

*Det tunga narkotikamissbrukets
omfattning i Sverige
1998*

*Börje Olsson
Caroline Adamsson Wahren
Siv Byqvist*



Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
Stockholm, 2001

Förord

Socialdepartementet har gett Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (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 har genomförts inom ramen för det s k MAX-projektet med fil.dr Börje Olsson som projektledare.

I denna rapport redovisas resultaten från en kartläggning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. Liknande kartläggningar har genomförts vid två tidigare tillfällen, 1979 och 1992. Nya beräkningar över antalet tunga narkotikamissbrukare för dessa båda år redovisas också i rapporten eftersom bättre statistisk metodik utvecklats som på ett säkrare sätt skattar det s k mörkertalet.

Förutom Börje Olsson har dr.med.vet. Caroline Adamsson Wahren och fil.dr. Siv Byqvist medverkat som författare av rapporten. De statistiska beräkningarna av antalet tunga narkotikamissbrukare har genomförts av universitetslektor Ulf Olsson, Institutionen för Biometri och Informatik vid Sveriges Lantbruksuniversitet i Uppsala.

I Göteborg ombesörjdes datainsamlingen från socialtjänst och sjukvård av Elisabeth Sylwan och i Malmö av Alvar Norén.

Rapporten, som är den tredje delrapporten i MAX-projektet, har inte diskuterats av CANs styrelse, varför författarna själva svarar för tolkningar och diskussioner av resultaten.

Stockholm i februari 2001

Björn Hibell
Direktör

Innehåll

1. Inledning	7
2. Metod	9
Definitioner av narkotikamissbruk	9
Case-finding metoden	9
Urvalet av kommuner	10
Det praktiska tillvägagångssättet	11
Tillförlitlighet i de insända uppgifterna	13
3. Antalet insända blanketter per individ och från olika myndigheter	15
4. Bedömningar av det tunga narkotikamissbrukets omfattning	17
Capture-recapture metodik	17
Klassifikationsfel	19
Urvalsfel	21
Antal tunga narkotikamissbrukare 1998 samt jämförelser med 1979 och 1992	23
Beräkning av antalet tunga narkotikamissbrukare utifrån uppgifter om narkotikarelaterad dödlighet	31
Skattningarnas rimlighet	33
Förändring i olika åldersgrupper	37
5. Beskrivning av de inrapporterade tunga narkotikamissbrukarna	41
Kön och ålder	42
Missbruksmönster	43
Etnicitet	45
Sociala förhållanden	45
6. Inrapporterade tunga narkotikamissbrukare 1979, 1992 och 1998	49
Antalet inrapporterade tunga narkotikamissbrukare samt antal insända blanketter per individ	49
Kön och ålder	50
Missbrukade medel	51
Missbrukstidens längd	52
Referenser	53
Tabellbilaga	55

<i>Bilaga 1.</i>	
Skillnader i genomförandet av kartläggningarna 1979, 1992 och 1998.....	75
<i>Bilaga 2.</i>	
Blankett: "Narkotikasituationen 1998"	79
<i>Bilaga 3.</i>	
Blankett: "Kartläggning av psykiskt störda, missbrukare och hemlösa"	83
<i>Bilaga 4.</i>	
Blankett: "Missbrukare bland kriminalvårdsklientelet"	87
<i>Bilaga 5.</i>	
Urvalskommuner samt invånare i dessa	89
<i>Bilaga 6.</i>	
Uppgiftslämnande myndigheter/arbetsplatser	91
<i>Bilaga 7.</i>	
Narkotikaindikatorer – utvecklingen 1992-1998.....	92

1. Inledning

Socialdepartementet tog under 1997 initiativ till en ny kartläggning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige. Sådana kartläggningar har genomförts vid två tidigare tillfällen, 1979 och 1992. Uppdraget, som också inkluderade ett antal delstudier som på olika sätt avsåg att belysa utvecklingen av narkotikamissbruket i sociala marginalgrupper, gavs till Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). De olika undersökningarna genomförs inom ramen för det s k MAX-projektet.

Bakgrunden till de olika studierna är att de nedåtgående eller stabila trenderna rörande narkotikamissbruk under 1980-talet brutits. Undersökningarna av experimentellt bruk visar att andelen med sådan erfarenhet bland elever i årskurs 9 mer än fördubblats och bland mönstrande tredubblats under 1990-talet. Avseende nyrekrytering till tungt missbruk pekar de flesta indikatorer på att situationen också har försämrats. Data från polis och tull visar t ex en stor och ökande tillgång på narkotika. Den narkotikarelaterade dödligheten har ökat påtagligt under senare år (CAN och Folkhälsoinstitutet, 2000). I MAX-projektets första delrapport redovisas uppgifter om ett tilltagande narkotikamissbruk även bland ungdomar i socialt utsatta grupper. Ofta nämns rökheroin som ett tilltagande problem (Guttormsson, Helling, Olsson, 1999).

I föreliggande rapport redovisas huvudresultaten från den case-finding undersökning som genomfördes under hösten 1998 och med viss kompletterande dattainsamling under våren 1999 (MAX 98). Rapporten innehåller också jämförelser med resultaten från 1979 och 1992. Dessa jämförelser innefattar nya beräkningar på antalet tunga narkotikamissbrukare i landet under dessa år. Med de mera avancerade statistiska metoder som nu finns tillgängliga, är det möjligt att korrigera för vissa felkällor som gör sig gällande när man försöker beräkna det s k ”mörkertalet”. Dessa nya beräkningar redovisas i kapitel 4.

