Förhållandena bland dem som vårdats på sjukhus med diagnosen narkomani beskrivs och jämförs när så varit möjligt med hur det vid tidpunkten såg ut bland befolkningen i allmänhet. I den mån data tillåter följs grupperna över tiden, från slutet av 1980-talet till 1990-talets mitt, för att det därigenom skall bli möjligt att studera om den ökande marginaliseringen gäller för de narkomanvårdade i större grad än för andra grupper i samhället.

Det är självklart svårt att sätta en exakt gräns för vilket tillstånd som skall betraktas som ”marginaliserat”. Det är givetvis fråga om en skala där individer eller grupper av individer befinner sig olika långt ifrån ett medelvärde eller en norm på ett eller flera centrala områden. Gränsen kommer alltid i viss mån att vara godtycklig.

En fråga som inte berörs närmare i denna rapport, är frågan om kausalitet, d v s orsak och verkan. Skapar strukturella förhållanden narkotikamissbruk eller följer en marginaliseringsprocess på ett narkotikamissbruk? Utgångspunkten i denna rapport är att båda förhållandena är giltiga och att de inte utesluter varandra. Narkotikamissbruk är ett problem med komplicerade orsakskedjor och många av de förklaringar eller motåtgärder som ibland nämns tenderar vara något ensidiga. Solarz drog i en rapport (1990 s. 13) slutsatsen att det inte fanns någon allmänt accepterad förklaringsmodell till narkotikamissbruk som samhällsfenomen, ett förhållande som måste sägas vara giltigt även idag.

I rapporten är tonvikten inte lagd på problemets omfattning över tiden, även om detta nämns. Annars är ett vanligt sådant mått, åtminstone internationellt, just

¹ MAX-projektet är finansierat av Socialdepartementet och genomförs vid CAN.

² Ett stort tack till Gunilla Ringbäck Weitoft som gjort datauttaget ur Sociala Databasen och svarat på många frågor.

vårdefterfrågan (*treatment demand*). Andra vanliga mått är andelen skolelever som prövat narkotika och narkotikarelaterad kriminalitet. Tonvikten i rapporten är snarare lagd på om, och i så fall hur, gruppen narkomanvårdade förskjutits i jämförelse med övriga befolkningen på för marginaliseringsprocessen centrala områden – arbetsmarknad, ekonomi, boendesituation och brottslighet. Hur fattiga var de och har gruppens positioner förskjutits över tiden?

Rapporten inleds med en historik kring etablerandet av narkotikamissbruk som samhälls-problem. Sedan följer en kort beskrivning av samhällsutvecklingen under perioden 1985-1995, en beskrivning av datamaterialet som använts och en diskussion kring eventuella brister. Därefter följer en resultatredovisning där utvecklingen i den studerade gruppen redovisas. När så varit möjligt sätts utvecklingen bland narkotikamissbrukarna i relation till förändringar i befolkningen som helhet. Detta görs för att utvecklingen skall kunna sättas in i ett sammanhang och relateras till något mer konkret.

Ibland har hela materialet studerats, d v s samtliga vårdade narkotikamissbrukare under perioden 1987-1994. Det rör sig om en grupp på drygt 11 000 personer. I andra fall har enskilda årskohorter jämförts för att belysa utvecklingen. Därefter beskrivs utvecklingen i gruppen yngre missbrukare (under 25 års ålder) som vårdats under perioden. Avslutningsvis görs en jämförelse mellan olika missbruksgrupper; heroinister, amfetaminister, cannabissmissbrukare och blandmissbrukare.

Narkotikamissbruk – en bakgrundsbeskrivning

Narkotikaproblemet som vi känner det idag brukar härledas tillbaks till 1960-talets mitt (Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1998). Visserligen hade narkotikan funnits i vårt land redan långt tidigare, men hade ditintills inte ansetts vara upphovet till några större sociala problem, d v s narkotikan uppfattades normalt inte som ett samhällsproblem även om det fanns enskilda individer med ett problematiskt missbruk. Under 1960-talet kom narkotikan att användas av kriminella, prostituerade och ungdomar (Olsson, 1994) och frågan kom därmed successivt att omdefinieras. I mitten av 1970-talet introducerades heroinet i Sverige, något som förmodligen ytterligare stärkte bilden av narkotikan som ett allvarligt hot mot samhället. Detta förklaras bland annat av att heroinmissbruk jämfört med annat narkotikamissbruk, är förknippat med ett större vårdbehov och en högre dödlighet (Andersson *et al*, 1986, Adamsson Wahren, 1997).

Man kan fråga sig om det var narkotikaanvändningen i sig själv, eller snarare fenomenets sociala placering, som gav upphov till den ändrade synen. Enligt Olsson (1994) kan man notera en klar förskjutning från det att den medicinska praktiken i princip sedan 1800-talet hade haft monopol på narkotikafrågan, till det att den sedan 1960-talet mer och mer kom att betraktas som ett socialt och offentligt problem. En bidragande förklaring som nämns är att det ökande ”trycket” av internationella konventioner (*Single Convention on Narcotic Drugs* och *Convention on Psychotropic Substances*) bidrog till att rättssystemet gjorde anspråk på problemet inklusive eventuella lösningar. De flesta av de narkotiska preparat som idag är förbjudna har tidigare i något skede varit tillåtna, framförallt som läkemedel.

Narkotikafrågan kom alltmer att politiseras. Med hjälp av media hamnade det så kallade narkotikaproblemet på dagordningen och idag är *narkotikapolitik* ett etablerat begrepp. Det är dessutom slående hur pass allvarligt många rankar narkotikaproblemet; i en undersökning som genomfördes 1996 bland ungdomar mellan 16-24 år instämmer 70 procent i påståendet att narkotika är ett av våra allvarligaste samhällsproblem (Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1998).

Det finns forskare som söker förklara bilden av narkomanerna som extremt avvikande med ett antal faktorer förknippade med deras sociala position (Christie *et al*, 1985). Missbrukarna har ”ingen” som försvarar dem, själva kampen mot narkotikaproblemet ger stor prestige, kostnaderna får i stor grad bäras av ”vanliga” skattebetalare samt att det stora folkflertalet kan fortsätta att leva sina liv så som de brukar utan att påverkas av skeendet. Det perfekta samhällsproblemet är dessutom sådant att det i sin tur kan ses som en förklaring till en rad andra allvarliga problem; kriminalitet, bostadslöshet, ungdomsproblem, utslagning osv.

Under 1980-talet sjönk prevalenstalen³ (Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1998) i bland annat skol- och mönstringsundersökningarna påtagligt, samtidigt som straffen successivt skärptes för narkotikabrott. Detta förhållande har ibland tagits till intäkt för att samhällets reaktioner på narkotikamissbruk varit effektiva och faktiskt bidragit till att ungdomar avstod från att experimentera med narkotika. När det gäller tyngre missbruk skedde visserligen ett nettoinflöde under 1980-talet (jämför UNO 1979

³ Prevalens är liktydigt med antalet personer med en viss sjukdom en viss tidpunkt. I detta fall gäller det antalet personer som använt en viss drog under en given period, t ex livstidsprevalens eller månadsprevalens.

och UNO 1992)⁴ men nyrekryteringen bland unga ansågs minska, även detta som ett resultat av den förda politiken (Folkhälsoinstitutet, 1993).

Under 1990-talet har dock kurvorna vänt. Experimentierandet med narkotika bland yngre har ökat i en jämn takt och närmar sig nu de nivåer som gällde på 1970-talet, trots att den förda politiken inte minskat i restriktivitet, utan snarare tvärtom. Dessutom kommer rapporter om ett tilltagande missbruk av allvarigare karaktär, som t ex heroinrökning (se t ex Tops och Silow 1997, Guttormsson *et al*, 1999). I en programförklaring från början av 1990-talet kring den svenska narkotikapolitiken konstaterar man:

"En restriktiv politik måste gå hand i hand med en politik som inte tillåter arbetslöshet, segregation och social utslagning, så förefaller det som om ett av fundamenten i den svenska modellen åtminstone delvis havererat. I följande avsnitt beskrivs utvecklingen på ett antal områden i det svenska samhället.

Mot bakgrund av hur samhällsutvecklingen sett ut under 1990-talet, med en tilltagande arbetslöshet, segregation och social utslagning, så förefaller det som om ett av fundamenten i den svenska modellen åtminstone delvis havererat. I följande avsnitt beskrivs utvecklingen på ett antal områden i det svenska samhället.

Samhällsutvecklingen 1985-1995 – en bakgrundsbeskrivning

Utvecklingen beskrivs här mer generellt, medan vissa områdesspecifika resonemang tas upp i resultatredovisningen. Områdena har delvis valts för att de kan ses som centrala då det gäller beskrivningen av de strukturella förhållandena i ett samhälle. Ett annat skäl har varit tillgången på analyserbara data. Det finns givetvis begränsningar i vilka data som är tillgängliga, i synnerhet när det gäller narkomani – ett av olika orsaker ljusskyggt studieobjekt.

Det svenska samhället har framförallt under 1990-talet genomgått förhållandevis stora strukturella förändringar. Fram till och med 1980-talets slut kännetecknades samhällsutvecklingen av ekonomisk tillväxt med undantag för mindre konjunktursvängningar, som dock aldrig på allvar hotade bilden av utvecklingen som i huvudsak var positiv. Vändningen kan dateras till perioden 1991-1993 då varje år visade på en sjunkande tillväxt. Detta var en för svenska förhållan-

⁴ "Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning 1979", och "Det tunga missbrukets omfattning i Sverige 1992", var två s k case-finding studier med syfte att skatta missbrukets omfattning.

den unika treårsperiod som inte inträffat sedan 1951, då dylik statistik började finnas tillgänglig (SCB, 1998).

Under 1990-talets första år kom utvecklingen, som nämnts, att kännetecknas av sjunkande tillväxt, tilltagande arbetslöshet och ökande klyftor i samhället. Man kunde dessutom se tecken på en tilltagande bostadssegregering. I vissa bostadsområden koncentrerades en jämförelsevis större andel invandrare som i förhållandevis hög grad var arbetslösa och därmed hade väsentligt lägre inkomster. Det går att beskriva utvecklingen som en ”nedåtgående spiral” där en allt större andel arbetslösa och invandrare flyttar in, något som i sin tur får dem med arbete och högre inkomster att söka sig till andra områden med högre status, vilket ytterligare sänker statusen på bostadsområdet, osv.

Man kan sammanfattningsvis konstatera att fördelningen av inkomster förändrades i så måtto att de med redan höga löner ökade sina inkomster mest, medelinkomsttagare något mindre medan de som hade de lägsta inkomsterna haft de minsta relativa ökningarna. Som ett exempel på detta ökade arbetsinkomsterna i arbetarfamiljer med 25,8 procent mellan åren 1989 och 1996, medan motsvarande ökning hos familjer på ”mellantjänstemannanivå” var 31,6 procent och hos högre tjänstemannafamiljer 37,4 procent (SCB, 1999). Ett annat förhållande som understryker utvecklingstendenserna var en kraftig ökning mellan 1985 och 1993 (drygt 25%) av antalet hushåll som erhållit socialbidrag (Socialstyrelsen, 1995).

Strukturella förhållanden

Eftersom den centrala frågeställningen är narkotikamissbrukets koppling till strukturella förhållanden i samhället, är det rimligt att dessa begrepp belyses lite närmare. Begreppet strukturella förhållanden kan ses som ett tvärsnitt av tillståndet inom t ex arbetsmarknad, utbildning och ekonomi vid en viss given tidpunkt. Strukturella effekter i sin tur uppstår när dessa strukturella förhållanden ändras i en så kallad strukturomvandling, vilket är en process mer eller mindre utdragen över tiden.

Ett mycket konkret exempel på en strukturomvandling är t ex övergången från jordbruk till industrisamhälle under 1900-talets första hälft. Denna omvandling ledde till förändringar på flera områden, dels kom arbetsmarknaden att radikalt förändras, dels ledde omvandlingen till stora folkomflyttningar med nya boendeförhållanden som följd. Ett mer sentida och mindre omvälvande exempel var den så kallade varvskrisen under 1970-talet. Även lågkonjunkturer får ofta strukturella effekter, i vart fall i det kortare perspektivet.

Strukturella effekter kan metodologiskt beskrivas som ett samband mellan två variabler på individnivå, påverkat av en tredje variabel på en ”högre nivå”. Strukturell arbetslöshet till exempel, kan inte förklaras av faktorer kopplade till individen eller dennes förhållande till arbetsgivaren, utan snarare handlar det om sådant som minskad orderingång och efterfrågan – den tredje variabeln (se Brante och Fasth, 1982).

Material och kvalitet

Sociala Databasen

Det material som använts i denna rapport är hämtat från Sociala Databasen som finns på Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum. I Sociala Databasen har man samlat uppgifter ur ett antal register för att göra det möjligt att analysera sociala förlopp. Personuppgifterna har ersatts av ett löpnummer och det går inte att identifiera någon enskild individ i materialet. Den grupp som studerades i denna studie (populationen) var de som någon gång under åren 1987-1994 registrerats i det så kallade patientregistret för vård under diagnosen narkomani. Detta register (som ingår som en del av den Sociala Databasen) beskrivs närmare i det följande.

Urvalsramen i den Sociala Databasen utgjordes av de i Folk- och bostadsräkningarna (FoB) 1985 och 1990 ingående individerna. Under FoB 1990 pågick en debatt om det rättmätiga i att samla in dylika uppgifter från medborgarna och bortfallet såg ut att bli högre än det varit tidigare. Efter flera påminnelser kunde dock det slutgiltiga bortfallet nedbringas till 2,5 procent (SCB, 1992a). Till detta har sedan lagts de individer som tillkommit i befolkningsregistret under åren 1990-1994.

Det är viktigt att påpeka att en individ inte försvann ur urvalsramen om inget svar inkom till FoB 1990. Bortfallet gäller endast de data som endast kunde samlas in genom att fråga folk. Uppgifter ur olika register finns dock för samtliga personer.

Den studerade populationen kan antas vara överrepresenterad när det gäller bortfallet i enkäter av olika slag (Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1998 s. 55). När det gäller FoB 1990 fanns sannolikt individerna med i urvalsramen, men de kan vara överrepresenterade i det interna bortfallet, det vill säga uppgifter som man endast kunde få in genom

att enkäten återsändes. Detta problem torde emellertid vara av mindre betydelse i föreliggande rapport eftersom merparten av den information som används i denna rapport inhämtades via andra register.

Patientregistret

All slutenvård⁵ registreras i det sk patientregistret. Syftet med registret är dels administrativt, dels är det tänkt att tjäna som underlag vid epidemiologisk forskning av olika slag.

Den selektion som i detta fall gjorts för att skilja ut gruppen narkotikamissbrukare bygger på en diagnoskod som används i patientregistret, vilket är ett av de register som ingår i den Sociala Databasen. I patientregistret registreras de vårdtillfällen som sker inom slutenvården i landet. Den diagnoskod som använts är ICD⁶ 304.A-X, vilken i klartext benämns *drogberoende* eller *narcomania*. Bokstavstilläggen gör det möjligt att klassificera om beroende avser vissa preparat eller är ett utpräglat blandmissbruk.

Selektionen har gjorts på så sätt att en persons första vårdtillfälle varje kalenderår under perioden 1987-1994 registrerats. Därigenom blir det möjligt att studera om och i så fall hur ofta som personen återkommer i vård. Till dessa personer kopplas sedan uppgifter om inkomst, boende, kriminalitet m m, som ingår i databasen. Upplägget för med sig att de årsvisa kohorterna kan studeras var för sig eller så kan samtliga personer som har vårdats under perioden följas över tid, det vill säga 1987 till 1994.

Datakvalitet i patientregistret

Kvaliteten på de uppgifter som ingår i patientregistret har studerats. Den enda källa som kan användas för kontroll av eventuell underrapportering i patientre-

⁵ Slutenvård är lika med vård på en intagningsavdelning, vilket sker på avdelningar där det finns sängar för patienterna som alltså vistas hela vårdperioden på sjukhuset.

⁶ ICD är en förkortning för International Classification of Diseases and Causes of Death som ges ut av WHO, ett klassifikationssystem till vilket Sverige anslutit sig. ICD klassifikationerna revideras återkommande och den revision som är aktuell denna tidsperiod är ICD 9 (bilaga 2).

registret är Landstingsförbundets LKELP-undersökning⁷. Sjukvårdens mycket snabbt förändrade organisation gör dock jämförelser svåra. Från sjukhemmen är rapporteringen till patientregistret respektive LKELP så olika att uppgifterna i allmänhet inte kan jämföras. Det gäller såväl somatisk som psykiatrisk långtidsvård. Bäst går uppgifterna att jämföra för den somatiska korttidsvården. Även där finns dock problem, bl a genom att verksamheten vid intagningsavdelningar och enheter för allmän vård och dylikt kan registreras på olika sätt. Rapporteringen från kliniker inom t ex ett medicinskt block på ett sjukhus kan också variera. Totalt sett har cirka 2 procent fler vårdtillfällen rapporterats till patientregistret än till LKELP såväl 1992 som 1993. Patientregistret redovisar färre vårdtillfällen än LKELP för psykiatrisk vård 1993 och för övrig vård båda åren (Socialstyrelsen, 1997).

En viktig fråga är om de som klassificerats som missbrukare, genom att ha vårdats på sjukhus enligt de ovan nämnda diagnostyperna, verkligen är representativa för de som vårdats för narkotikamissbruk. Ett skäl till att det kanske inte förhållit sig på det sättet är t ex att en vanlig form av vård som narkotikamissbrukare erhåller sker utanför slutenvården i s k hem för vård eller boende och finansieras av de enskilda kommunerna. Vård av denna typ registreras inte i patientregistret, vilket kan leda till att representativiteten i materialet kan ifrågasättas. Ett förhållande som ändå gör att representativiteten bör vara rimligt god är att det är vanligt att missbrukarna avgiftas på sjukhus innan de övergår i den ovan beskrivna vårdformen. På så sätt kommer ändå ett vårdtillfälle att registreras i patientregistret. I andra studier har man funnit att 30-40 procent av individerna vilka räknats som missbrukare i andra sammanhang (Metropolitstudien och 1992 års UNO) också funnits registrerade i patientregistret (Adamsson Wahren, 1997). Då skall man även hålla i minnet att definitionerna för tunga narkotikamissbrukare varit ganska vida, åtminstone i ett internationellt perspektiv. Det förefaller rimligt att en stor andel av dem som haft ett upprepat intravenöst och/eller heroinmissbruk har vårdtillfälle(n) som registrerats, åtminstone vid något tillfälle under den undersökta åttaårsperioden.

Datakvaliteten, representativiteten i synnerhet, är central då det gäller patientregistret. När det gäller de andra registren som ingår i den Sociala Databasen varierar datans kvalitet och det går inte att på ett enhetligt sätt beskriva databasen. Uppgifterna har dock samlats in på ett, över tiden, likvärdigt sätt vilket gör att utvecklingen (vilket är fokus i detta arbete) kan beskrivas på ett tillförlitligt sätt.

⁷ LKELP är en förkortning för Landstingets och Kommunernas Ekonomiska Långtidsplanering.

Resultatredovisning

En beskrivning av materialet

I patientregistret kan man under den studerade perioden göra vissa iakttagelser av mer översiktlig natur och som rör själva patientgruppen, bl a antal, nyrekrytering, dödlighet och diagnostyper. Inledningsvis berörs kvantitativa aspekter av patientregistrets data närmare och därefter behandlas levnadsförhållandena bland de vårdade.

Under 1987 vårdades strax under 1 800 personer för diagnosen narkomani. År från år ökade sedan antalet för att under 1994 uppgå till 2 853 personer. De genomsnittliga vårdtiderna enligt dessa diagnoser minskade under perioden, från drygt 14 till 12 dygn. Det kan tilläggas att även de påföljande åren kännetecknas av allt kortare vårdtider (1997 var en genomsnittlig vårdperiod enligt dessa diagnoser 8,5 dagar).

Könsfördelningen har varit tämligen konstant under perioden. Drygt två tredjedelar var män (67,5%-69,5%). Medelåldern ökade från 31,7 år 1987 till 34,1 år 1994, en utveckling som varit likartad för båda könen.

Nyrekrytering

Möjligheten att dra slutsatser utifrån incidensen (diagram 1) d v s nyrekrytering eller antalet nya fall är begränsade eftersom vi endast har tillgång till en given tidsintervall, i detta fall 1987-1994. Det är inte möjligt att kontrollera möjligheten att en individ vårdad under perioden har vårdats också före 1987. Problemet borde således vara störst från 1987 och de närmast påföljande åren, något som man kan se antydningar till i diagrammet (se även diagram 2). Den högre nivån 1987 och i viss mån 1988 kan troligen förklaras av att det finns fall som inte är nya, det vill säga personer som återkommit i vård för andra, tredje gången o s v.

Med de begränsningar som nämnts ovan, kan man konstatera att incidensen ligger på en förhållandevis jämn nivå kring 1 300 "nya" fall varje år. Det finns dessutom en antydning till ökning under de närmast påföljande åren 1995-1996 till strax under 1 500 förstagångsvårdade (Guttormsson *et al*, 1999 s. 60-63).

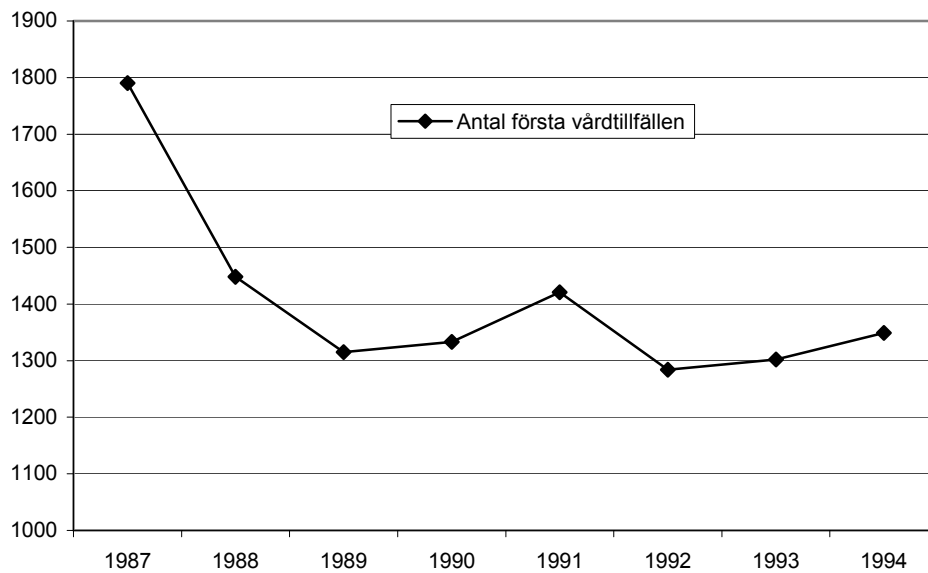


Diagram 1. Antalet första vårdtillfällen per år 1987-1994.

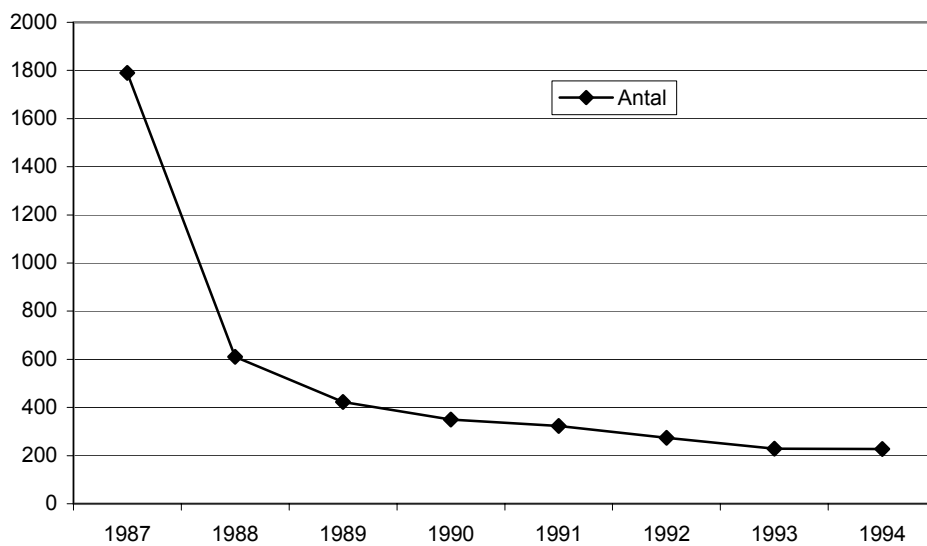


Diagram 2. Vårdkohorten 1987 och ytterligare vårdtillfällen 1988-1994.

Sannolikheten för att man skall vårdas igen efter första vårdtillfället minskade påtagligt det påföljande året och minskade därefter i en jämn takt under resten av den studerade perioden. Detta kan illustreras av att de som vårdats under 1987, 1 790 individer, registreras alltmer sällan i patientregistret (se diagram 2). Förhållandet var även likartat om man ser till samtliga vårdade och hur vårdtillfällena fördelas mellan dessa personer. En större andel (63,5%) registrerades vid endast ett tillfälle (se tabell 1), medan ungefär en femtedel registrerats vid två tillfällen. Ytterligare 17 procent hade tre eller fler vårdtillfällen. Under perioden 1987-1994 vårdades totalt 11 242 personer. 18 921 vårdtillfällen skall i sin tur fördelas på dessa 11 242 individer. Det innebär ett genomsnitt på cirka 1,7 vårdtillfällen under perioden.

Medelåldern bland dem som vårdats 1987 uppgick till 31,7 år, vartefter den ökade under perioden till 33 år 1990 och 34,4 år 1994. Sammantaget innebär detta att det troligen skett en ganska kontinuerlig tillströmning av nya fall till den slutna sjukvården. Detta behandlas mera ingående för olika typer av missbruk i slutet av rapporten.

Tabell 1. Personer med olika antal registrerade vårdtillfällen, 1987-1994.

Antal vårdtillfällen	N	%	Kumulativ %
1	7 139	63,5	63,5
2	2 196	19,5	83,0
3	967	8,6	91,6
4	497	4,4	96,1
5	252	2,2	98,3
6	117	1,0	99,3
7	53	0,5	99,8
8	21	0,2	100,0
Total	11 242	100,0	

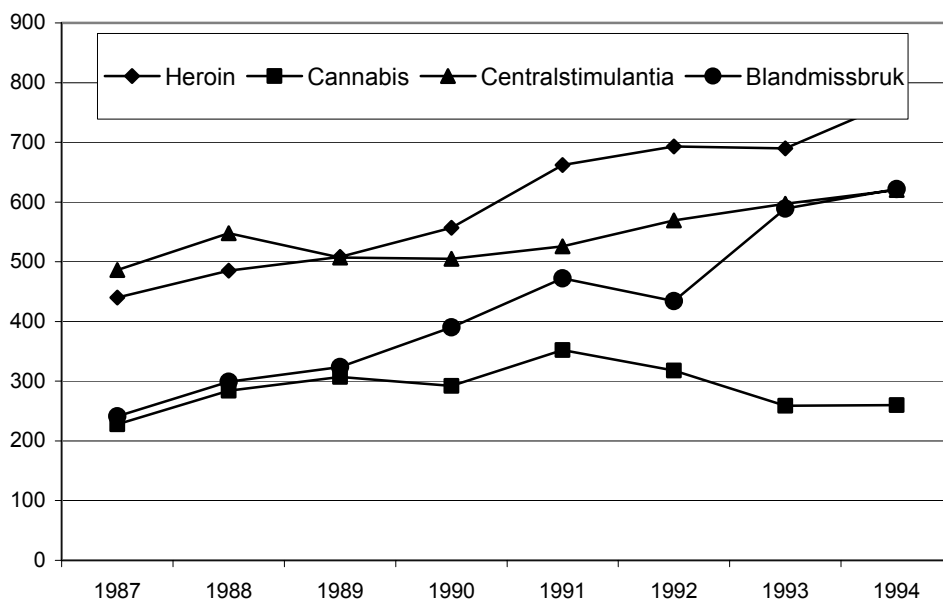


Diagram 3. Utvecklingen av diagnoser⁸ kopplade till ett visst preparat 1987-1994.

Missbruk av olika preparat

Diagnoskoderna som används i patientregistret (se bilaga 2) gör det möjligt att studera utvecklingen av olika missbrukstyper, d v s vilket preparat som varit anledning till vården. I många fall känner man inte till vilket preparat som använts, eller så har ett flertal preparat missbrukats vilket gjort att man använt en restkategori (304X). Det finns anledning att tro att felkällorna har varit relativt likartade under perioden, i synnerhet med tanke på att samma klassifikation (ICD 9) varit i bruk, och att det därmed bör gå att studera preparatutvecklingen lite närmare.

Diagram 3 visar att heroinrelaterade diagnoser utgör den största kategorin. Det är sedan länge känt att heroinet är förknippat med ett större vårdbehov och en

⁸ I diagrammet har endast de fyra viktigaste diagnoskategorierna tagits med. Det är framförallt två relativt stora kategorier som utelämnats, 304W och X, två kategorier där preparaten inte specificerats. Antalet diagnoser inom dessa diagnoser var 1987 runt 330 och ökade till cirka 540 år 1994. Därutöver utelämnades flera kategorier där endast ett mindre antal diagnoser ingått, 304B (barbiturater), 304C (kokain), 304F (hallucinogener) och 304G (sniffning).

högre dödlighet än vad som gäller för andra typer av narkotika. Två andra stora diagnoskategorier är centralstimulantia (oftast amfetaminmissbruk) och ett utpräglat blandmissbruk. Den andra stora inventeringen rörande narkotikamissbrukets omfattning i Sverige som gjordes 1992 (den första genomfördes 1979), visade att det vanligaste intravenösa missbruket i Sverige går att hänföra till amfetamin (Olsson *et al*, 1993). Detta är för övrigt en synnerligen svensk företeelse. Även om man ofta kan tala om huvuddrog är blandmissbruk mycket vanligt.

Antalet heroinmissbrukare har varit färre än antalet amfetaminmissbrukare, men heroinet gav upphov till fler vårdtillfällen än vad som gällde för amfetaminet, något som dock inte ensamt kan förklara hela ökningen av antalet vårdtillfällen, utan ett tillflöde till gruppen har förmodligen skett. En annan grupp som visade på stora öknningar, såväl i relativa som i absoluta tal, är kategorin blandmissbruk (304H). Denna utveckling stöds av andra data, bland annat när det gäller lagföringar i narkotikamål (Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1998 s. 279-282).

Medelåldern bland heroinisterna, om man ser till samtliga som vårdats under perioden, var något halvår högre än vad som gällde för amfetaminmissbrukarna. Blandmissbrukarna i sin tur var något yngre än vad som gällde för amfetaminmissbrukarna. En annan stor grupp som hade en förhållandevis låg medelålder var cannabissmissbrukarna (här anges inte någon specifik medelålder då det är hela materialet som avses, d v s medelåldern för en individ vårdad någon gång under perioden 1987-1994). En närmare beskrivning av fyra olika missbruksgrupper (opiat-, cannabis-, amfetamin- och blandmissbrukare) återfinns i slutet av rapporten.

Dödlighet

Dödlighetstalen bland narkotikamissbrukare är flera gånger högre än i normalbefolkningen. Den totala dödligheten bland amfetaminmissbrukare brukar uppskattas till 1,5 procent till 2 procent per år, medan motsvarande siffra för heroinmissbrukare är omkring den dubbla (Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1998). Bland de individer som vårdades under perioden 1987-1994, 11 242 stycken, avled nära 10 procent (1 116) under åren 1987-1995 (se tabell 2). Dödligheten i totalmaterialet var något högre för männens del (10,3%) än vad som gällde för kvinnorna (8,9%). Det under perioden ökande antalet avlidna skall inte tolkas som att dödligheten bland missbrukare har ökat (även om andra data tyder på att så kan vara fallet). Resultatet är att förvänta med tanke på att det för vart år tillkommer en årskohort vårdade.

Tabell 2. Könsfördelning bland de avlidna som vårdats under perioden 1987-1994.

Dödsår	Män Antal	Män %	Kvinnor Antal	Kvinnor %	Total N
1987	24	64,9	13	35,1	37
1988	54	74	19	26	73
1989	63	70,8	26	29,2	89
1990	74	72,5	28	27,5	102
1991	74	67,9	35	32,1	109
1992	93	71,5	37	28,5	130
1993	127	75,6	41	24,4	168
1994	141	70,5	59	29,5	200
1995	135	64,9	73	35,1	208
Totalt	785		331		1116

Fördelningen mellan könen var i grundmaterialet 32,8 procent kvinnor och 67,2 procent män. Med undantag för årliga fluktuationer ligger också andelarna avlidna bland kvinnor och män omkring dessa tal, varför man måste sluta sig till att dödligheten inte på något avgörande sätt skiljer sig åt mellan könen.

Ett sätt att närmare analysera dödlighetsutvecklingen är att se i vilken grad de som vårdades under 1987 avled under 1988, om de som vårdades 1988 avled 1989 o s v. Det kan givetvis finnas flera förklaringar till att dödligheten i gruppen förändras. Det kan vara gruppens egenskaper, som t ex ålder (ålder är alltid starkt förknippad med hälsa och dödlighet på gruppnivå) och det kan vara yttre samhälleliga förhållanden, t ex tillgång till vård som för med sig att dödligheten påverkas.

Den procentuella årliga mortaliteten, det vill säga dödligheten bland narkotikamissbrukare, har varit ganska konstant under perioden, medan medelåldern hos de som avlidit successivt förskjutits uppåt. Medelåldern bland de avlidna ökade från 34,9 år 1987 till 43,4 år 1995. Mot bakgrund av datamaterialets konstruktion går det inte att dra några bestämda slutsatser om orsakerna till detta. Det är naturligt att fler individer avlider ju längre de följs över tiden. Av samma orsaker kommer de också att vara äldre när de avlider.

Sjuklighet

Hälsa är en central välfärdsvariabel, men på grund av brist på data kan endast en översiktlig beskrivning göras i form av det genomsnittliga antalet vård dagar inom slutenvård.

Narkomaner vårdas självklart inte bara för missbruksrelaterade sjukdomar som förgiftningar, drogberoende eller infektioner. Det förekommer flera andra diagnoser som helt eller delvis kan ha sin orsak i narkotikamissbruk men som inte måste ha det, t ex psykoser, skador efter våld, alkoholrelaterade sjukdomar och andra somatiska åkommor. Här tangerar man problematiken med s k *multipla diagnoser*, d v s individer som har en eller flera psykiatriska diagnoser parallellt med de missbruksrelaterade. Detta område är dåligt utforskat och kommer inte att beröras vidare i denna rapport, men det förfaller viktigt att detta område utforskas närmare, speciellt med tanke på den nedrustning av den slutna psykiatrin som har pågått under 1980- och 1990-talen.

Det är viktigt att påpeka att det är många faktorer som påverkar det genomsnittliga antalet vård dagar under ett år. Faktorer som har stor betydelse är hur vården är organiserad och vilka prioriteringar som görs. Faktum är att dessa i sjukvården inbyggda mekanismer med all säkerhet förklarar varför medelvårdtiderna sjunkit påtagligt både bland vårdkohorten narkomaner och bland befolkningen i sin helhet. Medelvårdtiderna i befolkningen och för samtliga diagnoser låg runt 20 dagar från 1987 till och med 1990. I narkomankohorten låg motsvarande medelvårdtid på 26 dagar (för samtliga diagnoser) under 1987. Vid mitten på 1990-talet låg genomsnittet för hela landet runt 8 dagar per år, medan motsvarande siffra för dem som vårdats för narkomani låg på cirka 13 dagar. Det finns inget som tyder på att Sveriges befolkning skulle ha blivit dubbelt så frisk (hälften så sjuk) under dessa år. Snarare är det fråga om att olika reformer inom sjukvården har slagit igenom och att en allt mindre del av den totala vården sker inom den slutna klinikvården. Ett förhållande som understryker detta är att antalet individer som vårdats var ganska konstant.

Mot bakgrund av ovanstående går det inte att dra några säkra slutsatser eftersom utvecklingen inom sjukvården varit snabb och delvis omvälvande under perioden, vilket i sin tur påverkar statistiken. En jämförelse mellan de genomsnittliga vårdperioderna inom slutenvården visar att dessa minskat från 21 till 8 dagar i hela befolkningen. Utvecklingen i narkomangruppen (årskohorterna) var likartad och vårdtiderna minskade från 26 till 13 dagar. Det innebär att minskningen var lika stor för båda grupperna (13 dagar) men man kan samtidigt konstatera att narkomanerna hela tiden låg på en högre nivå.