Case-finding undersökningen är en av flera delstudier inom ramen för MAX-projektet (Narkotikamissbruk bland sociala marginalgrupper). Två rapporter har hittills publicerats. *Vad händer på narkotikaområdet?* (Guttormsson, Helling och Olsson, 1999) innehåller dels en analys av befintliga data och indikatorer om narkotikamissbruk och marginalisering, dels resultaten från intervjuer med s k nyckelpersoner som genom sin yrkesutövning har kännedom om narkotikamissbruket och dess utveckling. *Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner 1987-1994* (Svensson, 2000) baseras på en registerstudie av drygt 11 000 personer som vårdats inom den svenska sjukvården med diagnosen narkomani.

MAX-projektet kommer att avslutas under 2001 med att ytterligare delrapporter publiceras. *Heroindömda 17-29-åringar 1996* redovisar kriminalitet, missbruksmönster och vissa sociala förhållanden bland relativt unga som lagförts för narkotikabrott. Senare kommer också resultat från en kvalitativ fördjupningsstudie att redovisas. Den rapporten kommer att beskriva olika missbrukares subkulturella involvering, livsstilar, identiteter och liknande. Som avslutning på MAX-projektet görs en sammanfattande analys av narkotikamissbrukets utveckling sett i ett marginaliseringsperspektiv.

2. Metod

Definitioner av narkotikamissbruk

Narkotikamissbruk kan definieras på olika sätt. I Sverige används ofta en definition som utgår från olika substansers legala status. Användning av medel som enligt svensk lagstiftning är upptagna i "Läkemedelsverkets föreskrifter om förteckningar över narkotika" rubriceras som narkotikamissbruk. En sådan definition säger dock ingenting om hur allvarligt missbruket är eller hur missbruksmönstret sett ut. I definitionen ingår såväl den som vid något enstaka tillfälle rökt marijuana som den som dagligen injicerar heroin. Uppdraget i den nu genomförda case-finding undersökningen har varit att få en bild av omfattningen av mera allvarliga former av narkotikamissbruk. Inom t ex medicinen finns missbruk och beroende definierade i DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Ofta krävs emellertid en ingående kunskap om en person för att kunna avgöra om kriterierna i sådana definitioner är uppfyllda. Det kan på goda grunder antas att många av de som lämnar uppgifter i en case-finding undersökning, t ex polis och socialarbetare, saknar sådan kunskap.

I likhet med de två tidigare nationella case-finding undersökningar som genomförts har en definition valts som avgränsar en tyngre grupp missbrukare samtidigt som den är praktiskt möjlig att använda. För att den valda definitionen inte ska blandas samman med det missbruksbegrepp som utgår från de använda preparatens legala status, har begreppet *tungt narkotikamissbruk* använts. I undersökningen bedöms narkotikamissbruket som tungt om en person injicerat narkotika någon gång (alltså oavsett frekvens) under de senaste 12 månaderna eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste 4 veckorna (oavsett intagningsätt). Medicinskt bruk inräknas inte.

Case-finding metoden

Case-finding är den metod som använts i denna undersökning av narkotikamissbrukare. Metoden innebär i korthet att man kartlägger hur många personer (cases) som myndigheter, organisationer och andra instanser känner till som använder t ex narkotika. Vid två tidigare tillfällen, 1979 och 1992, har undersökningar genomförts med denna metod i Sverige för att kartlägga det tunga narkotikamissbrukets omfattning, UNO 79 och UNO 92 (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, 1980, Olsson, Byqvist, Gomér, 1993). Precis som vid

genomförandet av de tidigare studierna ingick personer som bedömts komma i kontakt med missbrukare i sitt arbete. På varje arbetsplats har minst en person varit uppgiftslämnare, d v s haft till uppgift att rapportera de personer som varit i kontakt med enheten under en viss tidsperiod och som man visste använt narkotika under de senaste 12 månaderna. Informationen redovisades på för ändamålet utformade blanketter. Med olika statistiska analyser, bl a capture-recapture metodik, går det sedan under vissa förutsättningar att uppskatta storleken på det s k mörkertalet, d v s missbrukare som inte är kända eller rapporterade i case-finding undersökningen.

Urvalet av kommuner

Undersökningen 1979 genomfördes som en totalundersökning av alla Sveriges kommuner. Undersökningen 1992 omfattade totalt 100 kommuner valda genom ett stratifierat urval. I ”storstadsurvalet” (40 kommuner) medtogs samtliga kommuner i storstadsområdena förutom Göteborg som vid tillfället just genomfört en egen case-finding undersökning. På eget önskemål ingick i detta urval också kommunerna i Örebro län samt Linköpings kommun. Från landets övriga kommuner drogs ett slumpurval av ytterligare 60 kommuner.

Undersökningen 1998 genomfördes på ett likartat sätt som 1992. ”Storstadsurvalet” bestod denna gång av 32 kommuner (samma som 1992 med de mindre kommunerna i Örebro län exkluderade samt med Göteborg inkluderat). Därutöver gjordes ett ”strategiskt” val av 15 kommuner ur det tidigare slumpmässiga urvalet av 60 kommuner¹. Framst ekonomiska skäl bidrog till att färre kommuner medtogs i undersökningen. Samtidigt tonades kravet på att erhålla ett ”säkert” nationellt estimat ner så länge som möjligheterna till att bedöma förändringarna i de deltagande kommunerna kunde bibehållas. Det ”strategiska” valet tillgick så att de kommuner som ingått i 1992 års slumpurval först indelades i två grupper; de med över respektive de med under 50 000 invånare. Sex större kommuner valdes därefter för att befolkningsmässigt och geografiskt täcka de delar av landet som inte representerades av de kommuner som ingick i totalundersökningen. För att spåra en eventuell spridning av narkotikamissbruket från något större till mindre kommuner, medtogs slutligen ytterligare nio ”satellitkommuner” i de sex större kommunernas omedelbara närhet.

¹ I bilaga 5 redovisas vilka kommuner som ingått i MAX 98.

Det praktiska tillvägagångssättet

I de kommuner som kom att ingå informerades först ansvariga chefspersoner, t ex socialchefer, länspolismästare och landstingsdirektörer, och de ombads därefter att utse kontaktpersoner och uppgiftslämnare inom sina respektive kommuner. I september 1998 togs direktkontakt per telefon med utsedda kontaktpersoner och uppgiftslämnare. Genom dessa kontakter rekryterades vid behov också nya uppgiftslämnare. Skriftlig information om projektet och blanketter skickades kontinuerligt ut efter varje telefonsamtal.

För datainsamlingen användes särskilda blanketter (bilaga 2-4). De ifylldes för de personer uppgiftslämnarna genom sitt arbete varit i kontakt med under de senaste sex månaderna (urvalsperiod 1 april – 1 oktober 1998). Kravet var att de skulle veta att personen använt narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna före senaste kontakttillfälle (observationsperiod). Om t ex kontakten med en person skedde i juni 1998, krävdes att uppgiftslämnaren visste att denna hade använt narkotika någon gång mellan juli 1997 och juni 1998 för att blanketten skulle fyllas i.

I landet finns omkring 500 institutioner med slutenvårdsplatser för missbrukare (behandlingshem med frivillig vård, LVU- och LVM-hem, familjehem och inackorderingshem). Huvuddelen av de vårdade utgörs emellertid inte av narkotikamissbrukare utan av alkoholmissbrukare. Institutionerna kontaktades per brev, även om de låg i de kommuner som inte ingick i urvalet, eftersom många personer vårdas utanför hemkommunen. De missbrukare som bodde i de i urvalet deltagande kommunerna registrerades.

I några fall samordnades datainsamlingen med andra pågående undersökningar. Forsknings- och utvecklingsenheten i Stockholms socialförvaltning genomför årliga kartläggningar av missbrukare, hemlösa och psykiskt sjuka i kommunen. Eftersom datainsamlingen genomförs den 1 oktober varje år kunde de båda undersökningarna samordnas. Kommunens frågeformulär överensstämde inte helt med den blankett som användes i MAX 98. De centrala uppgifter som används för att avgränsa tungt narkotikamissbruk, d v s uppgifter om injektion och missbruksfrekvens under de senaste 4 veckorna, liksom uppgifter om preparat, fanns dock med på båda blanketterna. Den s k urvalsperioden var också olika. I MAX 98 användes en urvalsperiod på 6 månader, medan FoU-enheten kartlade en 12 månaders period före 1 oktober 1998. Detta kan ha bidragit till en något högre skattning för Stockholms stad i jämförelse med övriga kommuner, men eftersom flertalet tunga missbrukare har både långvariga och frekventa kontakter

med myndigheterna är denna felkälla sannolikt liten.²

Kriminalvårdsstyrelsen genomför årliga kartläggningar av narkotikamissbrukare i fängelser och inom frivården. Den datainsamling som genomfördes den 1 oktober 1998 samordnades med MAX 98. Kriminalvårdens kartläggning är rikstäckande, varför endast dömda med hemort i urvalskommunerna ingick i case-finding undersökningen.

Under slutet av 1998 och början av 1999 sändes påminnelsebrev till de uppgiftslämnare som inte skickat in några blanketter. De som trots detta inte skickade några blanketter kontaktades personligen per telefon. Kontakten fortsatte tills alla som hade blanketter att skicka in gjort detta. Vid undersökningens början beställde de rapporterade enheterna det antal blanketter som de uppskattade att de skulle komma att behöva. I de fall antalet återsända och ifyllda blanketter väsentligt avvek från antalet beställda, togs också kontakt för att utröna orsaken till detta. Med dessa åtgärder avslutades datainsamlingen den 31 mars 1999.

I många fall inrapporterades samma person från flera uppgiftslämnare. På varje blankett fanns antecknat uppgifter om missbrukarens initialer, födelseår och födelsedag. För att undvika dubbelräkning genomfördes en manuell granskning av alla blanketter där dessa uppgifter var identiska. Genom att jämföra kön, hemortskommun, födelseland och missbruksmönster kunde det fastställas om det var frågan om samma person eller inte. En kontroll av reliabiliteten i denna dubblettgranskning genomfördes genom att två personer oberoende av varandra fick bedöma ett urval av 117 blanketter där samma uppgifter för identifikation förekom 2-4 gånger. Efter granskningen kunde dessa hänföras till 61 personer. Kontrollen visade fullständig överensstämmelse mellan de båda granskarnas bedömningar. Efter granskningen togs uppgifterna om initialer och födelsetid bort och inga sådana uppgifter fanns medtagna i de datafiler som användes för de olika analyserna.