Etnicitet

En studie från Malmöregionen visade att antalet (och andelen) andra generationens invandrare som vårdats på narkomanvården, Malmö allmänna sjukhus hade ökat under perioden 1993-1996 (Tops och Silow, 1997). Det är en allmän uppfattning att Skåne-regionen visar tidigt på missbruksmönster som senare tenderar att dyka upp i andra delar av landet.

Andelen i utlandet födda personer bland samtliga vårdade narkomaner varierade mellan 9 procent och 11,4 procent. Andelarna låg alltså på en ganska jämn nivå, men man kunde samtidigt konstatera att antalet utlandsfödda ökade sakta men säkert under perioden. De utlandsfödda var således inte överrepresenterade i förhållande till den andel de utgjorde i befolkningen i början av perioden för den här vårdtypen, medan det mot slutet (1994) fanns en smärre överrepresentation av utlandsfödda⁹. Det var tyvärr också ett förhållandevis stort bortfall på denna variabel. 1987 var bortfallet 9 procent som därefter minskat till mellan 1 procent och 2 procent mellan åren 1990-1994. Det leder till att man säkrare kan uttala sig om dessa år. Inga dramatiska skillnader kan emellertid noteras mellan perioderna 1987-1989 och 1990-1994, vilket tyder på att bortfallet var jämnt fördelat mellan de i Sverige och de i utlandet födda.

Etnicitet i storstadsregionerna

Den regionala fördelningen av de vårdades härkomst kan bara undersökas vid två tillfällen, vilket sammanhänger med att uppgifter hämtats från de båda folk- och bostadsräkningarna och att data rörande etnicitet inte förs in i patientregistret i samband med ett vårdtillfälle. Data finns för den första januari 1986 och för den första januari 1991. 1986 var i Stockholmsregionen 13 procent av de vårdade (gäller hela materialet) utlandsfödda, en siffra som hade ökat till 17 procent 1991.

I Göteborgsregionen kunde man också notera en viss ökning av andelen födda utomlands. Andelen som uppgick till 9 procent 1986, hade 1991 ökat till 11 procent. Även i Malmöregionen kunde en ökning på ett par procentenheter noteras.

⁹ 1987 var 8,2%, 1990 9,2% och 1994 10,5% av Sveriges befolkning födda i utlandet (SCB, 1998).

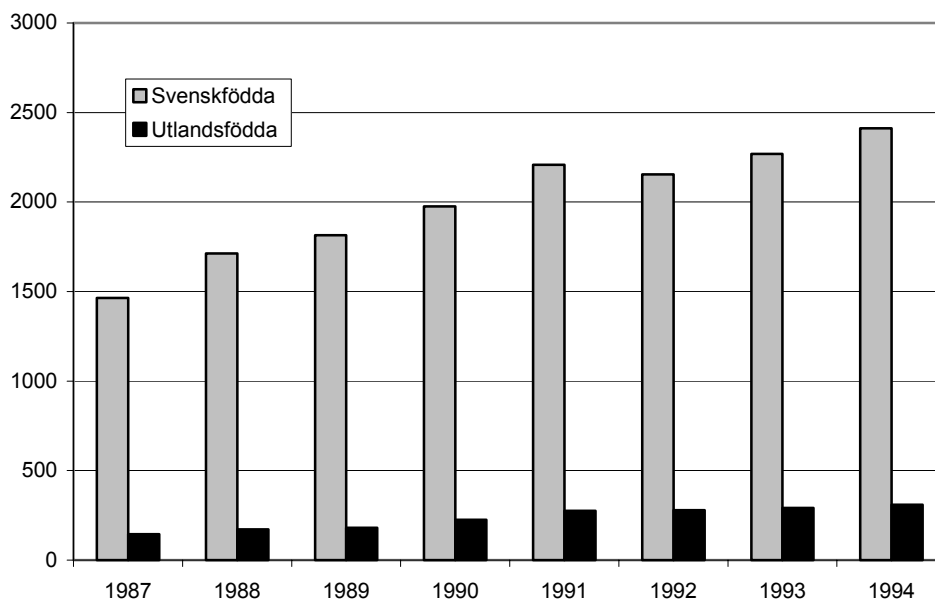


Diagram 4. Antalet svensk- respektive utlandsfödda i de årsvisa kohorterna 1987-1994.

Att andelarna ökat berodde förstås delvis på att invandringen och flyktingsituationen gjort att det fanns ett ökande antal (och andel) människor med utländsk härkomst i landet. Det verkar dock inte som om andelarna som vårdats ökade påtagligt på aggregerad nivå, sett över tid. Det finns ändå anledning att fördjupa sig i problemet mot bakgrund av att data här delvis är inaktuella och mot bakgrund av andra rapporter på området (se t ex Tops och Silow, 1997).

Regionala skillnader

I tabell 3 görs en uppdelning på län. Det är dock inte något lämpligt underlag för att göra bedömningar avseende utvecklingen under perioden varför endast fördelningen så som den såg ut vid årsskiftet 1990/1991 redovisas. Efter den tidpunkten har inga folk- och bostadsräkningar genomförts och inga säkra uppgifter finns att tillgå. Detta hindrar inte att det kan vara intressant att se hur de regionala fördelningarna ser ut, även om utvecklingsaspekten här inte kommer till sin rätt. En iakttagelse, som understöds av tidigare undersökningar, är hur pass koncentrerat missbruket är till de tre storstadsregionerna. Cirka 62 procent av det totala antalet vårdade var att hänföra till en av dessa tre regioner. Över 40 procent av de vårdade kom från Stockholmsregionen. Narkotikamissbruket är mycket av ett storstadsfenomen och det finns inget i detta material som motsäger detta.

Tabell 3. Vårdade i olika regioner. Fördelning vid de båda Folk- och bostadsräkningarna 1985 och 1990 (1 januari 1986 och 1 januari 1991).

Län	1990	%
Stockholm	4332	40,1
Uppsala	396	3,7
Södermanland	242	2,2
Östergötland	344	3,2
Jönköping	271	2,5
Kronoberg	83	0,8
Kalmar	165	1,5
Gotland	51	0,5
Blekinge	105	1,0
Kristianstad	269	2,5
Malmöhus	1405	13,0
Halland	161	1,5
Göteborg o Bohus	915	8,5
Älvsborg	292	2,7
Skaraborg	145	1,3
Värmland	242	2,2
Örebro	284	2,6
Västmanland	249	2,3
Kopparberg	156	1,4
Gävleborg	205	1,9
Västernorrland	156	1,4
Jämtland	86	0,8
Västerbotten	167	1,5
Norrbottn	95	0,9
	10816	100,0

Arbetslöshet

En snabb strukturomvandling leder ofta till s k strukturarbetslöshet. Exempel på sådan arbetslöshet kan vara den som uppstod under den s k varvskrisen under 1970- och 1980-talen eller de senaste årens nedskärningar inom den offentliga sektorn. Å andra sidan fanns det samtidigt en stark tillväxt inom andra branscher, t ex inom IT-branschen. Själva poängen i sammanhanget är att det är sällsynt att kunskaper inom en bransch är direkt överförbara till en annan, vilket leder till en arbetslöshet koncentrerad till en eller flera branscher och den del av befolkningen som har sin kompetens inom dessa områden.

I motsats till många andra industriländer kännetecknades den svenska arbetsmarknaden av låg arbetslöshet under hela 1970- och 1980-talen. Lågkonjunkturen i början av 1990-talet var den djupaste som drabbat Sverige sedan krisen under 1930-talet. Under tre år i början av 1990-talet, 1991-1993, steg den öppna arbetslösheten från runt 1 procent till 8,2 procent. Det motsvarar en minskning av sysselsättningen med över en halv miljon arbetstillfällen. Under de påföljande åren vände konjunkturen visserligen något uppåt, men de omstruktureringar och rationaliseringar som gjorts inom det svenska näringslivet medförde att den andel som stod utanför arbetskraften förblev mer eller mindre oförändrad fram tills 1996-1997 (Social Rapport, 1997).

De som relativt sett drabbades hårdast av arbetslösheten var männen, i varje fall under perioden fram till 1995. Däremot var andelen kvinnor som var undersysselsatta (partiellt arbetslösa) betydligt större än vad som gällde för männen. När det gällde olika åldersgrupper var det de yngsta, 16-24 år, som visade på den största ökningen i andelen arbetslösa. I denna grupp ingår givetvis individer som aldrig kommit in på arbetsmarknaden, t ex efter avslutade utbildningar. De i åldrarna 55 år och äldre är de som berörts minst av förändringarna på arbetsmarknaden.

Det var och är stora skillnader mellan svenskar och invandrare¹⁰ när det gäller arbetslöshet. Bland svenskar har andelarna i arbete sjunkit från 83 procent till 80 procent mellan 1992 och 1995, d v s med tre procentenheter. För invandrare från övriga Europa (utom Norden) var motsvarande minskning 8 procentenheter, från en redan låg nivå på 73 procent till 65 procent.

Andelen arbetslösa i procent av arbetskraften uppvisar ett liknande mönster. Den andel svenskar (av svenskar i arbetskraft) som var arbetslösa 1992 uppgick till 4 procent, 1995 hade denna andel ökat till 5 procent. För invandrare från europeiska länder utanför Norden var motsvarande ökning 3 procentenheter, från 6 procent till 9 procent och för invandrare från länder utom Europa från 11 procent till 15 procent, d v s en ökning med 4 procentenheter.

När det gäller arbetslöshet kan man förvänta sig att vissa personer i arbetskraften löper en större risk än andra att bli arbetslösa. Forskning har visat att i tider av ökande arbetslöshet tenderar hälsomässigt svagare grupper att slås ut före andra, vilket leder till att de som har arbete genomsnittligt (på gruppnivå) har bättre hälsa än de som befinner sig utanför arbetskraften. Fenomenet har kallats "Healthy worker effect". På motsvarande sätt ökar även svårigheten för de som är sjukliga att få ett arbete (se t ex Vogel *et al*, 1992). Man kan mycket väl tänka sig att en liknande effekt finns även när det gäller ett socialt avvikande beteende, som till exempel missbruk av narkotika eller alkohol.

¹⁰ Invandrare var i detta fallet utrikes födda personer.

Den variabel som ingår i Sociala Databasen och som kan användas för att skatta arbetsdeltagande är arbetsinkomst. Variabeln utgör inget absolut mått på arbetslöshet eftersom man kan ha en arbetsinkomst från ett högst tillfälligt arbete, men den säger ändå något om i vilken grad någon varit anknuten till arbetsmarknaden. Tillsammans med uppgifter om erhållen dagpenning från a-kassan och kontant arbetsmarknadsstöd (KAS) kan man däremot få en ganska god bild av hur det såg ut när det gällde arbetssituationen.

Det finns som nämnts inte några uppgifter som direkt indikerar om någon har varit arbetslös eller ej. Dessutom kan någon vara i arbete under endast en del av året. Däremot finns det andra variabler som i någon mån beskriver, om inte nivån, i alla fall utvecklingen i gruppen. Utöver detta förefaller det, av nivåerna att döma, som om många hade arbetsinkomster av mer tillfällig karaktär. För att belysa detta ytterligare kan man t ex konstatera att 64 procent av samtliga hade en arbetsinkomst under 1987 som understeg 50 000 kronor¹¹. Motsvarande andel var under 1994 72 procent.

Samtidigt skedde en påtaglig ökning av andelen vårdade som helt saknade arbetsinkomster. Dessa utgjorde runt 25 procent åren 1987 till 1990 och ökade därefter successivt till 49 procent 1994. Bland kvinnorna var andelarna något högre i början av perioden men mot slutet (1994) var andelarna så gott som identiska.

Utvecklingen såg likartad ut om man studerar de som vårdats olika år i olika ålderskategorier. Av de som vårdades 1987 och var under 30 år hade 80 procent en arbetsinkomst under det året. I gruppen över 30 år var motsvarande siffra 67 procent. Nivåerna var snarlika 1990. Året 1994 hade andelarna som hade arbetsinkomst minskat till 52 procent i gruppen yngre än 30 år och 44 procent bland dem 30 år och äldre. Det var således vanligare att yngre haft en arbetsinkomst än de äldre även om den negativa utvecklingen från 1990 och framåt varit likartad i båda ålderskategorierna. Några skillnader mellan könen förekom inte 1987, men uppstod mellan 1990 och 1994 då kvinnorna i något högre grad än männen saknade arbetsinkomster (över 50 procent för båda könen saknade inkomst av detta slag 1994) och kan på goda grunder antas ha varit arbetslösa, i vart fall när det gäller beskattat arbete, under de redovisade åren.

¹¹ Genomsnittlig arbetsinkomst var 1987 för anställda i åldersgruppen 20-64 år 112 000 kronor och för 1994 176 000 kronor.

Inkomster

Som konstaterades i inledningen har utvecklingen generell i samhället, åtminstone under den period som är aktuell här, inneburit att de fattiga inte blivit fler till antalet men att de blivit fattigare. Inkomstklyftorna bland olika ekonomiska skikt har också blivit större sedan början av 1990-talet.

Arbetsinkomster var genomgående den största inkomstkällan bland de i materialet ingående individerna, även om dess betydelse avtagit ganska påtagligt under perioden (se diagram 5). Inkomstformen ifråga användes även som en indikator på graden av anknytning till arbetsmarknaden och beskrevs därför även i det föregående.

Inkomsterna bland de i materialet ingående var dock förhållandevis låga. Utvecklingen kännetecknas framförallt av att arbetsinkomsterna sjunkit efter 1990 och att detta bortfall ersatts av bidrag och ersättning från a-kassa. Arbetsinkomsterna ökade genomsnittligt fram till och med 1990 men minskade därefter varje år fram till 1994. Liknande resultat har man funnit i de case-findingundersökningar som genomförts av Stockholms socialförvaltning under 1990-talet (Guttormsson, *et al* 1999). Motsvarande utveckling i befolkningen som helhet visar på en ökning som visserligen avmattas några år in på 1990-talet. Det är ganska självklart att ett sådant grovt mått på arbetsinkomster som ett medelvärde ändå utgör kan gömma betydande skillnader på gruppnivå.

De a-kasseersättningar som varit aktuella under perioden gäller låga belopp (i genomsnitt cirka 2 000 kronor 1987 och 6 000 kronor 1994) och dessutom var det endast 12 procent som uppbar någon typ av a-kassa under 1987. Denna andel var i stort densamma under 1994. Detta är sannolikt följderna av att man allmänt sett haft svårt att uppfylla arbetsvillkoren för arbetslöshetsersättning, vilket i sin tur ytterligare visar hur pass svag kopplingen var till den reguljära arbetsmarknaden.

Kontant arbetsmarknadsstöd (KAS) är en ersättning som utgår då någon inte varit berättigad till a-kassa. Denna ersättningsform stod under hela perioden för en mycken liten del av inkomsterna. Medelersättningen ökade från något hundratal kronor till 400-500 kronor per år (se diagram 5). Här fanns det dock ganska stora skillnader mellan könen och män hade genomgående högre ersättning än kvinnor¹².

¹² Skillnaden var statistiskt signifikant samtliga år enligt T-tester på 5%-nivå.

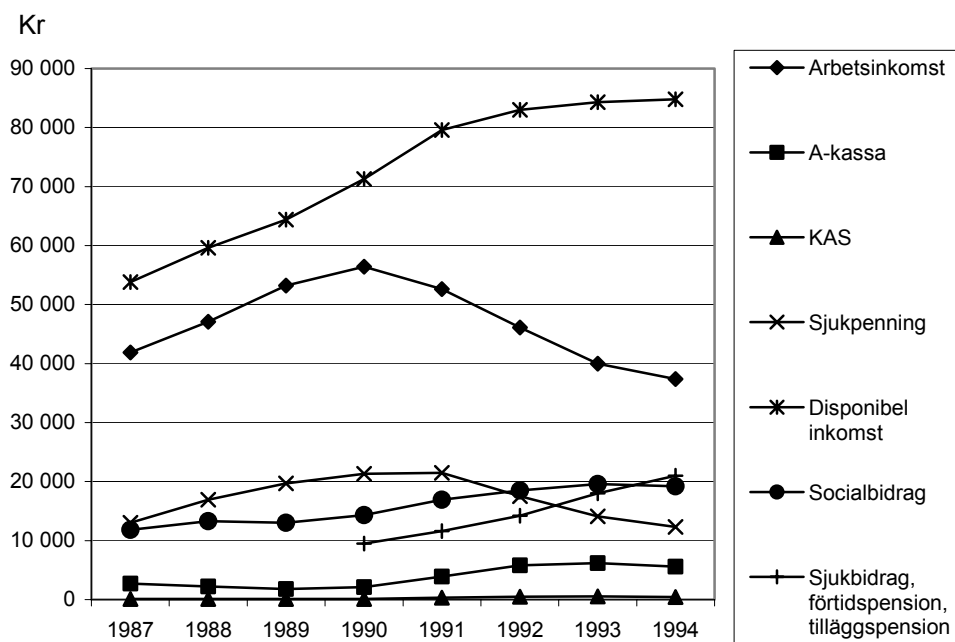


Diagram 5. Medelinkomster bland samtliga vårdade under perioden 1987-1994¹³.

Sjukpenning (skattepliktig) har utgjort en icke obetydlig del av inkomsterna. Utvecklingen liknar den som gäller för arbetsinkomster, något som inte är oväntat eftersom sjukpenningen kräver en arbetsinkomst. Utvecklingen återspeglar därför även kopplingen till arbetsmarknaden. De medelbelopp som gällt var vid 1987 ca 12 000 kronor, vid 1990 drygt 20 000 för att vid 1994 åter ligga runt 12 000 kronor per år. Det var inte några stora skillnader mellan könen i detta avseende.

När det gällde pensioner fanns ett sammanfattande mått tillgängligt (innefattar sjukbidrag, folkpension samt tilläggspension) för åren 1990-1995. I stort följde denna variabel utvecklingen av andra bidrag. Från en ”låg” snittnivå 1990 ökade beloppen år från år till och med 1994.