I de fall två eller fler blanketter förekom för en person, har följande principer använts för att hämta information från de olika blanketterna. Den första principen gällde uppgifter om vilka narkotiska preparat som personen använt. Om t ex den första blanketten innehöll uppgift om att amfetamin använts och den andra att heroin använts, redovisas båda preparaten för personen i fråga. Samma princip tillämpas även för intagningssätt av narkotika. Om uppgift om specifikt intagningssätt redovisats på någon blankett gällde principen att det intagningssätt som redovisats tog över svarsalternativen "vet ej", "nej" och "ej svar" på de andra blanketterna.

² I UNO 79 kunde man konstatera att flertalet av de missbrukare som inrapporterades hade haft kontakt med de rapporterade myndigheterna redan under de första veckorna av urvalsperioden (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, 1980).

Den tredje principen gällde frågor om dominerande preparat, missbrukets längd, missbruksfrekvens och sociala frågor. Här gjordes bearbetningarna utifrån de högsta värden som angivits ("daglig eller så gott som daglig användning" tar över "några gånger per vecka" o s v). I 1979 års undersökning (UNO 79) testades denna princip genom att två alternativa variabler skapades för varje fråga. I den ena utgick man från de högsta värdena och i den andra från de lägsta värdena. Skillnaderna mellan dessa båda förfaringssätt visade sig vara mycket små och alla bearbetningar gjordes därför utifrån de högsta värdena.

Tillförlitlighet i de insända uppgifterna

Vissa begränsade möjligheter har funnits att kontrollera tillförlitligheten i de uppgifter som inrapporterats. Jämförelser har gjorts av uppgifter om samma person inrapporterade från olika myndigheter, från olika enheter inom samma myndighet och från olika uppgiftslämnare på samma enhet. Totalt granskades ett slumpmässigt urval av 100 personer. Av dessa hade 50 två blanketter, 25 tre blanketter och 25 fyra blanketter. Blanketterna var ifyllda inom en femmånadersperiod. För 36% var uppgifterna om narkotiska preparat identiska medan de var motstridiga för 3%. För resterande 61% var ett eller flera preparat gemensamma men dessutom hade ytterligare ett eller flera narkotiska preparat rapporterats på någon av blanketterna. När det gäller andra droger (alkohol, lösningsmedel, dopingpreparat och läkemedel) hade 81% uppgivit samma drog, 6% hade lämnat motstridiga uppgifter medan ytterligare en eller flera droger hade redovisats på någon blankett för 13% av personerna.

För 89% förekom identiska uppgifter om dominerande medel (narkotiska preparat eller annan drog). I 11% av fallen var uppgifterna om dominerande medel motstridiga. Av central betydelse för undersökningen är de uppgifter som möjliggör en avgränsning av det tunga narkotikamissbruket. Motstridiga uppgifter om tungt narkotikamissbruk förekommer på en eller flera blanketter för 13% av dessa personer.

Något som inte tidigare gjorts i UNO-undersökningarna är att jämföra samma uppgiftslämnarens svar på samma klient. På några enheter förekom dubbelrapportering av detta slag. I analysen har de inte behandlats som dubletter, utan uppgifterna har sammanförts till en blankett. Sammanlagt 50 narkotikamissbrukare har rapporterat två gånger av samma uppgiftslämnare. För 56% har identiska uppgifter angivits på samtliga frågor i formuläret. Ingen har helt motstridiga uppgifter. I 24% av fallen har uppgiftslämnaren uppgett ytterligare en eller två droger (narkotiska preparat, alkohol, lösningsmedel, dopingpreparat eller läkemedel), medan 20% har angivit en avvikande uppgift om missbrukstid, intagningsätt, frekvens eller dominerande preparat. Jämförelsen visar att 78% uppgivit exakt samma preparat eller kombinationer av droger.

Sammanfattningsvis kan konstateras att samstämmigheten tycks vara relativt god när det gäller uppgifter om använda narkotiska preparat och andra droger samt vilka medel som dominerat. Kunskapen om antalet använda medel varierar något, vilket dock inte behöver betyda att någon lämnat felaktiga uppgifter. Framför allt när rapporteringen skett med någon tids mellanrum, kan olikheterna vara en avspegling av faktiska förändringar som skett under denna tid.

3. Antalet insända blanketter per individ och från olika myndigheter

I 1998 års undersökning inrapporterades totalt 14 249 blanketter från de 47 kommuner som ingick i undersökningen och som uppfyllde kraven på kontakt- respektive observationsperiod (tabell 1)³. Av dem kom 47% från socialtjänsten, 21% från sjukvården, 14% från polisen/tullen, 14% från kriminalvården/fri- vården och 4% från behandlingshem eller liknande (diagram 1). Polisens andel av de inrapporterade blanketterna är lägre än i UNO 79 och UNO 92, beroende på att polisen i Malmö vägrade delta och att polisen i Stockholms län endast deltog i begränsad omfattning. Någon större betydelse för skattningarna av det totala antalet tunga narkotikamissbrukare tycks detta inte ha haft (se kapitel 4).