Förtidspensioner och sjukbidrag är inte ovanliga inkomstformer bland missbrukare. Dels hänger det givetvis ihop med de enskilda individernas livssituation och fysiska status, dels är det ett faktum att de allmänna arbetsmarknadsförhål-

¹³ Observera att man inte kan summera de olika inkomsterna till den disponibla inkomsten. Det är som regel bruttobelopp som avses, medan den disponibla inkomsten är beskattad. Dessutom har andra avdrag gjorts – se bilaga 2.

landena påverkar besluten i detta avseende¹⁴. Jämförbara data rörande dessa uppgifter fanns tillgängliga endast för åren 1990-1994. Det framgår tydligt att det skett en ökning sedan 1990 och på samma sätt som med de andra ersättningsformerna har inkomsterna härifrån kompenserat för bortfallet av arbetsinkomster.

Det mest centrala och sammanfattande tillgängliga inkomstmåttet var den disponibla inkomsten (inkomst från arbete plus bidrag minus skatt, se bilaga 1 för närmare beskrivning). Sammantaget har den inte minskat utan snarare kan utvecklingen beskrivas som att ökningen avmattats och planat ut under den första halvan av 1990-talet (se diagram 5). Genomgående har kvinnor haft en högre disponibel inkomst än männen. En möjlig förklaring till detta skulle kunna vara att de i högre grad än männen haft barn i sin omvårdnad. De som vårdades 1987 hade under samma år en disponibel inkomst på 57 000 för män och 64 000 för kvinnor. 1994 uppgick männens inkomst till 75 000 kronor medan kvinnornas var 85 000 kronor (observera att medelinkomsten är något högre i det totala materialet, d v s samtliga årskohorter som använts för att konstruera diagram 5).

Det förefaller även som om den utvecklingen gäller för samtliga, med undantag för en ökning av antalet individer som helt saknade disponibel inkomst. Dessa ökade från drygt ett 20-tal individer med vårdtillfälle 1987 till 40 som vårdats under 1994. Det fanns alltså ett mindre antal människor som helt saknade registrerade inkomster. Gruppen var mer eller mindre konstant mellan 1987 och 1992 men 1993 ökade antalet.

Det kan vara värt att notera att det under perioden har skett försämringar i socialbidragsnivåerna. Detta gör att de sammanlagda bidragsbeloppen inte ger en heltäckande bild av utvecklingen av socialbidragen i gruppen (d v s samma belopp kan fördelas över en längre tidsperiod). Dessa belyses därför närmare i ett eget avsnitt där fokus ligger på hur många månader som en individ fått bidrag under ett år, istället för nivåerna på bidraget.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att arbetsinkomsterna under 1990-talets första hälft stod för en allt mindre del av den disponibla inkomsten, även om inkomstformen dominerade. Samtidigt var det allt färre som haft någon arbetsinkomst överhuvudtaget. Det är alltså inte bara på det viset att inkomsterna blivit allt lägre, utan de tjänas samtidigt av allt färre. I stigande grad har arbetsinkomsterna ersatts av bidrag, förtidspensioner och/eller sjukbidrag. Det förefal-

¹⁴ De formella grunderna för hur förtidspensioner och sjukbidrag fastställs har ändrats. I oktober 1991 upphörde möjligheterna till förtidspension på rent arbetsmarknadsmässiga grunder men de gamla reglerna gäller dels den som fick förtidspension innan de nya reglerna trädde i kraft, dels den som före den 1 januari 1990 blev uppsagd på grund av arbetsbrist (uppgifter från Försäkringskassans hemsida, augusti 1999).

ler samtidigt som om samhällets skyddsnät fyller sin funktion, i vart fall för gruppen som helhet, något man kan sluta sig till genom att den disponibla inkomsten inte sjunker. Det kan dock ha funnits ett ökande antal individer som hamnade utanför trygghetssystemen (hade en problemanhopning) utan att detta märks på de genomsnittliga nivåerna.

Fattigdom

Det finns flera definitioner på vem som skall betraktas som fattig. En vedertagen sådan definition är t ex den som OECD använder, d v s som har en inkomst som är lägre än 50 procent av medianinkomsten¹⁵ i landet. I 1997 års Social Rapport (Socialstyrelsen, 1997), användes ytterligare ett närbesläktat begrepp, *ansamling av problem*, vilket innebär att någon har en problemansamling innefattande vart och ett av områdena arbete, ekonomi och boende.

Av tekniska orsaker jämfördes först medelinkomsten mellan de vårdade och den övriga befolkningen i åldersintervallet 20-64 år. Anledningen till att de yngsta och de äldsta har tagits bort ur analysen är att de oftare befinner sig utanför ”arbetsför” ålder och därför inte kan förväntas ha några större inkomster (åtminstone inte de yngre). Detta i sin tur snedvrider sannolikt resultatet för övriga individer. Dessutom hamnar inkomstnivåerna närmare de ”sanna” nivåerna.

I SCBs olika redovisningar om inkomsterna i Sverige används uteslutande den disponibla inkomsten för hushållet. Anledningen är att vissa inkomster kan tillfalla hushållet och inte individen och man anser att måttet disponibel inkomst normalt sett är mindre pålitligt på individnivå. I denna rapport används dock individdata eftersom fokus inte på något sätt varit familjen, utan snarare nivåerna sett i ett jämförande perspektiv och då inte minst utvecklingen över tid. Det är troligt att vissa komponenter utelämnats men detta gäller i så fall för de vårdade likaväl som för hela befolkningen varför måttet torde vara relevant i detta sammanhang.

¹⁵ Medianen används för att måttet är mindre känsligt för extremvärden, än vad som är fallet med det aritmetiska medelvärdet. Inkomstfördelningar är alltid mer eller mindre skeva (lognormala), med en ansamling av observationer i den lägre ändan och en lång svans i den högre.

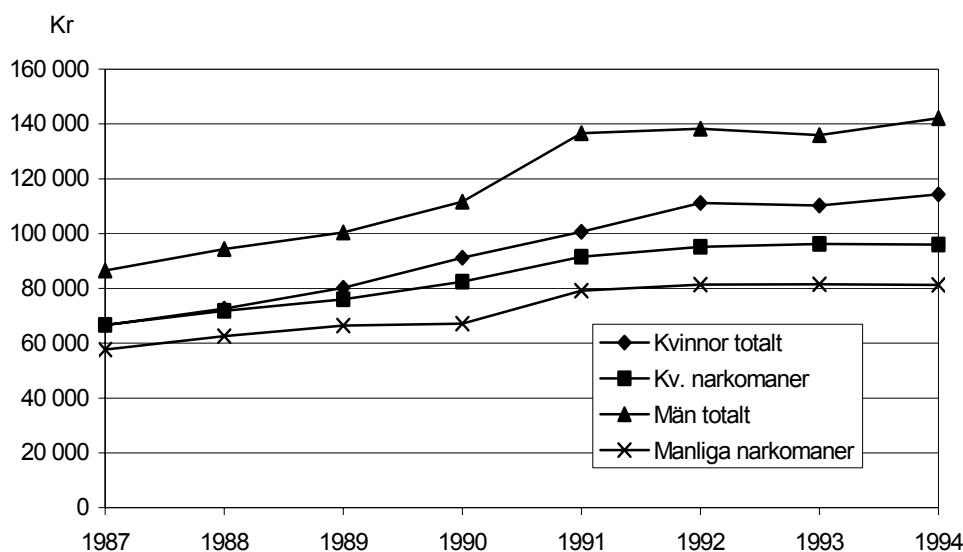


Diagram 6. Den genomsnittliga årliga disponibla inkomsten i befolkningen och bland vårdade för narkomani i åldrarna 20-64 år 1987-1994.

I diagrammet ovan har medelvärdet beräknats på samma sätt för de vårdade som för befolkningen som helhet. Även om sättet att räkna lämnar en del övrigt att önska utifrån ekonomiskteoretiska utgångspunkter (se diskussionen ovan), äger det sin giltighet främst med avseende på nivåerna i förhållande till varandra och utvecklingen av dessa relativa förhållanden. Det framgår tydligt att utvecklingen är påfallande likartad när det gäller de olika grupperna. För samtliga grupper gäller att det är runt året 1991 som lågkonjunkturen märks på de disponibla inkomsterna, kurvan planade då ut och inte mycket hände mellan 1991 och 1994. På denna punkt är det bara medelinkomsten bland kvinnor generellt som ökade, men avståndet till männen är ungefär lika stort i slutet av perioden som det var i början.

Främst kan man konstatera att bland befolkningen i allmänhet låg kvinnornas disponibla inkomster genomgående på en lägre nivå än männens. Bland narkomaner gällde det motsatta och kvinnorna hade under hela perioden större disponibla inkomster än männen. Överhuvudtaget var de vårdade kvinnorna mer lika sina systrar i övriga befolkningen jämfört med vad som gällde för de vårdade männen. Man kan även notera hur inkomsterna under 1987 bland de vårdade kvinnorna bara skilde sig marginellt jämfört med övriga. Det är förvånande och kan möjligen vara resultatet av det något problematiska med variabeln disponibel inkomst på individnivå (se diskussionen på föregående sida). Med tiden förändrades dock detta och de vårdade kvinnorna hade allt lägre disponibla inkomster relativt övriga kvinnor.

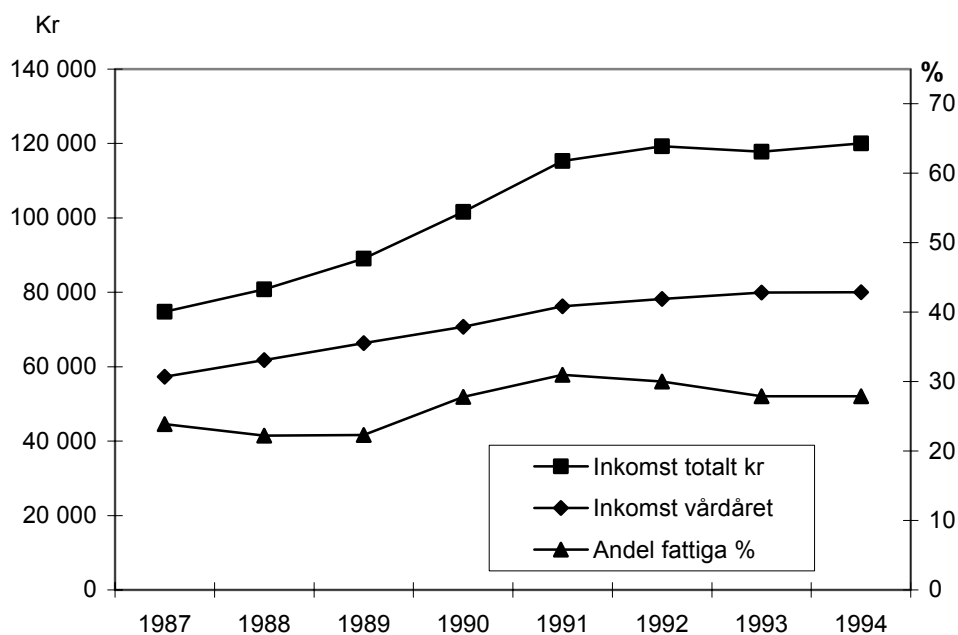


Diagram 7. Medianinkomsten i befolkningen och bland narkomaner det år de vårdats, samt andelen fattiga narkomaner enligt OECDs definition 1987-1994.

Andel fattiga enligt OECD definitionen

Som nämndes i det föregående används en gräns, det s k fattigdomsstrecket, då man räknar en individ eller ett hushåll som fattigt. En genomsnittlig inkomstnivå kan öka i ett samhälle men detta säger egentligen inte någonting om hur inkomsterna fördelas. Den genomsnittliga inkomsten är ju densamma i ett samhälle på 1 000 personer om en individ har en inkomst på 1 000 000 och alla andra noll eller om alla individer tjänar tusen kronor var.

Diagrammet ovan visar en utveckling motsvarande den som redovisades tidigare, nu i form av medianinkomster. Dels finns det metodologiska skäl att använda medianer istället för medelvärden, dels kan man även koppla det till OECDs fattigdomsdefinition. När det gäller den disponibla inkomsten ökade avståndet mellan befolkningen och de vårdade narkomanerna fram till 1991. Efter det året ligger inkomsterna i grupperna på ett ganska konstant avstånd från varandra och de vårdades inkomster uppgick till runt 66 procent av medianinkomsten i riket.

Fattigdomskurvan återspeglar i någon mån utvecklingen ovan. Andelen fattiga som låg runt 22 procent i slutet av 1980-talet ökade sakteliga, hade en topp 1991, för att åren därpå falla tillbaka något till en nivå på 28 procent både 1993

och 1994. Av detta måste man dra den inte alltför oväntade slutsatsen att andelen (och antalet) fattiga inom de studerade vårdkohorterna ökade mellan åren 1987 och 1991. I totalbefolkningen gällde snarast att de fattiga inte ökade i antal under perioden, medan de däremot blev fattigare. 1994 räknades 8% av de svenska hushållen som fattiga (Socialstyrelsen, Social Rapport, 1997).

Skulder

En individs försörjningssituation bestäms givetvis inte enbart av dennes inkomster och tillgångar. För att få en mer heltäckande bild av situationen beskrivs i det följande vilka skulder de vårdade hade under perioden. En indikator som skulle ge vidare information i saken är data rörande skuldsanering, men eftersom denna möjlighet funnits endast under året 1994¹⁶ berörs inte skuldsaneringen här. Här skiljs istället på skulder gentemot det allmänna och mot det enskilda. Det är inte känt vad som givit upphov till de olika skulderna men skulder gentemot det allmänna innefattar vanligtvis sådant som obetalda skatter, avgifter och böter. Skulder gentemot enskilda innefattar fordringsägare som kan vara privata personer, men det kan även vara, vilket är vanligare, privata företag (se bilaga 1 för en närmare beskrivning).

Då datamaterialet är en summering över tiden där det inte är möjligt att skilja ut från vilket år skulden härrör, studeras istället de olika årskohorterna med kontroll för tidigare vårdtillfälle, det vill säga det är de nytillkomna fallen som är av intresse.

Utvecklingen (se diagram 8) kännetecknades av att männens skuldbörda ökade under den studerade perioden. Det var framförallt skulderna gentemot det allmänna som ökade och det genomsnittliga skuldbeloppet uppgick 1994 till nära 25 000 kronor för männens del, men även skulderna till enskilda ökade. Kvinnornas genomsnittliga skulder var lägre med undantag för det första året. 1994 uppgick kvinnornas genomsnittliga skuld till det allmänna till 10 800 kronor. Skulderna till enskilda var genomgående lägre och påfallande lika för kvinnor och män. Skuldbeloppen låg runt 5 000 kronor under perioden 1987-1994.

¹⁶ Skuldsaneringslagen gäller från och med den 1 juli 1994.

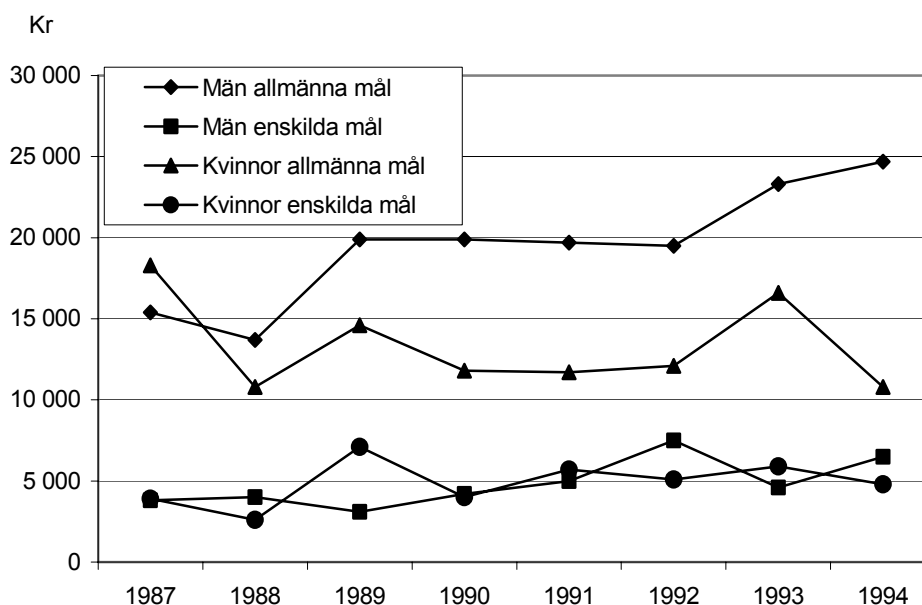


Diagram 8. Skulder till allmänna och enskilda fordringsägare 1987-1994.

Det har inte varit möjligt att jämföra de ovan redovisade nivåerna med något motsvarande för befolkningen som helhet, då dessa uppgifter inte rutinmässigt sammanställs på riksnivå. Vad man måste hålla i minnet är att medan det är vanligt att människor har skulder så gäller det vanligen skulder till hypoteksinstitut, banker, Centrala studiestödsnämnden o dyl. De här redovisade skulderna följer som ett resultat av en domstolsprocess, där vederbörande ådömts att betala en eller flera fordringsägare, enskilda eller allmänna. I materialet var det endast 28 procent bland kvinnorna som *inte* hade något sådant krav på sig. Motsvarande andel bland männen uppgick till 23 procent.

Socialbidrag

Ett intressant fynd som gjordes av Flyghed (1995), var det faktum att en icke försumbar andel av dem som vräktes egentligen var berättigade till bostadsbidrag men att dessa individer inte hade sökt bidraget ifråga. Orsakerna till detta vet man inget om, men man kan spekulera kring sådant som att man upplever det som "skamligt", men det kan även vara så att man inte haft kunskapen om att man varit berättigad till bidraget. Frågan är om liknande mekanismer kan ha funnits med i bilden när det gäller socialbidrag. Dessutom förefaller det som om ekonomiskt fattiga och socialbidragstagare i liten utsträckning är samma perso-

ner. Av de hushåll som hade årsinkomster under socialbidragsnormen fick endast en femtedel socialbidrag (Socialstyrelsen, 1995).

I det totala materialet fanns det en grupp (11,7 procent eller 1 310 individer) som inte under hela perioden uppburit något socialbidrag. Studerar man gruppen lite närmare kan man göra några iakttagelser. Kvinnorna var klart överrepresenterade och utgjorde här 50,5 procent mot 32,8 procent i totalmaterialet. Dödligheten bland socialbidragstagare var även förhöjd relativt övriga; 13,6 procent jämfört med 9,9 procent i hela materialet.

Andelen socialbidragstagare förändrades inte nämnvärt under perioden. Där emot förlängdes successivt den tid under vilken man i genomsnitt uppburit socialbidrag. Fördelningarna i kategorierna (mindre än 1, 1-9 samt 10 månader eller mer) nyanserar resultatet ytterligare (se diagram 10). Framförallt har det skett en övergång från den minst bidragstagande kategorin till mittenkategorin. Den mest marginaliserade gruppen förhåller sig ganska konstant under perioden, även om en svag ökning kunde noteras under 1990-talet. Utvecklingen var snarlik för båda könen. Övergången skedde i en jämn takt mellan åren 1985-1989, varefter den accelererade mellan åren 1989 och 1990. 1991 kulminerade övergången och därefter verkar fördelningen mellan kategorierna ha stabiliserats. Möjligen kan man skönja en svag övergång från mittenkategorin till den minst socialbidragstagande.

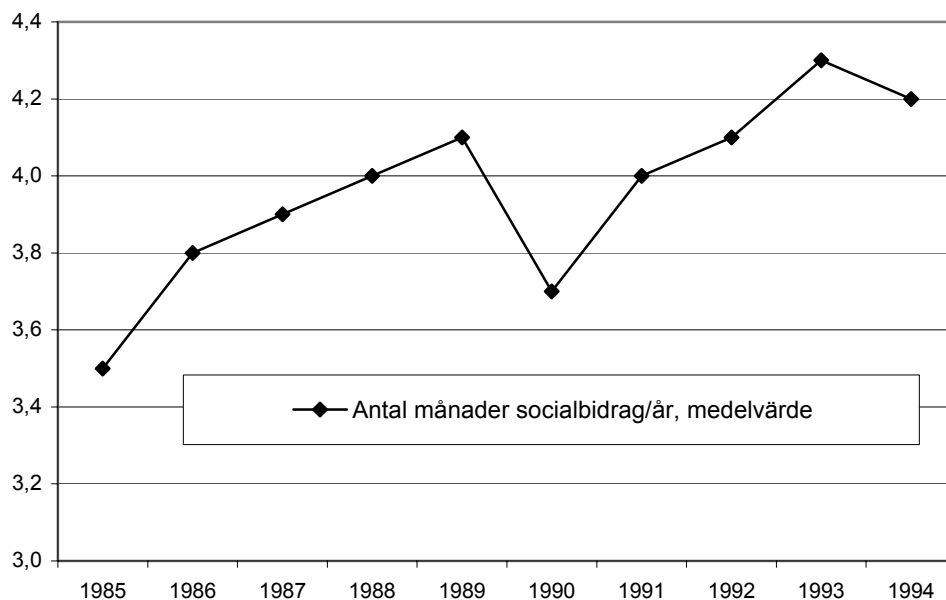


Diagram 9. Genomsnittligt antal månader med socialbidrag per år 1985-1994.

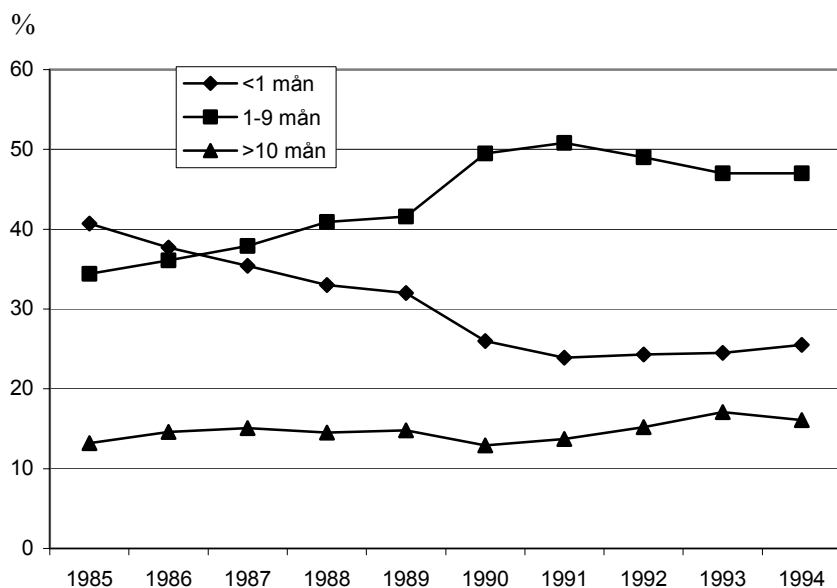


Diagram 10. Fördelningen i kategorierna upp till 1, 1-9 samt 10 månaders socialbidrag per år.

Avslutningsvis kan man konstatera att mellan 77-79 procent av gruppen under perioden har fått socialbidrag under vårdåret. Socialbidragscykeln innebär, i vart fall genomsnittligt, att vårdåret utgjorde en topp då man mottog som mest bidrag. Åren innan var nivåerna lägre och åren efter vårdtillfället föll nivåerna tillbaks. Den andel som inte fick något socialbidrag under vårdåret ökade något under perioden och var som högst 1994 (23,4%). Detta kan tyckas motsägelsefullt men det skulle kunna förklaras av att kriterierna för att uppbära bidrag skärptes under perioden. Det blev svårare att få socialbidrag och nivåerna sänktes eller frystes, vilket ledde till att något färre erhöll bidrag. Samtidigt förlängdes perioderna bland dem som mottog bidrag. En ytterligare förklaring skulle kunna vara den som nämndes inledningsvis i detta avsnitt, att alla inte ansöker om socialbidrag. Anledningarna till detta kan diskuteras men en tänkbar förklaring skulle kunna vara en ökad motvilja att söka bidrag. Som jämförelse kan här nämnas att runt 10 procent av rikets samtliga hushåll, eller 8 procent av den totala befolkningen i landet fick socialbidrag 1993 (Socialstyrelsen, 1995).

Bostadssituationen

Boendet har en central betydelse i människors liv. Det är också självklart att fördelningen av ekonomiska resurser som råder i ett samhälle även kommer att

påverka och bestämma boendeförhållanden för olika grupper. Förändringar i boendeförhållanden som haft sin bakgrund i strukturella förhållanden har alltid funnits. Dels kan det vara fråga om strukturella förhållanden av mer generell karaktär, som övergången från jordbrukssamhälle till industrisamhälle som på ett mycket påtagligt sätt påverkat utvecklingen av var och hur vi bor (se t ex Franzén och Bohm, 1993), dels kan det vara mer kortsiktiga förändringar som skett oförutsett och snabbt. Exempel på det senare är t ex en ökad invandring som kan följa på oroligheter i vår omvärld (ett exempel är upplösningen av det forna Jugoslavien) eller en kraftig lågkonjunktur. Det är självklart så att vissa utsatta grupper är mer sårbara än andra när det gäller förändringar på bostadsmarknaden.

I en studie kring de svartas situation i USA konstaterade forskarna att boendesegregation ligger bortom vad någon enskild individ kan påverka, samtidigt som den begränsar vissa individers livschanser oberoende av individuella motiv eller prestationer (Massey och Denton, 1993). Även om förhållandena i USA inte direkt kan översättas till svenska förhållanden så gäller iakttagelserna om individernas ojämlikhet på bostadsmarknaden i någon mån även för Sverige.

Bostadssegregering kan karakteriseras på olika sätt beroende på vilka sociala dimensioner som studeras. Studier kring detta kan framförallt delas in i tre olika huvudtyper; *socioekonomisk*, *demografisk* och *etnisk*. När det gäller den etniska segregationen är utvecklingen entydigt negativ och *"även om forskningsläget inte i alla avseenden är tillfredsställande, är det nog korrekt att konstatera, att politiken haft ännu svårare att formulera hur den av forskare och myndighetspersoner beskrivna verkligheten skall kunna förändras till något påtagligt bättre för de marginaliserade"* (Andersson och Molina, 1996).

Utöver det faktum att individer eller grupper omplaceras i det geografiska rummet, finns det en grupp människor som inte har något ordnat boende överhuvudtaget. I en studie kring hemlöshet under perioden 1982-1994 (Flyghed, 1995) konstateras att för 85 procent av dem som vräkts från sina lägenheter skedde detta på grund av att hyran inte betalats i tid. En viktig förklaring var att de hushåll som vräkts hade väsentligt lägre inkomster än befolkningen i övrigt och dessutom saknade kontantmarginal¹⁷ (se Stenberg, 1990 s. 74 och Flyghed, 1995 s. 101). Utvecklingen när det gäller vräkningar har varit dramatisk, 1987-1990 verkställdes årligen mellan 4 000-5 000 vräkningar. 1994 hade den nivån i stort sett fördubblats (Flyghed, 1995).

När det gällde bostadsförhållanden finns inte någon variabel som gör det möjligt att år för år följa utvecklingen, utan vi är hänvisade till data från 1985 och

¹⁷ Kontantmarginal motsvaras av om den tillfrågade skulle kunna skaffa fram 10 000 kronor på en vecka.

1990 då folk- och bostadsräkningarna genomfördes. Eftersom det inte fanns vårddata tillgängliga förrän året 1987 kommer endast situationen 1990 att belysas. Bilden kompletteras dessutom med uppgifter om genomförda vräkningar som säger en del om utvecklingen i gruppen.

Enligt Konsumentverket skedde en nära 70 procentig höjning av hyrorna mellan 1990 och 1993. Detta som en följd av en rad riksdagsbeslut. Den största höjningen genomfördes 1991 då effekterna från skattereformen året innan slog igenom (Flyghed, 1995). Det är mot den bakgrunden mycket synd att vi inte kan studera utvecklingen en bit in på 1990-talet, men det är möjligt att antalet vräkningar kan ge en indikation om vart utvecklingen tog vägen under de första åren på 1990-talet. Detta blir ännu mer relevant då man betänker att socialt utsatta människor i högre grad än andra blir vräkta, även om det dessutom har skett en ökning av personer som inte tidigare varit kända hos socialtjänsten.

Hushållstillhörighet

Med hjälp av data från FoB kan man studera huruvida någon är skriven på en bostad eller om vederbörande förts till den restkategori som innebär att man saknar egen adress (se variabelbeskrivningarna i bilaga 1 för närmare beskrivning). Att jämföra hushållstillhörigheten från bostadsräkningarna 1985 och 1990 förefaller inte meningsfullt eftersom de personer som ingår i materialet inte registrerats före 1987. Istället jämförs data från 1990 års bostadsräkning med avseende på bostadssituationen i befolkningen och bland narkomaner.

För kvinnor gällde 1990 att 3,6 procent av befolkningen som helhet gick att tillföra den restkategori som inte är skrivna på någon bostad. I vårt material var motsvarandeandel 26,8 procent.

Bland män totalt i landet var 4,6 procent klassificerade på detta sätt i FoB 1990 (SCB, 1992c), medan siffran bland de narkomanvårdade uppgick till 36,3 procent. En förklaring kan vara institutionsbehandlingar och fängelsevistelser, vilket kan medföra att en individ klassificerats på detta sätt. Icke desto mindre kan det vara viktigt att känna till att cirka en tredjedel av de vårdade saknar ett ordnat boende vid en viss given tidpunkt. Därmed inte sagt att de inte har någonstans att bo, de kan mycket väl vara inneboende i någon annans bostad men, de saknar en egen adress.

Verkställda vräkningar (avhysningar)

Uppgifter om verkställda vräkningar (avhysningar) finns tillgängliga för hela den studerade tidsperioden. Detta gör det möjligt att på ett annat sätt än när det gäller hushållstillhörighet studera utvecklingen av bostadssituationen.

Uppgifterna ger vid handen att det skett en ganska brant uppgång under de senare åren, speciellt 1993 och 1994. Under åren 1989 till 1992 pendlade antalet ansökningar om avhysning av de narkomanvårdade runt ett tiotal per år för att under påföljande år öka till 129 stycken 1993 och 309 år 1994. Förvisso så verkställs inte alla begärda avhysningar. Det förefaller som om medan antalet ansökningar befann sig på en lägre nivå, dvs till och med 1992, så fullföljdes i stort sett samtliga. När antalet ansökningar ökade, så ökade även andelen som inte avhystes. Året 1994 var det nära 40 procent av de begärda avhysningarna som inte blev verkställda. Oavsett detta förhållande så säger ansökningarna i sig självt en del om hur situationen över tid såg ut hos de vårdade. Förhållandet mellan könen är ganska likartat, möjligen med det undantaget att begärda avhysningar när det gällde kvinnor verkställdes i något mindre grad än vad som gällde för män. Det sistnämnda kan vara ett resultat av att kvinnor oftare har vårdnaden av barn, vilket i sin tur fört med sig att de begärda avhysningarna inte godkänts.

Brottslighet

Under det moderna narkotikamissbrukets första år under 1960-talet kom många kriminella att etablera ett missbruk, i synnerhet ett intravenöst amfetaminmissbruk (Andersson, *et al* 1985). Sedan 1988 är det dessutom kriminellt att bruka narkotika *per se* och 1993 infördes fängelse i straffskalan och urin- eller blodprov kunde tas för att fastställa eventuell narkotikaförekomst. Detta i sin tur leder till vissa tolkningsproblem eftersom kriminaliteten å ena sidan kan vara en effekt av narkotikamissbruket i sig självt, men det kan också vara fråga om kriminalitet syftande till att finansiera ett pågående missbruk. Det senare torde vara mer relevant i detta sammanhang. Att skilja ut olika typer av brott i databasen har inte gjorts i detta arbete, utan brottsligheten behandlas som summan av lagföringar sedan 1973 (för närmare beskrivningar av definitioner, se bilaga 1).

Att använda kriminalitet som indikator på sociala processer som marginalisering är dock inte okomplicerat. På aggregerad nivå kan man under efterkrigstiden notera en ökning av brottsligheten samtidigt som levnadsnivån har höjts och utjämnats (Tham, 1993 s. 384). Samtidigt kan sambanden se annorlunda ut på individ- och gruppnivå. Det finns dessutom inget enkelt och självklart samband mellan ett samhälles välfärdsnivå å ena sidan och brottslighetens omfattning å den andra, vilket också diskuteras i inledningen. Sambanden blir givetvis mer komplexa ju större grupper av individer vi studerar, och på samhällsnivå är sambanden definitivt komplicerade. På individnivå bör det dock vara enklare och därmed kan det möjligen framstå som rationellt att öka sin brottsaktivitet av rent försörjningstekniska skäl när andra inkomstkällor fallerar.

Ovanstående blir en ännu rimligare hypotes när det gäller gruppen narkotika-missbrukare. De belopp som åtgår för att tillgodose missbruket kan vara betydande. Dygnsdoser på runt ett gram förekommer (SOU 1998:18) och medan amfetaminet på gatan förefaller relativt billigt med priser runt 150-250 kronor per gram (Rikskriminalpolisen, 1999) så är heroinet väsentligt dyrare (minst 1 000 kronor per gram).

Lagföringsdata är organiserade på ett speciellt sätt i detta material. Samtliga lagföringar under perioden 1973-1993 har summerats varför man inte vet vilket år de olika lagföringarna gäller. För att ha någon möjlighet att skönja någon typ av utveckling så har de som vårdats endast 1987, 1988 och 1989 men inte senare, jämförts med de vårdade 1991, 1992 och 1993 men inte tidigare.

Korrelationsanalyser mellan årskohorternas disponibla inkomster och ackumulerade lagföringar visade på ett visst negativt samband mellan dessa variabler. Korrelationerna pendlar mellan -0,09 och -0,15, vilket inte är några starka korrelationer men de var å andra sidan statistiskt signifikanta samtliga år¹⁸, vilket visar på ett visst samband såtillvida att en lägre disponibel inkomst sammanfaller med ett större antal ackumulerade lagföringar.

Lagföringar

Jämförelsen ger vid handen att gruppen vårdade mot slutet av 1980-talet hade ett större antal lagföringar registrerade än de som vårdades i början av 1990-talet. Genomsnittligt uppgick antalet lagföringar bland dem som vårdats under 1980-talets tre sista år till 12,8 (14,8 för män och 7,7 för kvinnor). Detta kan jämföras med 11,6 lagföringar (13,2 för män och 6,8 för kvinnor) för gruppen som vårdats 1991 t o m 1993¹⁹.

Lagföringar, grövre brott

Motsvarande jämförelse när det gäller lagföringar för grövre brott (för en närmare beskrivning, se bilaga 1) visade på samma utveckling. Det totala antalet grövre lagföringar sjönk från 6,4 till 5,7. För männens del så minskade antalet grövre lagföringar från 7,5 till 6,7 och för kvinnor från 3,4 till 2,9.

Man kan konstatera att brottsligheten förutom att den skiljer sig markant mellan könen (det är inget nytt att kvinnor begår färre brott än män) mätt som antal lagföringar, hade minskat något under perioden. Minskningen var inte påfallande

¹⁸ Korrelationerna var signifikanta samtliga år enligt dubbelsidig test på 1%-nivå.

¹⁹ Skillnaden vad gäller hela materialet (ej könsuppdelat) var signifikant enligt T-test (p=0,000).

stor numerärt sett men den var statistiskt signifikant. Sett i relation till utvecklingen generellt så kan man göra den iakttagelsen att antalet registrerade brott minskat under 1990-talet (i ett längre perspektiv är det dock en ökning) och det gäller i synnerhet stöldbrott som torde vara centralt i sammanhanget. Det finns framförallt två tänkbara förklaringar till detta, dels att brottsligheten verkligen gått ner och dels att det snarare handlar om att färre brott av olika orsaker registreras. Enligt Westfelt (1998) råder det enighet om att det rör sig om en verklig minskning. Man bör dock hålla i minnet att lagföringar är något annat än antal registrerade brott, även om det borde finnas ett samband mellan dessa storheter.

Utöver detta kan man möjligen förundras över nivåerna. Att ha blivit lagförd för i genomsnitt 12-13 brott under en 20-årsperiod gör att man kan dra slutsatsen att den kriminella erfarenheten är ganska påtaglig. Dessutom kan man likna antalet lagföringar vid toppen av ett isberg, d v s antalet begångna brott var i verkligheten betydligt större (upplärningsprocenten för vissa typer av brott kan vara påfallande låg). Bakom de genomsnittliga nivåerna döljs även ett antal extremt belastade individer med cirka hundra procent registrerade lagföringar.