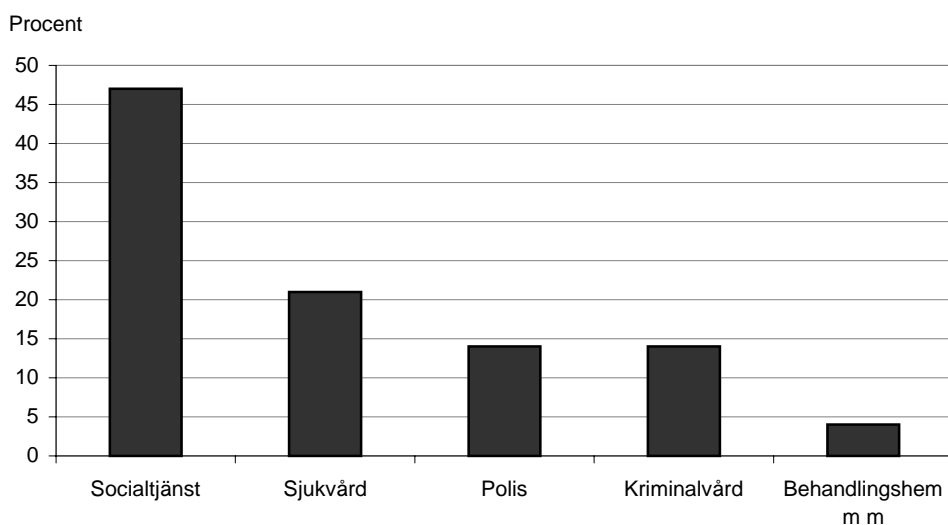


Diagram 1. Antal inrapporterade blanketter från olika myndigheter för samtliga missbrukare, n=14 248 (tabell 1).

³ Tabellerna 1-20 återfinns i tabellbilagan (sid 55). Tabeller med bokstavsbezeichnung återfinns i den löpande texten.

Blanketterna innehöll uppgifter om totalt 11 029 narkotikamissbrukare. För 79% av dessa hade endast en blankett inrapporterats (tabell 2 och diagram 2). Andelen personer som rapporterades med två blanketter var 15% och med tre eller fler blanketter 6%. Hälften av de inrapporterade (5 542) uppfyllde kriterierna i definitionen på tungt narkotikamissbruk. Det var betydligt vanligare att tunga narkotikamissbrukare rapporterats från flera uppgiftslämnare (33%) än personer i gruppen övriga missbrukare⁴ (9%). Antalet inrapporterade blanketter ökade dessutom med antal år som personen missbrukat narkotika (diagram 2).

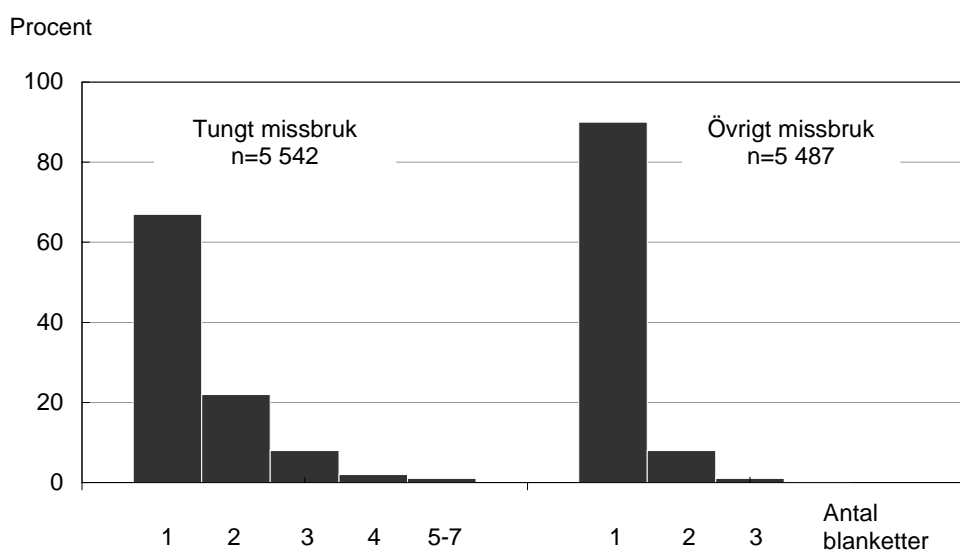


Diagram 2. Antal inrapporterade blanketter per individ (tabell 2).

⁴ Gruppen "övriga missbrukare" består av personer som använt narkotika under de senaste 12 månaderna men som inte injicerat under denna period och som dessutom inte använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste fyra veckorna.

4. Bedömningar av det tunga narkotikamissbrukets omfattning

Under vissa förutsättningar skulle de data som insamlats i den nu genomförda case-finding undersökningen kunna ge en korrekt bild av såväl omfattningen som karaktären av det tunga narkotikamissbruket i de deltagande kommunerna. De viktigaste förutsättningarna är att de rapportörer (representerande olika myndigheter, organisationer, etc) som deltagit faktiskt känner till alla tunga narkotikamissbrukare, att de rapporterat dessa i undersökningen samt att de uppgifter som rapporterats är riktiga. Ingen av dessa förutsättningar kan dock förväntas vara helt uppfyllda. Det är därför nödvändigt att försöka uppskatta storleken och karaktären av de fel som kan ha uppstått.