Tvångsvård (LVM)

I Sociala Databasen finns uppgifter om antal vårdtillfällen rörande tvångsvård. Dessa uppgifter är i sin tur uppdelade på vad tvångsvården avser, d v s om det var missbruket av alkohol, narkotika eller lösningsmedel som legat till grund för vården.

Användandet av tvångsvård har på senare år minskat. Sannolikt har kommunernas försämrade ekonomi bidragit till det förhållandet, eftersom tvångsvård är relativt dyrt²⁰ (Statens institutionsstyrelse, 1996). Till och med 1994 var däremot antalet tvångsvårdade mer eller mindre konstant (se t ex Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Rapport 99, s. 239), varför uppgifterna kan användas för att beskriva förhållandena i gruppen. Däremot kan man konstatera att dessa vårduppgifter inte är att rekommendera som ett mått på utvecklingen generellt mot bakgrund av vad som sagts ovan.

Eftersom man kan bli noterad i registret för fler missbruksmedel kan bli förändringar av blandmissbruk studeras. Annat av intresse är i vilken grad och på vilket sätt de som tvångsvårdats skiljer sig från de som slutenvårdats på sjukhus.

²⁰ Fr o m den 1 juli 1994 ändrades lagen så att kommunerna fick ansvaret för utredning och ansökan. Tidigare låg ansvaret hos länsstyrelsen.

I diagram 11 nedan kan vi se att tvångsvården ökade i omfattning i den undersökta populationen, särskilt gällde det vård där narkotika varit det huvudsakliga missbruks-preparatet. Med hänsyn tagen till att det totala antalet vårdade ökat blir däremot de relativa förändringarna små eller inga. Det var ett icke obetydligt antal vårdhändelser kopplade till alkoholmissbruk utan att man för den skull kan notera någon utvecklingstrend. Lösningsmedel (sniffning) däremot har kommit med i bilden från 1990 och framåt. Det var dock små tal och det går inte att dra några långtgående slutsatser utifrån detta, mer än att det finns indikationer från flera håll vilka tyder på att missbruksbilden blir alltmer kompli-cerad och innehåller fler preparat än tidigare.

Sett över hela tidsperioden var könsfördelningen bland dem som tvångsvårdats i stort som i det övriga materialet (63,5% var män). Dödligheten var jämförelsevis hög och bland dem som hade narkotika som missbruksmedel låg den några år så högt som mellan 4 procent och 5 procent (de som tvångsvårdats 1992 hade en dödlighet på 4,5 procent under 1993 och för dem som vårdades 1994 var dödligheten 5,5 procent påföljande år).

Den disponibla inkomsten var väsentligt lägre i denna grupp än bland övriga (ungefär tiotusen kronor lägre). Även när det gällde socialbidrag så befanns värdena ligga på en betydligt högre nivå, även om de gick ner under perioden (från 8,8 månader i genomsnitt till 6 månader mellan 1987 och 1994). Man kan konstatera att de som tvångsvårdats utgjorde en mycket speciell grupp som man borde specialstudera för att öka förståelsen kring levnadsbetingelserna bland dem.

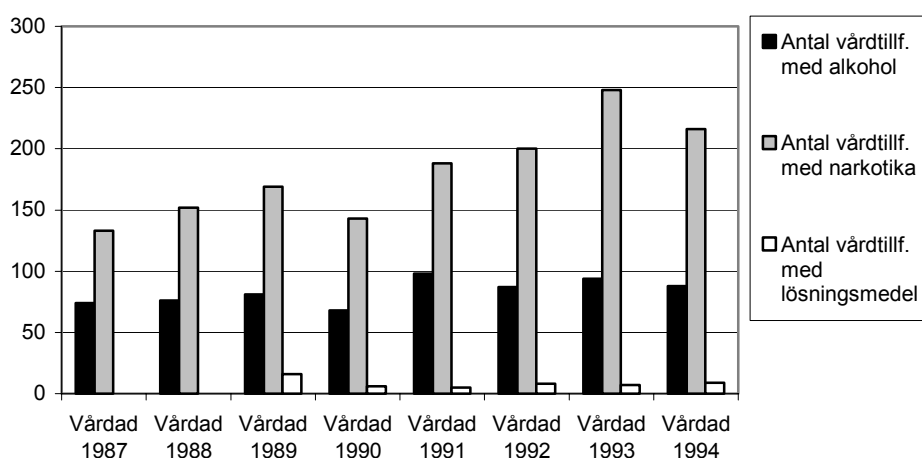


Diagram 11. Antalet tvångsvårdshändelser perioden 1987-1994.

Marginalisering eller ansamling av problem

Begreppet "marginalisering" har ofta använts under senare tid, kanske som ett resultat av att det på ett mer adekvat sätt beskriver utvecklingen för vissa grupper under 1990-talet. Marginalisering är knappast något entydigt begrepp men innebär enligt Socialstyrelsen en problemansamling (hos en individ eller ett hushåll) som även har en viss varaktighet över tiden. I 1997 års sociala rapport (Socialstyrelsen, 1997), gäller det i första hand problem med arbete, ekonomi och bostad. Marginalisering är givetvis att betrakta som ett kontinuum och det är svårt att sätta en gräns där man på ena sidan är marginaliserad och på den andra sidan inte. Gränsen är i viss mån godtycklig.

Det finns, vilket redan nämnts, inte något enkelt och självklart förhållande mellan olika nivåer av avvikande beteende (till vilket narkotikamissbruk traditionellt räknas) och levnadsnivåer i det moderna välfärdssamhället. Efterkrigstidens samhällsutveckling mot allt bättre levnadsförhållanden har inte lett till sjunkande nivåer vad gäller brottslighet, narkotikamissbruk eller självmord. Tvärtom har dylika problem istället ökat på en aggregerad nivå under den nämnda perioden (Tham, 1993). Levnadsnivåerna hos specifika avvikande grupper kan däremot ha genomgått såväl absoluta som relativa försämringar utan att detta avspeglats i den allmänt positiva utvecklingen.

Socialstyrelsen använder i sin Sociala Rapport begreppet ansamling av problem för att beskriva en situation där någon har en problemanhopning innehållande vart och ett av följande områden; arbete, ekonomi och bostad. För många är detta en övergående situation där t ex ungdomar, invandrare och ensamstående föräldrar ändrar sina livsbetingelser, ofta till det bättre (Socialstyrelsen, 1997). Under den lågkonjunktur som drabbade landet under 1990-talets första år försämrades med all säkerhet möjligheterna till sådana "spontanläkningar". Det är långtifrån givet att man kan översätta en sådan modell till en så pass specifik grupp som den vårdade för narkomani utgör. Ett försök kommer ändå att göras. Man kan alltid diskutera lämpligheten av definitioner eller avgränsningar i sådana sammanhang men faktum är att sådana avvägningar alltid måste göras. Möjligen blir problemet mindre av att det är utvecklingen, snarare än nivån, som står i fokus.

Definitionen utgick från den som användes i Social Rapport, d v s man skulle ha ett problem inom vart och ett av områdena arbete, ekonomi och boende (se bilaga 1 för en närmare beskrivning).

Tabell 4. Utvecklingen av antalet och andelen narkotikamissbrukare med problemansamling (problem inom områdena arbete, ekonomi och boende) 1987-1994.

Vårdkohort år	Totalt antal vårdade (N)	Antal med ansamling av problem	Andel av samtliga vårdade %
1987	1 790	58	3,2
1988	2 059	56	2,7
1989	2 131	57	2,7
1990	2 305	158	6,9
1991	2 572	215	8,4
1992	2 544	218	8,6
1993	2 667	215	8,1
1994	2 853	229	8,0

Mönstret som framträdde var att utvecklingen var negativ under perioden²¹. Man kan här tala om en grupp individer som är extremt marginaliserade och den gruppen ökar under 1990-talet både i relativa och absoluta tal jämfört med de sista åren på 1980-talet. Vändningen skedde mellan åren 1989 och 1991 (se även not 19).

Det är tveksamt om jämförelser med den generella utvecklingen i landet under samma period är speciellt givande. Gruppen som studeras är speciell ur flera aspekter. I Social Rapport (s. 155) uppges att var tionde person i åldrarna 25-64 år hade en problemansamling (d v s tre problem eller fler). Kriterierna för vad som skall betraktas som problem sattes väsentligt hårdare i föreliggande rapport (t ex var ett villkor att ingen arbetsinkomst överhuvudtaget var noterad under vårdåret) och andelen med problemansamling skulle sannolikt öka om problemnivån mättes på samma sätt som i Social Rapport. Könsfördelningen avvek inte påtagligt jämfört med fördelningen i grundmaterialet. Utvecklingen skulle även kunna förklaras av att t ex fler yngre som inte kan förväntas ha samma anknytning till arbetsmarknaden eller till bostadsmarknaden vårdats under den senare delen av analysperioden. Detta belyses inte närmare i detta avsnitt men en beskrivning av utvecklingen när det gäller missbrukare under 25 år görs i det följande.

²¹ Det finns ett problem med konstruktionen av detta index, nämligen att man får förlita sig till de båda Folk- och bostadsräkningarna som är tvärsnittsdata vad gäller individernas bostadssituation. Ju längre vi kommer från 1985 när det gäller perioden 1987-1989 och ju längre vi kommer från 1990 under perioden 1990-1994, desto osäkrare blir uppgifterna. Hoppet mellan åren 1989 och 1990 skulle delvis kunna förklaras av samma orsak.

En jämförelse av yngre missbrukare 1987–1994

En av MAX-projektets ursprungliga syften var att närmare studera ett yngre missbruk och nyrekrytering till detsamma i yngre åldrar (under 25 år). Den första rapporten (Guttormsson *et al*, 1999) innehåller också resultat som belyser just detta, bland annat från patientregistret som utgör selektionen även till denna rapport. Under perioden 1987 fram till 1996 minskade andelen som var under 25 år, från 22 procent till 18 procent. Eftersom det totala antalet vårdade personer ökade under samma tidsperiod innebar det dock en ökning i absoluta tal i denna yngre ålderskategori (från 400 till 576 personer). Utöver detta kan man konstatera att det skett en påtaglig ökning av antalet opiatdiagnoser inom detta åldersintervall, medan antalet amfetaminrelaterade diagnoser låg på ett oförändrat antal (för en närmare beskrivning se Guttormsson *et al*, 1999).

I det följande kommer denna yngre ålderskategoris situation att belysas närmare och på ett liknande sätt som gjorts med avseende på samtliga åldrar. Som inledning visas tabell 5 innehållande en del sammanfattande data för åldersgruppen varefter utvecklingen kommenteras.

Om man skall se antalet vårdade personer inom denna yngre ålderskategori som en indikator på utvecklingen händer inte mycket fram till 1994. Som framgår av den första MAX-rapporten (Guttormsson *et al*, 1999) skedde dock en ganska

Tabell 5. Utvecklingen av några centrala variabler för åldersgruppen under 25 år, 1987-1994.

År	Antal N	Män / Kvinnor	Döda på-följande år	Disponibel inkomst	Andel utan arbetsinkomst	Lagfö-ringar fr o m 1973	Problem-ansam-ling N	Andel opiatdia-gnoser
1987	351	64/36	7 (2,0%)	44 800	21%	10,4	14 (4,0%)	18,5%
1988	430	61/39	4 (0,9%)	44 700	21%	9,4	9 (2,1%)	10,9%
1989	417	56/44	3 (0,7%)	45 900	15%	8,4	3 (0,7%)	14,4%
1990	415	62/38	1 (0,2%)	43 300	18%	7,7	32 (7,7%)	15,4%
1991	434	65/35	2 (0,5%)	50 500	23%	6,7	28 (6,5%)	16,1%
1992	416	68/32	3 (0,7%)	54 200	35%	6,0	29 (7,0%)	22,8%
1993	387	69/31	6 (1,6%)	53 500	41%	5,6	24 (6,2%)	23,8%
1994	424	66/34	9 (2,1%)	47 800	54%	4,8	28 (6,6)	27,8%

påtaglig påspädning inom denna kategori de båda påföljande åren, d v s 1995 och 1996. Könsfördelningen var mer eller mindre konstant med två tredjedelar män, bortsett från 1989 då hela 44 procent var kvinnor. Andelen var exceptionellt hög och det finns inga förklaringar till varför fördelningen såg ut på det viset och endast det året. Dödligheten skattades genom att studera hur många som avled det påföljande året. Kurvan som dödligheten beskriver hade en U-form med det lägsta värdet (1 avliden) 1990. När man som här har så låga frekvenser ökar slumpvariationen och man skall akta sig för att dra några vittgående slutsatser utifrån detta.

Utvecklingen av den disponibla inkomsten (medelvärdet) i gruppen avvek inte mycket jämfört med hur det såg ut generellt bland de vårdade. Skillnaden, jämfört med hur den samlade utvecklingen såg ut för narkomanivårdade, var en nedgång åren 1993 och 1994, medan utvecklingen totalt sett snarare kan beskrivas som utplanande (se diagram 5 och 6). Arbetslösheten²² ökade dramatiskt efter 1990 och 1994 hade mer än varannan ingen registrerad arbetsinkomst överhuvudtaget. Utöver detta skall man komma ihåg att det med allra största säkerhet råder stora problem bland dem som hade en registrerad inkomst – bara det faktum att man hade mer än ett hundra kronor som arbetsinkomst torde inte vara det samma som att man tillhörde ”den vanliga arbetskraften”.

Ska man nämna något positivt om utvecklingen, så gäller det den registrerade brottsligheten (gäller samtliga brott, oavsett allvarlighetsgrad) som minskade kontinuerligt fram till och med 1994. Antalet och andelen med en så kallad ansamling av problem (se bilaga 1 för närmare beskrivning) förefaller att ha stabiliserats på en högre nivå från året 1990. Man kan också konstatera att denna yngre ålderskategori utgör en mindre andel av problemkategorin. Så var till exempel 28 av 229 (12%) som tillhörde denna kategori under 25 år 1994. Uttryckt på ett annat sätt så var andelen med problemansamling något lägre inom det yngre åldersintervallet än vad som var fallet för hela vårdkohorten 1994 (6,6% att jämföra med 8%).

Den mest alarmerande tendensen rör ett påtagligt ökande heroinmissbruk bland de yngre under perioden. Bland vårdkohorterna som helhet låg opiatmissbruket under hela perioden mellan 24 procent och 27 procent. Samtidigt föreföll det alltså som om denna yngre missbrukargrupp alltmer kom att likna de äldre när det gäller förekomst av opiatmissbruk. Möjligen kan det förklara det ökande antalet dödsfall i gruppen, då vi vet att heroinmissbruk som regel för med sig en ökad sjuklighet och dödlighet (se t ex EMCDDA, 1998 s. 26).

²² Arbetslöshet var i detta fall lika med att individen inte hade någon registrerad arbetsinkomst under vårdåret. Man kan givetvis föreställa sig att det i materialet finns en och annan som arbetat utan att någon inkomst registrerats och det är en tänkbar "felkälla" som man får hålla i minnet när man betraktar dessa siffror.

Situationen i olika missbruksgrupper

På samma sätt som situationen bland de yngre missbrukarna analyserades närmare i det föregående avsnittet, görs i det följande motsvarande fördjupning när det gäller de vanligaste narkotiska preparaten. De diagnoser, eller missbrukstyper, som berörs är heroin (opiater), cannabis, amfetamin samt ett utpräglat blandmissbruk. Kategorierna har valts mot bakgrund av att de är de fyra vanligaste diagnostyperna. Diagnoserna visar dessutom på en uppåtgående trend räknat i absoluta tal (se diagram 3, s. 18). För en närmare beskrivning av de enskilda diagnoserna hänvisas till bilaga 2.

Heroin (opiater)

I tabell 6 redovisas utvecklingen bland heroinisterna. Kliniskt sett rör diagnosen visserligen opiatmissbruk men det förefaller rimligt att anta att kategorin är att jämställa med heroin-missbruk. Antalet diagnostiserade personer ökade med 75 procent mellan 1987 och 1994. Vad gäller könsfördelningen utgjorde kvinnorna en något mindre andel (med ett par procentenheter), jämfört med vad som gäller för samtliga vårdade, d v s samtliga diagnoser. Den disponibla inkomsten utgjorde 1987 cirka 76 procent av medelinkomsten i befolkningen. Motsvarande andel för 1994 var 57 procent. Andelen som inte hade någon inkomst alls från arbete låg på en ganska jämn nivå under den senare delen av 1980-talet, runt 30 procent. Från och med 1991 däremot, ökade andelarna kraftigt och 1994 hade bara 41 procent någon inkomst från arbete. Andelen som räknades till kategorin med en problemsamling följde ungefär samma mönster.

Tabell 6. Utvecklingen av några centrala variabler för diagnostypen opiatmissbruk 1987-1994.

År	Antal N	Män / Kvinnor	Döda på-följande år	Disponibel inkomst	Andel utan arbetsin-komst	Lagfö-ringar fr o m 1973	Problemsam-ling N
1987	440	71/29	17 (3,9%)	58 400	34%	16,0	25 (5,7%)
1988	485	70/30	15 (3,1%)	67 600	30%	15,5	15 (3,1%)
1989	508	71/29	14 (2,8%)	63 800	28%	14,9	22 (4,3%)
1990	557	74/26	16 (2,9%)	68 000	31%	15,0	49 (8,8%)
1991	662	73/27	24 (3,6%)	75 200	34%	14,6	68 (10,3%)
1992	693	71/29	21 (3,0%)	75 100	41%	14,0	78 (11,3%)
1993	690	68/32	25 (3,6%)	76 200	49%	13,0	90 (13,0%)
1994	770	71/29	27 (3,5%)	72 900	59%	13,2	105 (13,6%)

Det är välkänt att dödligheten är hög bland heroinister. Detta kan man också notera i tabellen ovan, mellan 3 procent och 4 procent av kohorten dör årligen. Jämfört med samma åldersgrupper bland icke missbrukare, ligger dödligheten upp till 20-30 gånger högre bland heroinister (EMCDDA, 1998).