I det följande ska fyra typer av felkällor diskuteras och olika försök göras för att uppskatta storleken av dessa fel. De är:

1. Alla tunga narkotikamissbrukare är inte kända av rapportörerna
2. Alla kända tunga narkotikamissbrukare är inte rapporterade
3. De uppgifter som rapporterats är inte korrekta
4. Urvalsfel p g a att alla kommuner i landet inte deltog i undersökningen

De två första felkällorna ger upphov till ett s k mörkertal. En underskattning av det verkliga antalet tunga narkotikamissbrukare blir följderna om dessa fel inte kan korrigeras. Det tredje felet, att felaktiga uppgifter om enskilda missbrukare rapporteras (falska positiva/negativa), bidrar sannolikt till att det totala antalet missbrukare överskattas. Det fjärde felet kan leda till att nationella estimat inte kan göras eller till stora konfidensintervall (osäkerhetsintervall) när uppräknings görs från de 47 rapporterande kommunerna till hela landet. Beroende på hur urvalet gjorts, kan det också bidra till en systematisk över- eller underskattning av antalet tunga narkotikamissbrukare.

Capture-recapture metodik

Storleken av det mörkertal som kan bli följderna av de två första felen kan under vissa förutsättningar beräknas och därmed också den ”verkliga” omfattningen av det tunga narkotikamissbruket. En metodik som använts i epidemiologiska studier av narkotikamissbruk är s k capture-recapture skattningar (se Olsson, 2000a för en översikt). Det är i princip samma metodik som brukar användas för att skatta storleken på djurpopulationer. Metodiken kan i sin enklaste form

beskrivas på följande sätt. Antag att det finns M individer i en population. Problemet är dock att M är okänt varför vi måste estimeras M . För att göra detta fångas n_1 individer som märks och därefter släpps. Efter någon tid fångas n_2 individer av vilka a är märkta. Om vi betecknar andelen märkta individer som p får vi

$$p = n_1/M \quad (1)$$

I (1) är storleken av både p och M okänd. Andelen p kan dock utifrån den andra fångsten estimeras som

$$p_1 = a/n_2 \quad (2)$$

d v s som andelen märkta individer i den andra fångsten. Om vi sätter in p_1 istället för p i (1) får vi ett estimat på storleken av M :

$$M_1 = n_1/p_1 = n_2 \cdot n_1/a \quad (3)$$

Några villkor måste vara uppfyllda för att skattningen ska bli tillförlitlig:

- Populationen ska vara sluten, d v s inga individer ska försvinna eller tillkomma mellan de två fångsterna
- Fångsterna ska vara slumpmässiga urval av samtliga individer
- Alla individer ska ha samma sannolikhet att bli fångade
- Att en individ blir fångad vid första tillfället får inte påverka sannolikheten att bli fångad vid det andra tillfället, d v s oberoende ska föreligga mellan fångsterna

Capture-recapture metodiken kan också utvecklas för att användas vid tre eller flera "fångster". Detta tillvägagångssätt har använts vid de två tidigare undersökningarna av det tunga narkotikamissbrukets omfattning (UNO 79 och UNO 92). I dessa fall har de rapporterade systemens (polis, socialtjänst o s v) inrapportering av narkotikamissbrukare fått fungera som fångstillfällen.

I MAX 98 tillämpas en mera utvecklad form av capture-recapture beräkning. Det viktigaste skälet är att kravet på oberoende mellan de olika rapportörerna inte är uppfyllt. Om t ex polisen ingripit och fått kännedom om en narkotikamissbrukare, ökar detta sannolikheten för att personen också blir känd inom kriminalvården. På samma sätt gäller att om en missbrukare avgiftas inom sjukvården, ökar sannolikheten för att person också rapporteras från något behandlingshem och från socialtjänsten som oftast finansierar behandlingshemsvistelsen. Med en statistisk *loglinjär analys* är det möjligt att uppskatta hur beroendet mellan de olika rapporterande systemen ser ut. Hur väl olika antaganden om beroendets styrka och riktning "passar" empiriska data testas genom ett s k *Likelihood ratio test*.⁵ Eftersom beräkningarna i de tidigare case-finding undersök-

⁵ En utförlig beskrivning av capture-recapture metodiken liksom grunderna för och detaljerna i de olika estimaten finns presenterade i Olsson, 2000a och Olsson, 2000b.

ningarna (UNO 79 och UNO 92) enbart byggde på den enklare capture-recapture metodiken som inte tar hänsyn till beroendet mellan systemen, redovisas i detta kapitel nya loglinjära beräkningar för dessa år för att öka jämförbarheten med MAX 98.

Klassifikationsfel

I MAX 98, liksom i tidigare case-finding undersökningar, har en operationell definition av *tungt narkotikamissbruk* använts. Narkotikamissbruket bedöms som tungt om en person injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste 4 veckorna oberoende av intagningsätt. Medicinskt bruk inräknas inte. Uppgifterna inhämtades retroaktivt. På den rapportblankett som använts har det bl a varit möjligt att redovisa om personen injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna respektive hur ofta narkotika använts under de senaste 4 veckorna.

Klassifikationsfel kan gå i två riktningar. I det ena fallet, s k *falska positiva*, beskrivs en person som i verkligheten inte är tung narkotikamissbrukare som tung, medan de s k *falska negativa* innebär att en i verkligheten tung narkotikamissbrukare beskrivs som icke tung. Sammantaget ger dessa båda fel med största sannolikhet upphov till en överskattning av det verkliga antalet tunga narkotikamissbrukare.⁶ Skattningarna blir högre med större sannolikheter för icke tunga narkotikamissbrukare att bli klassificerade som tunga. Effekten förstärks när det i verkligheten finns ett stort antal icke tunga narkotikamissbrukare i förhållande till antalet tunga. Enligt de beräkningar och överväganden som gjordes i UNO 79 (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, 1980) blir nettoeffekten av klassifikationsfelen sannolikt en överskattning av antalet tunga narkotikamissbrukare på uppemot 10-25% beroende på vilken typ av missbrukare det gäller.

I de case-finding undersökningar som genomförts har ofta två eller fler blanketter om en person insänts. Ju fler blanketter som bedömer en persons narkotikamissbruk som tungt, ju mindre är risken för felaktig klassifikation. Andelen obekräftade blanketter skiljer sig mellan de tre undersökningarna, alltså fall där antingen bara en blankett per person förekommer eller fall där flera blanketter inrapporterats men där bara en anger tungt missbruk. I UNO 79 var det tunga narkotikamissbruket obekräftat för 82% av de inrapporterade personerna, i UNO 92 42% och i MAX 98 80%.

⁶ En utförlig diskussion av klassifikationsfelens inverkan på skattningarna redovisas av professor Gösta Carlsson i bilaga 11 till UNO 79 (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, 1980).

Det finns flera faktorer som talar för att sannolikheten för felaktig klassifikation inte varit konstant över åren. En överskattning på uppemot 10-25% är kalkylerad på de förhållanden som gällde 1979. Vissa väsentliga förändringar inträffade därefter fram till 1992 som kan antas ha förändrat denna andel. År 1979 var andelen yngre missbrukare betydligt större än 1992. Det är rimligt att anta att kunskapen om relativt unga personer med en kortare missbrukskarriär är sämre än för äldre missbrukare med ofta intensiva och långåriga myndighetskontakter. Under senare delen av 1980-talet genomfördes kraftiga resursförstärkningar på narkotikaområdet. Inte minst satsningen ”Offensiv narkomanvård”, som genomfördes som ett svar på den hotande HIV-epidemin, bör ha lett till att myndigheterna successivt skaffade sig allt bättre kunskaper om missbrukarna.

Ju fler de icke-tunga narkotikamissbrukarna är i förhållande till de tunga, ju större är risken för överskattning av totalantalet tunga missbrukare. Från 1979 till 1992 minskade andelen svenska ungdomar med ett experimentellt och rekreationellt bruk av narkotika (CAN och Folkhälsoinstitutet, 2000). Det betyder att proportionen tungt – icke tungt narkotikamissbruk också bör ha förändrats mot en mindre andel icke-tunga, vilket i sin tur leder till en något lägre risk för överskattning av antalet tunga narkotikamissbrukare.

Mellan 1992 och 1998 förändrades återigen bilden. Antalet inrapporterade yngre tunga narkotikamissbrukare har ökat, det experimentella och rekreationella bruket har ökat relativt kraftigt och resurserna för arbetet med narkotikafrågorna har minskat. Den senare aspekten framgick med stor tydlighet av de nyckelpersonsintervjuer som gjordes som inledning på MAX-projektet (Guttormsson, Helling, Olsson, 1999). Även genomförandet av MAX 98 gav information som pekade i samma riktning. De hundratals kontakterna med rapportörer och kontaktpersoner vid genomförandet av case-finding undersökningen i de 47 kommunerna visar samstämmigt på kraftiga försämringar på området. I de flesta kommuner har socialtjänstens arbete med narkotikafrågorna i praktiken fått en låg prioritet i relation till andra ansvarsområden. På många håll har de narkomanvårdsbaser som byggdes upp som ett led i ”Offensiv narkomanvård” försvunnit utan att några alternativa sätt att arbeta med frågorna tillkommit.

Utvecklingen inom polisväsendet tycks generellt sett också ha lett till betydligt sämre möjligheter att sammanställa och rapportera den information om missbrukarna som efterfrågades. Därtill tillkommer det faktum att det tunga narkotikamissbruket ökat mellan 1992 och 1998. Med minskade resurser blir det samlade resultatet vid ett ökat missbruk en sämre kunskap om missbrukarna. Det förefaller därför rimligt att anta att sannolikheten för felaktiga klassifikationer i MAX 98 har ökat i förhållande till UNO 92. Ytterligare en aspekt som stöder antagandet om att risken för felklassificeringar har förändrats på det sätt som beskrivits är förändringarna i antalet obekräftade blanketter. Ju fler obekräftade blanketter, ju större bör risken för felaktigheter vara.