Cannabis

Cannabisgruppen var den mest stabila sett till antalet vårdade personer. Dessutom dominerades den kraftigt av män, mer än de övriga grupperna. Dödligheten var låg, relativt sett, vilket också låg i linje med UNDCPs skadlighetsindex²³, där cannabis hade värdet 0,47 (att jämföra med 1,25 för amfetamin och 2,79 för opiater). Den disponibla inkomsten var lägre i gruppen under hela perioden, jämfört med de övriga grupperna. Samtidigt var andelarna som hade en problemansamling påtagligt lägre. Detta kan tyckas motsägelsefullt men förklaras sannolikt av att medelåldern var lägre i denna grupp (se diagram 12, s. 51).

Tabell 7. Utvecklingen av några centrala variabler för diagnostypen cannabismissbruk 1987-1994.

År	Antal N	Män / Kvinnor	Döda på- följande år	Disponibel inkomst	Andel utan arbets- inkomst	Lagförin- gar fr o m 1973	Problem- ansamling N
1987	228	86/14	3 (1,3%)	54 200	15%	10,2	3 (0,1%)
1988	284	82/18	0	50 300	18%	9,1	6 (2,1%)
1989	307	79/21	5 (1,6%)	57 500	15%	8,8	3 (0,1%)
1990	292	85/15	4 (1,4%)	64 500	17%	8,8	16 (5,5%)
1991	352	84/16	5 (1,4%)	67 800	20%	8,5	21 (6,0%)
1992	318	86/14	0	68 800	31%	8,8	22 (6,9%)
1993	259	88/12	4 (1,5%)	75 900	35%	7,8	17 (6,6%)
1994	260	85/15	2 (0,8%)	69 100	46%	8,0	14 (5,4%)

²³ I United Nations Drug Control Programme, *World Drug Report* från 1997 (s. 248) används ett index på drogers relativa skadlighet (hälsokonsekvenser kombinerat med prevalens).

Amfetamin

Antalsmässigt var utvecklingen inom denna diagnoskategori mer stabil om man jämför med heroinistkategorin. Gruppen ökade förvisso i antal men ökningen var mindre, 28 procent, att jämföra med 75 procent i heroingruppen. Samtidigt bör man hålla i minnet att denna jämförelse knappast säger så mycket om missbrukets utbredning, något som i sin tur beror på att hälsokonsekvenserna är mindre vid amfetaminmissbruk²⁴. Andelen kvinnor var något högre än vad som gällde för opiater men skillnaden var marginell. Dödligheten var på förväntad nivå (även om den var långt högre än vad som gällde för normalbefolkningen inom samma åldersintervall).

De disponibla inkomsterna låg nära de som gällde för opiatgruppen. När det gällde arbetsinkomster, så fanns i denna grupp en märkbart större andel med inkomster än i opiatgruppen. Arbetsmarknadsmässigt var alltså denna grupp mindre marginaliserad. Möjligen kan den större anknytningen till arbetsmarknaden förklara varför denna kategori låg något högre på den disponibla inkomsten åren 1992 till 1994. De genomsnittliga nivåerna på socialbidragen var de sista åren på 1980-talet något högre i denna kategori än vad som var fallet bland opiatmissbrukarna, medan det motsatta gällde 1991 och framåt. Antalet lagföringar gick ner i båda grupperna, precis som i hela materialet.

Tabell 8. Utvecklingen av några centrala variabler för diagnostypen amfetaminmissbruk 1987-1994.

År	Antal N	Män / Kvinnor	Döda på-följande år	Disponibel inkomst	Andel utan arbetsinkomst	Lagföringar fr o m 1973	Problemansamling N
1987	486	68/32	10 (2,1)	56 300	25%	17,3	18 (3,7%)
1988	548	67/33	8 (1,5%)	62 200	25%	15,2	18 (3,3%)
1989	507	66/34	4 (0,8%)	62 300	22%	15,2	22 (4,3%)
1990	505	69/31	3 (0,6%)	67 400	24%	14,7	46 (9,1%)
1991	526	71/29	10 (1,9%)	70 400	32%	14,4	60 (11,4%)
1992	569	66/34	10 (1,8%)	78 100	33%	13,3	63 (11,1%)
1993	597	70/30	7 (1,2%)	78 100	42%	12,6	54 (9,0%)
1994	620	70/30	6 (1,0%)	74 100	49%	13,3	67 (10,8%)

²⁴ Egentligen en kategori som innefattar flera centralstimulerande preparat, t ex metamfetamin som är vanligt förekommande i USA. Kategorin går under benämningen ATS, eller Amphetamine Type Stimulants. Det finns dock inget som antyder att amfetamin skulle avvika på något avgörande sätt. Totalt bedömer dock UNDCP att amfetamin är ett större problem i Sverige. I sitt Drug Abuse Index (DAI), där även prevalensen av missbruket innefattas blir problemet större på samhällsnivå.

En påtaglig skillnad, inte i tendensen men i nivåerna, gällde de med en problemansamling. Inom denna kategori låg opiatmissbrukarna under hela den undersökta perioden på en nära dubbelt så hög nivå (se tabell 6). Problemansamling existerar även i amfetamingruppen men på en lägre nivå.

Blandmissbruk (ICD 304H)

Blandmissbruk ökade kraftigt i absoluta tal under perioden. Ökningen motsvarade 158 procent – det var den kraftigaste ökningen av samtliga diagnoskategorier. Män var förvisso överrepresenterade i alla missbruksformer men det var något tydligare i denna kategori. Dödligheten var under flera år högre än vad den var för amfetamingruppen och låg ungefär på samma höga nivå som hos opiatmissbrukarna. Denna kategori framstår som mer heterogen än vad som gäller för opiat- och amfetaminmissbruk. Samtidigt ligger det i diagnosens natur eftersom diagnosen inte anger ett eller flera preparat, vilket leder till att flera kombinationer kan förekomma. Notera t ex den påtagliga variationen när det gäller dödligheten. Även när det gällde andelen som haft arbetsinkomst förekom kraftiga fluktuationer (exempelvis mellan 1988 och 1989).

Tabell 9. Utvecklingen av några centrala variabler för diagnostypen blandmissbruk 1987-1994.

År	Antal N	Män / Kvinnor	Döda på-följande år	Disponibel inkomst	Andel utan arbetsinkomst	Lagfö-ringar fr o m 1973	Problem-ansamling N
1987	241	75/25	5 (2,1%)	63 400	37%	15,5	6 (2,5%)
1988	299	67/33	9 (3,0%)	61 200	35%	13,4	8 (2,7%)
1989	324	72/28	7 (2,2%)	64 300	26%	13,8	7 (2,2%)
1990	390	70/30	3 (0,8%)	61 200	30%	12,8	36 (9,2%)
1991	472	72/28	6 (1,3%)	68 800	33%	13,4	55 (11,7%)
1992	434	78/22	14 (3,2%)	72 200	37%	12,1	54 (12,4%)
1993	589	77/23	19 (3,2%)	70 300	46%	13,2	63 (10,7%)
1994	622	73/27	17 (2,7%)	74 900	48%	12,4	55 (8,8%)

Medelåldern i missbruksgrupperna

Utvecklingen av medelåldern i de olika grupperna kan ge viktig information om tillflödet av nya fall. Om det är samma individer som missbrukar en drog med sporadiska besök på sjukhus leder detta till att medelåldern ökar med ett år för varje år. En stabil medelålder antyder ett jämnt tillflöde, medan en sjunkande medelålder innebär en avsevärd nyetablering i den kategorin. Resonemanget bygger på att de som nyrekryterades var yngre än den redan vårdade populationen. Detta behöver inte alltid vara fallet och denna skattning får betraktas som ganska grov.

I diagram 12 kan man notera att medelåldern ökar inom kategorierna opiat- och amfetaminmissbrukare, men den ökar mer bland amfetaminmissbrukarna. Kurvorna korsar varandra vilket kan tolkas som att nyrekryteringen är större bland opiatmissbrukarna. Detta understryks av att amfetamingruppen blir allt äldre, vilket sannolikt innebär ett mindre tillskott av yngre individer. Förmodligen skulle man inte dra så långtgående slutsatser endast med utgångspunkt från dessa data om det inte vore så att andra uppgifter pekade i samma riktning (jfr Tops och Silow, 1997 och Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, 1999).

I gruppen som bestod av blandmissbrukare minskade medelåldern något fram till och med 1990, men den ökade sedan under återstoden av perioden. Cannabisgruppen var yngst under hela perioden och skillnaden till de övriga kategorierna förhöll sig ganska konstant.

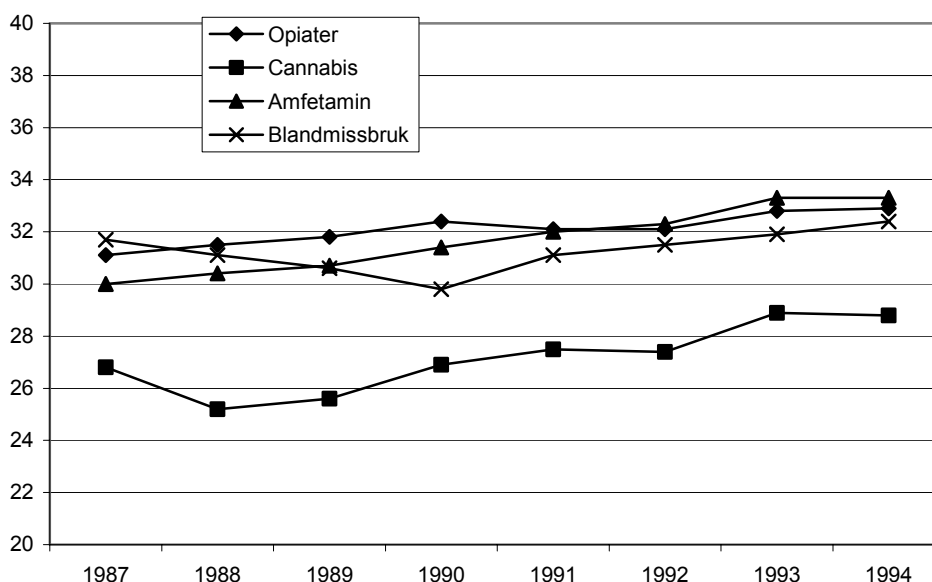


Diagram 12. Medelåldern i de viktigaste missbrukskategorierna 1987-1994.

Sammantaget leder ovanstående till att opiatmissbrukarna måste betraktas som en mer problemtyngd, marginaliserad och sjuklig grupp än vad som gällde för amfetaminmissbrukarna. Dessutom förefaller det som om nyrekryteringen varit större till denna grupp, något som även gällde yngre missbrukare (under 25 år). Blandmissbruk var inte av samma homogena natur som gällde för de båda andra klassiska missbrukstyperna men dödligheten var under perioden stundtals i nivå med heroinisternas. Om man dessutom beaktar ökningen i denna kategori, som på slutet av perioden omfattar i runda tal lika många patienter som gällde för de mer ”vedertagna” missbrukstyperna, kan den knappast negligeras²⁵. Cannabisgruppen hade genomgående en lägre medelålder än vad som gällde de andra kategorierna. Gruppen var överhuvudtaget mindre problematisk än de övriga, vilket delvis skulle kunna förklaras av deras lägre ålder.

Genom variansanalys kan man testa hur pass homogena missbrukskategorierna var. Analysen undersöker relationen mellan variansen inom och mellan grupperna. Analysen visade t ex på signifikanta skillnader²⁶ över hela tidsperioden när det gällde det totala antalet lagföringar. När det gällde arbetsinkomst, disponibel inkomst och socialbidrag var skillnaderna signifikanta vissa år men inte andra. Utifrån vissa aspekter kan det således vara av vikt att inte behandla gruppen som ett likartat kollektiv utan det kan i vissa fall vara relevant att göra uppdelningar av skilda slag. Att cannabisgruppen avviker i detta avseende kan helt enkelt bero på deras lägre medelålder medan skillnaderna mellan amfetamin- och heroingrupperna inte är lika självklara.

Följer man kohorten vårdade för cannabismissbruk 1987 (228 personer) och framåt i tiden (till 1994) framgår att gruppen var preparatet påfallande trogna. Påföljande år vårdades 19 procent (44 individer) återigen enligt samma diagnos medan 18 personer vårdades för något annat preparat i diagnosen, dvs endast enstaka personer för varje enskilt preparat. De följande åren fram till och med 1994 var mönstret likadant. Den huvudsakliga diagnosen var cannabismissbruk, om än med ett sjunkande antal vårdade. Det sista året under den undersökta perioden, 1994, vårdades de flesta av dessa personer dock med huvud diagnosen blandmissbruk (12 personer). Man kan också konstatera att andelen som överhuvudtaget inte vårdats enligt nämnda diagnoser efter 1987 ökade kontinuerligt från 73 procent 1988 till 89 procent 1994. Materialet i patientregistret, om det används på detta vis, torde för övrigt kunna bidra med utmärkta kunskaper.

²⁵ Sannolikt är gruppen blandmissbrukare ännu större. I sjukdomsklassifikationen (ICD9) finns ytterligare en kategori ”Narkomani, icke specificerade droger” som inte inräknats här. Huruvida dessa borde inkluderas och vad som kan tänkas att skilja klassifikationerna åt, är snarast en klinisk fråga som får avhandlas i andra sammanhang.

²⁶ P-värde = 0,000 samtliga år.

per för att undersöka giltigheten av ett av svensk narkotikapolitikens fundament, den s k ”stepping stone hypotesen”²⁷ (Folkhälsoinstitutet, 1993 s. 29).

Sammanfattning och avslutande diskussion

Nyrekryteringen till sjukhusvård enligt diagnosen narkomani låg under den undersökta perioden (1987-1994) på en förhållandevis jämn nivå, med en viss ökning mot slutet. Medelåldern ökade med 2,4 år och könsfördelningen var tämligen konstant med drygt två tredjedelar män.

Majoriteten av dem som vårdats har behandlats vid ett tillfälle (63,5%). Genomsnittliga antalet vårdtillfällen under åttaårsperioden var 1,7. Det fanns ett avtagande antal individer som återkommit i vård upprepade gånger. Ett mindre antal individer har emellertid vårdats samtliga år, d v s vid minst åtta tillfällen. Det faktum att en så pass stor andel bara vårdats vid ett tillfälle hänger troligen samman med att den vård som registrerats i socialstyrelsens patientregister inte är den enda vård som finns att tillgå. De kan även vårdas på behandlingshem och i en del fall kan det vara fråga om tvångsvård. Inom parentes kan nämnas att det, enligt en pilotstudie genomförd av EMCDDA, dröjer i genomsnitt 7-8 år innan en heroinmissbrukare kommer i vård för första gången (EMCDDA, 1999). Dessutom förefaller det som om latensperioden skiljer sig åt beroende på missbrukarens ålder – ju yngre missbrukaren är, ju längre tid dröjer det innan vederbörande kommer i vård för första gången.

De olika diagnoskoderna medger att man studerar utvecklingen av olika preparat. Framförallt kan man konstatera att opiatdiagnoser blivit allt vanligare och att de dominerade mot slutet av perioden. En uppgång kan även noteras när det gällde amfetamindiagnoser och blandmissbruk. Sammantaget har detta lett till att det totala antalet vårdtillfällen ökat. Samtidigt har de genomsnittliga vårdtiderna minskat, både när det gäller vård enligt diagnosen narkomani och sjukhusvård överhuvudtaget. Det bör tilläggas att detta gäller generellt och inte bara narkotikamissbrukarna. Orsakerna till detta är inte kända men det är troligt att förändringen snarare sammanhänger med vårdens utformning och innehåll än med de vårdades tillstånd.

²⁷ Den s k stepping stone hypotesen kan väl närmast översättas till inköringsmodellen. Rekryteringen av tunga intravenösa narkomaner förväntas huvudsakligen ske bland dem som använt/använder cannabis. Tonvikten har därför lagts på att söka minska användningen av cannabis, vilket i sin tur skulle minska rekryteringsbasen till tyngre missbruk.

Av det totala antalet individer i materialet (11 242) avled nära 10 procent till och med 1995. Mortaliteten var något högre hos männen men det var inte någon avsevärd könsskillnad. Dödligheten var högst hos heroinister och de med ett blandmissbruk medan den var lägre hos amfetaminister och lägst hos cannabismissbrukare. De vårdade narkomanerna hade ett större antal vård dagar än genomsnittet för den totala sjukvården och det finns goda skäl att anta att de hade en allmänt sämre hälsostatus.

Andelarna bland de vårdade som var födda i utlandet låg under hela perioden på en nivå som inte avvek mycket från de andelar som gäller i befolkningen i stort. Man kunde konstatera att andelarna ifråga ökade från 9 procent 1987 till 11,4 procent 1994 (samtidigt ökade andelarna utlandsfödda generellt). Denna utveckling var än mer accentuerad i storstadsregionerna även om analysen var något bristfällig i detta avseendet (p g a att det endast fanns data fram till 1990). Den regionala fördelningen av de vårdade visade att majoriteten av de vårdade hade sin hemvist i någon av de tre storstadsregionerna (62%).

Att arbetslöshet och låga arbetsinkomster var vanligt bland narkotikamissbrukarna var inte direkt någon överraskning. Det är emellertid värt att notera att arbetsinkomsterna stod för den största delen av narkomanernas disponibla inkomster. Cirka tre fjärdedelar hade någon typ av arbetsinkomst 1987 medan andelen som helt saknade arbetsinkomst 1994 låg runt 50 procent. A-kasseersättningar utgjorde en mindre del av inkomsterna även om beloppen ökade från 2 000 till 6 000 kronor under perioden. Detta sammanhänger troligen med att missbrukarna hade svårt att uppfylla arbetsvillkoret till a-kassan eftersom detta förutsätter en längre period i arbete.

KAS (kontant arbetsmarknadsstöd) utgjorde endast en marginell del av inkomsterna. Däremot var sjukpenningen viktig. Eftersom den förutsätter en arbetsinkomst följde den utvecklingen av arbetsinkomsterna. Medelbeloppen låg runt 12 000 kronor i början av perioden, ökade till 20 000 år 1990 för att därefter sjunka till cirka 12 000 kronor två år senare. Förtidspensioner stod för en ökande del av inkomsterna, något som även gällde socialbidragen.

Sammantaget kan det konstateras att arbetsinkomsterna sjönk under perioden. Den ersattes emellertid av olika bidrag och pensioner, vilket ledde till att den disponibla inkomsten ökade (om än utplanande). Trots att den disponibla inkomsten genomsnittligt ökade under perioden så gjorde den det i mindre grad än hos befolkningen som helhet. Denna utveckling var dock inte specifik för missbrukarna. Inkomstfördelningen var överhuvudtaget mindre gynnsam för de sämst ställda under 1990-talet.

Om man använder OECDs fattigdomsgräns²⁸ kan det konstateras att andelen fattiga missbrukare ökade mellan 1989 och 1991, därefter kan man skönja en viss minskning. Andelen i denna population som kunde räknas som fattiga enligt OECDs definition låg strax under 30 procent under den första halvan av 1990-talet.

När de disponibla inkomsterna planade ut, ökade skulderna. Detta var tydligast för männens del, som 1994 genomsnittligt blev dömda att betala belopp i storleksordningen 25 000 kronor till allmänna fordringsägare. Oftast handlade det om obetalda avgifter och böter.

Socialbidragen stod, som nämnts, för en allt större del av missbrukarnas inkomster. Medelvärde för de antal månader som de fick socialbidrag ökade från 3,5 månader 1987 till 4,2 1994. Det kan vara värt att notera att det i materialet fanns förhållandevis många som inte överhuvudtaget uppbar något socialbidrag under perioden. I denna grupp var kvinnor kraftigt överrepresenterade och dödligheten högre. Knappt 80 procent av de vårdade hade socialbidrag under vårdåret, som även var en topp för de flesta (bidragen var mindre både före och efter). Den andel som inte erhållit något socialbidrag ökade under perioden och var som högst 1994, vilket indikerar att kriterierna för socialbidrag skärptes.

Bostadssituationen var i hög grad problematisk bland de vårdade. Detta framkom vid Folk- och bostadsräkningen 1990 då 27 procent av de narkomanvårdade kvinnorna och 36 procent av männen inte var skrivna på en lägenhet. Det var många gånger högre än vad som gällde allmänt i befolkningen. Vräkningar förekom ganska ofta och trenden var påtagligt ökande.

Den registrerade brottsligheten (lagföringar) minskade i samtliga missbrukargrupper, vilket var en del av en mer allmän trend. Den registrerade brottsligheten sjönk i Sverige (och flera europeiska länder) under 1990-talet. Bland missbrukarna fanns en viss negativ korrelation mellan antalet registrerade lagföringar och disponibel inkomst, vilken skall tolkas som att ju högre disponibel inkomst ju färre lagföringar. Sambandet var inte starkt, men det var signifikant samtliga år.

Bland de studerade missbrukarna ökade antalet tvångsvårdade under perioden. Framförallt gällde detta intagningar med narkotika som huvudpreparat, även om också alkohol förekom i ganska stor utsträckning. Från och med 1989 fanns även ett mindre antal fall där lösningsmedel var orsak till tvångsintagningen. De som tvångsvårdades var mer marginaliserade med lägre disponibla inkomster

²⁸ Som fattig räknas den som har en inkomst som är mindre än 50% av medianinkomsten i landet.

och högre socialbidragsberoende jämfört med dem som sjukhusvårdades för narkomani.

För att belysa utvecklingen av antalet marginaliserade missbrukare, användes måttet ”ansamling av problem”. Det bygger på att någon haft problem med ekonomi, arbete och boende på en och samma gång. Denna grupp ökade bland missbrukarna under den studerade perioden, från ca 3 procent i slutet av 1980-talet till drygt 8 procent i början av 1990-talet. Utvecklingen var likartad bland männen och kvinnorna.

Antalet nyintagna under 25 år var relativt oförändrade under perioden. Däremot fick de en allt svagare anknytning till arbetsmarknaden och 1994 hade mer än hälften inte haft någon arbetsinkomst överhuvudtaget. Den registrerade brottsligheten minskade under perioden, precis som för de äldre. Den mest oroande utvecklingen bland de yngsta var det allt större antalet (och andelen) opiatdiagnoser.

En jämförelse mellan dem som missbrukade olika preparat visar att det främst var antalet opiat- och blandmissbrukare som ökade under den aktuella perioden. Det blev också något fler amfetaminmissbrukare medan cannabisgruppen var relativt oförändrad. Dödligheten var högst bland heroinisterna och blandmissbrukare och lägst bland cannabismissbrukarna. De disponibla inkomsterna var lägre bland heroinisterna och cannabismissbrukarna. I det senare fallet kan detta vara ett resultat av en väsentligt lägre medelålder. När det gällde anknytningen till arbetsmarknaden låg heroinisterna "i en klass för sig" knappt 60 procent hade inte någon arbetsinkomst 1994, medan siffran låg under 50 procent i de övriga grupperna.

Den kriminella erfarenheten kunde rangordnas enligt följande med flest registrerade lagföringar först: amfetaminister, heroinister, blandmissbrukare och cannabismissbrukare. Om man på samma sätt rangordnar dem med problemansamling var ordningen följande: heroinister, amfetaminister, blandmissbrukare och cannabismissbrukare. Utvecklingen av medelåldern i grupperna ger vid handen att det förmodligen skett flest nyrekryteringar till opiatgruppen.

Bilden av missbrukaren, så som han framstår i de register som bidragit med underlaget till denna studie, är långtifrån bilden av en välordnad medborgare med hyfsad ekonomi och ordnat boende. Snarare handlar det om en grupp människor med förhållandevis usel ekonomi, hög sjuk- och dödlighet, stor kriminell erfarenhet och med ett ganska osäkert boende. Det är i sig inte förvånande, det som är mer noterbart är snarare förskjutningen mot en alltmer marginaliserad narkomanpopulation. Det går givetvis att argumentera för att misären är en följd av missbruket, vilket till viss del givetvis kan vara sant, men det är delvis en annan diskussion – den om kausalitet. Resultaten indikerar att missbrukarna är en spe-

ciellt utsatt grupp på så sätt att när arbetslösheten ökar drabbas dessa människor först och mest. Alldeles oavsett arbetslöshetens, bidragsberoendets, bostadslöshetens, skuldernas, kriminalitetens, den dåliga hälsans, överdödlighetens och fattigdomens betydelse för missbruket, så gör dessa förhållanden det definitivt inte lättare att rehabiliteras och återvända till ett mer ordnat liv.

När MAX-projektet inleddes var det naturligtvis önskvärt att studera utvecklingen så långt fram i tiden som möjligt, gärna fram till dags dato. Som så ofta när det gäller registerstudier, och även i detta fall, förelåg en påtaglig eftersläpning i det tillgängliga datamaterialet. Den Sociala Databasen var det material som fanns tillgängligt med den begränsningen att den endast täckte perioden till och med 1994. Det faktum att själva brytpunkten för lågkonjunkturen, som kan dateras till runt 1990, inneslöt i perioden gjorde att data ändå kan anses ge viktig och central information om narkomaners försörjningssituation och position i samhället.

Under arbetets gång har en ny databas påminnande om den Sociala Databasen börjat byggas upp vid Socialstyrelsen. Den går under benämningen Socialmedicinska databasen. Det är i skrivande stund inte känt huruvida det kommer att bli möjligt att länka ihop data från LOUISE med data från den Sociala Databasen för att studera en längre tidsperiod. För den problematik som belysts i detta projekt skulle detta naturligtvis vara av stort intresse.

Redovisade data om narkotikamissbrukarnas situation väcker fler frågor än de besvarar. En är vad som kommer att hända framgent om den svenska ekonomin fortsätter att förbättras. Har t ex den minskade arbetslösheten även gett narkomanerna ökade möjligheter till arbete och återanpassning i samhället? Samtidigt som man kan hoppas att så är fallet, måste man vara medveten om att det finns ett stort antal arbetslösa med långt bättre meriter och ett skötsammare leverne, som är betydligt attraktivare på arbetsmarknaden än de människor som varit i fokus i denna rapport.

Referenser

Adamsson Wahren C (1997). *Mortality and Psychiatric Morbidity among Drug Addicts in Stockholm*. Karolinska sjukhuset.

Andersson B, Fridell M, Nilsson K, Tunving K (1986). *Sjuttioalets narkomaner. Patienter vårdade vid S:t Lars sjukhus 1970-1978*. Lunds universitet.

Andersson R, Molina I (1995). *Etnisk boendesegregation i teori och praktik*. Kulturgeografiska institutionen, Uppsala universitet.

Brante T, Fasth E (1982). *Termer i Sociologi. Innebörd och sammanhang*. Liber Stockholm.

Christie N, Bruun K (1985). *Den goda fienden. Narkotikapolitik i Norden*. Rabén & Sjögren.

EMCDDA (1998). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Luxemburg.

EMCDDA (1999). *Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Luxemburg.

Flyghed J (1995) *Vräkt till hemlöshet? Vräkningar i Sverige 1982-1994*. Särtryck nr 10. Kriminologiska institutionen. Stockholms universitet.

Folkhälsoinstitutet och CAN. *Alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige. Rapport 98*. Rapport nr 6. Stockholm.

Folkhälsoinstitutet (1993). *Narkotikapolitik. De svenska erfarenheterna*. Folkhälsoinstitutet 1993:3. Stockholm.

Guttormsson U, Helling S och Olsson B (1999). *Vad händer på Narkotikaområdet? Narkotikamissbruk och marginalisering – tendenser inför millennieskiftet. MAX-projektet, delrapport 1*. CAN rapport nr 53. Stockholm.

Himmelstrand U, Svensson G (1993). *Sverige - vardag och struktur*. Nordstedt. Stockholm.

Massey D S och Denton N A (1993). *American apartheid. Segregation and the Making of the Underclass*. Harvard university press.

Olsson B (1994). *Narkotikaproblemets bakgrund. Användning av och uppfattningar om narkotika inom svensk medicin 1839-1965*. Sociologiska institutionen. Stockholms universitet.

Olsson O, Byqvist S och Gomér G (1993). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.

Rikskriminalpolisen, Kriminalunderättelsetjänsten, Narkotikaroteln (1999). *Narkotika- och dopingsituationen i Sverige. Årsrapport 1998*. Stockholm.

SCB (1992a). *Uppläggnings- och genomförande. Folk- och bostadsräkningen 1990*.

SCB (1992b). *Folk- och bostadsräkningen 1990. Del 1, Råtabelleer och databaser*. Stockholm.

SCB (1992c). *Folk- och bostadsräkningen 1990. Del 4, Hushåll*. Stockholm.

SCB (1992d). *Folk- och bostadsräkningen 1990. Del 6, Inkomst och utbildning*. Stockholm.

SCB (1992e). *Folk- och bostadsräkningen 1990. Del 7, Uppläggnings- och genomförande*. Stockholm.

SCB (1996-1999). *Statistisk årsbok 1996...1999*. Statistiska Centralbyrån. Stockholm.

Socialstyrelsen (1986). *Klassifikation av sjukdomar 1987. Systematisk förteckning*. Stockholm.

Socialstyrelsen (1995). *Socialbidragstagare och socialbidragens utveckling*. Socialstyrelsen. Stockholm.

Socialstyrelsens Epidemiologiska Centrum (1997). *Patientregistret 1987-1995. Kvalitet och innehåll*. Socialstyrelsen. Stockholm.

Socialstyrelsen (1997). *Social Rapport 1997*. SoS-rapport 1997:14. Socialstyrelsen. Stockholm.

- Solarz A (1990). *Vem blir drogmissbrukare? Droger, kriminalitet, kontroll*. BRÅ-rapport 1990:3. Brottsförebyggande rådet. Stockholm.
- SOU 1998:18 (1998). *En gräns – en myndighet? Slutbetänkande av Utredningen om utvärdering av EU-medlemskapets effekter för Tullverkets dimensionering och organisation*. Stockholm.
- Statens institutionsstyrelse (1996). *Rapport. Institutionsvård i förändring. Rapport 1996:5*. Stockholm.
- Stenberg S-Å (1990). *Vräkt ur folkhemmet. En studie av vräkningarna i Sverige under 1990-talet*. Carlsson Bokförlag. Stockholm.
- Tham H (1993). *Crime, Drugs, and Suicide in the Scandinavian Countries Since 1950*. Särtrycksserie nr 400. Institutet för social forskning. Stockholms universitet.
- Tops D och Silow M (1997). *En ny generation heroinmissbrukare i Malmö*. Meddelanden från Socialhögskolan 1997:10.
- United Nations Drug Control Programme, UNDCP (1997). *World Drug Report*. Oxford.
- Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO) (1980). *Tungt narkotikamissbruk - en totalundersökning 1979*. Ds S 1980:5. Stockholm: Socialdepartementet.
- Westfelt L (1998). *Utvecklingen av registrerade brott under efterkrigstiden. Sverige i europeisk belysning i publikationen Brottsligheten i Europa (Hans von Hofer red.)*. Studentlitteratur Lund.
- Vogel J, Kindlund H och Diedrichsen F (1992). *Arbetsförhållanden, ohälsa och sjukfrånvaro 1975-1989*. SCB. Stockholm.

Variabelkonstruktioner

Allmänt mål: Ärende hos kronofogdemyndighet som gäller skatter, böter, TV-avgifter, parkeringsavgift på allmän mark m m.

Ansamling av problem: Hit räknas den som under ett givet år vårdats på slutna kliniker enligt diagnosen *narkomani* samtidigt som han saknat någon arbetsinkomst, hade en boendeproblematik enligt principen; kunde tillföras till restkategorin *andra privata hushåll* (se variabelbeskrivningen för hushållstillhörighet nedan) och dessutom hade en disponibel inkomst som var mindre än 50 procent av den disponibla medelinkomsten i befolkningen 20-64 år.

Arbetsinkomst: Arbetsinkomst utgörs av bruttolön plus A-inkomst av jordbruksfastighet och rörelse, sjöinkomst, sjukpenning samt föräldrapenning.

Disponibel inkomst: Utgörs av sammanräknad inkomst plus sjöinkomst (samt för personer som ej deklarerat, pensioner och andra inkomster enligt kontrolluppgift), barnbidrag, bostadsbidrag och kommunalt bostadstillägg, socialbidrag, AGS-ersättning (=avtalsgruppsförsäkringar inom LO-området), skattefri del av livränta, sjukpenning och studiepenning, handikappersättning, bidragsförskott (mottaget belopp), studiebidrag och återbetalningspliktiga studiemedel, dagpenning och utryckningsbidrag till värnpliktiga, skattefria frivilliga pensioner, begravningshjälp och vårdbidrag/merkostnadsersättning minus återbetalat belopp av studiemedel, givet bidragsförskott samt slutlig skatt och sjömansskatt.

Enskilt mål: Ärende hos kronofogdemyndighet som gäller obetalda skulder för t ex banklån, hyror, kontokort (privata fordringsägare).

Etnicitet: Variabeln bygger på personens födelseland. Personerna har delats in i sju olika klasser: Sverige, övriga Norden, övriga Europa, Östeuropa (Estland, Lettland, Litauen, Albanien, Bulgarien, Polen, Rumänien, Tjeckoslovakien, f d DDR, Ungern, f d Sovjetunionen), Amerika (USA, Canada, Oceanien, Sydamerika), Afrika och Asien (inklusive Turkiet).

Fattigdomsgräns: Enligt OECD är man fattig om man har en disponibel inkomst som är lägre än 50 procent av medianinkomsten i landet. Medianen an-

vänds eftersom måttet är mindre känsligt för extremvärden än medelvärdet. Medianen är det värde som delar en fördelning på mitten.

Hushållstillhörighet: Boendet har enligt SCBs princip delats upp i tre kategorier; bostadshushåll, kollektivhushåll och andra privata hushåll. Bostadshushåll innebär att individen är kyrkobokförd på en adress och i ett bostadshushåll. Till kategorin kollektivhushåll räknas de personer som inte bor i en bostadslägenhet, utan i studenthem och motsvarande. Andra privata hushåll är en restgrupp. Hit räknas personer som är på församlingen eller fastigheten skrivna (vilket innebär att man inte bor i fastigheten utan på institution eller motsvarande) samt de utan känd hemvist.

Lagföringar: Två variabler från det s k Lagfördaregistret har använts. Totalt antal lagföringar och totalt antal grövre lagföringar under perioden 1973-1993. Med en lagföring för grövre brott menas antingen en dom med en påföljd grövre än böter eller en åtalsunderlåtelse som av åklagaren har betraktats som grövre beroende på att straffvärdet ligger högre än böter.

Socialbidrag: Har i rapporten redovisats dels som ett medelvärde för antal månader som vederbörande uppburit bidrag under ett visst år, dels som frekvenser i ett antal kategorier; 0 månader, 1-3 månader, 4-6 månader, 7-9 månader och 10-12 månader. Variabeln innehöll från början värden som översteg 12, något som hade att göra med ett s k introduktionsbidrag. Alla sådana värden har kodats om till 12, d v s detsamma som att ha uppburit socialbidrag under årets samtliga månader.

Tvångsvård enligt Lagen om vård av missbrukare i vissa fall (LVM): Dessa uppgifter hämtas från registret för länsrättsbeslut och ansökningarna om vård. Fler än ett missbruksmedel kan anges i en ansökning. Missbruksmedel kan vara alkohol, narkotika eller lösningsmedel.

Diagnoskoder

Diagnoskoderna som används i sjukvården baseras på WHO:s sjukdomsklassificering *International Classification of Diseases and Causes of Death*. Den svenska klassifikationen innehåller dock vissa modifieringar. Således har t ex den ursprungliga sifferkoden ersatts av en kod innehållande bokstäver. Den kod som i ursprungsklassifikationen kallades 304.0, går i den svenska förteckningen under namnet 304.A. Detta har man gjort för att det skall vara möjligt att skilja den 8:e revisionen, vilken innehöll enbart sifferkoder, från den 9:e revisionen. Klassifikationen innehåller även några exempel, där man gjort avsteg från den internationella versionen och valt en för svenska förhållanden mer relevant klassifikation. Nedan följer en lista på vad diagnoskod 304 innehåller:

- 304 Drogeroende, *Narcomania*
- 304A Narkomani, morfin och andra opiater
- 304B Narkomani, barbiturater
- 304C Narkomani, kokain
- 304D Narkomani, cannabis
- 304E Narkomani, amfetamin och andra psykostimulantia
- 304F Narkomani, hallucinogener
- 304G Narkomani, Sniffning av thinner/bensin mm
- 304H Narkomani, kombination av olika droger
- 304W Narkomani, andra specificerade droger
- 304X Narkomani, icke specificerade droger