Sammantaget leder dessa olika förhållanden och förändringar till att risken för klassifikationsfel och överskattningar av totalantalet tunga narkotikamissbrukare minskade relativt kraftigt från 1979 till 1992, medan en viss ökning är sannolik i 1998 års undersökning. För att täcka in de fel som felklassifikationerna kan ge upphov till bör det intervall på -20% som kalkylerades för 1979 behållas för detta år. För 1992 och 1998 bör intervallen korrigeras något mot bakgrund av de förändringar som diskuterats ovan. För 1992 och 1998 förefaller det rimligt att sätta intervall som sträcker sig från respektive punkttestimat till 10% respektive 15% nedåt.

Däremot finns det inte längre några skäl att lägga intervall som sträcker sig uppåt från punkttestimaten. I 1979 års undersökning sattes ett intervall på +20% för att korrigera för den underskattning som kunde bli följd av den enkla form av capture-recapture beräkning som användes (korrigerade inte för beroendet mellan de rapporterade systemen). Den metodik som nu använts (också för omräkning av 1979 och 1992) tar hänsyn till och korrigerar för denna felkälla. Punkttestimaten kommer därmed att utgöra den övre gränsen av de osäkerhetsintervall som täcker in effekterna av felklassifikationer.

Urvalsfel

Till skillnad från totalundersökningen 1979, genomfördes kartläggningarna 1992 och 1998 i ett urval av landets kommuner. Det betyder att uppräknings från urvalskommunerna måste göras för att vi ska få ett nationellt estimat över antalet tunga narkotikamissbrukare. Urvalets storlek och slumpmässighet är avgörande för resultatens tillförlitlighet. Problemet är mindre 1992 än 1998. I UNO 92 genomfördes undersökningen dels som en totalundersökning i 40 kommuner ("storstadsurvalet"), dels i ett slumpmässigt urval av 60 av landets övriga kommuner (urvalsram). Baserat på invånarantalet gjordes uppräknings från de 60 kommunerna till hela urvalsramen. Till detta antal adderades därefter det skattade antalet tunga narkotikamissbrukare från totalundersökningen i "storstadsurvalet". Eftersom Göteborg just genomfört en egen case-finding undersökning exkluderades dessa i datainsamlingen till UNO 92. Ett skattat antal tunga narkotikamissbrukare i Göteborg baserat på tidigare undersökningar i staden adderades därför till det estimat UNO 92 givit för att få det slutliga nationella estimatet.⁷

Sättet att genomföra de tre case-finding undersökningarna innebär att det inte kan finnas något urvalsfel i UNO 79 och att ett visst urvalsfel sannolikt före-

⁷ Vid genomgång av underlagsmaterial för 1992 års undersökning framkom att inte alla kommuner i slumpurvalet blivit slumpmässigt valda. Uppsala län önskade få en kartläggning genomförd varför samtliga kommuner i detta län medtagits i slumpurvalet.

kommer i UNO 92. Förfarandet i MAX 98 är mera problematiskt när det gäller uppräkningsfrågor från de 15 ”strategiskt” valda kommunerna till samtliga som ingick i urvalsramen. Dels är antalet kommuner litet, dels är de inte slumpmässigt dragna. Det finns stor risk för att stickprovet fått en slagsida mot ”högriskkommuner”, vilket resulterar i en överskattning av det tunga narkotikamissbruket om undersökningens resultat uppräknas till hela landet.

När det gäller tungt narkotikamissbruk kan man förvänta sig en viss koncentration till större kommuner och att betydande skillnader förekommer mellan vissa mindre kommuner i landet. Samtliga ”satellitkommuner” i urvalet ligger i direkt anslutning till större kommuner. Denna närhet gör att ”satellitkommunerna” kan förväntas ha ett något större antal tunga narkotikamissbrukare än många andra små kommuner som ligger långt från större kommuner med en tillräckligt stor narkotikamarknad som kan underlätta möjligheterna att upprätthålla ett tungt missbruk. Även om de små kommunernas andel av det totala antalet tunga missbrukare är relativt litet, är det ändå sannolikt att en uppräkningsbaserad på befolkningstalet leder till en överskattning. De beräkningar som presenteras tyder också på att så är fallet.

Vid planeringen av MAX 98 fanns inget krav på ett nationellt estimat. Målet var att bedöma förändringarnas storlek i de deltagande kommunerna. Om jämförelsen mellan de tre åren begränsas till enbart de förändringar som skett i de 47 kommuner som ingått samtliga år, spelar urvalsfelen mindre roll. Frågan som uppkommer är om utvecklingen över tid kan ha sett signifikant annorlunda ut i de kommuner som inte ingått i undersökningarna 1992 och 1998. Studerar man andra undersökningar och indikatorer finner man att de trender som påvisats på riksplånet också i allt väsentligt återfinns på regionalt och lokalt plan. Detta gäller ungdomars experimenterande med narkotika som resultaten av undersökningar bland skolelever och mönstrande visar (Andersson, Hibell, Sandberg, 1999, Guttormsson, 1999). Viktigare är att även data som bättre speglar utvecklingen av tungt narkotikamissbruk påvisar ett likartat mönster (Narkotikakommissionen, 1999, CAN och Folkhälsoinstitutet, 2000). Antalet personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen, antalet narkotikarelaterade dödsfall, antalet narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvården och antalet för första gången vårdade visar att ökningen under perioden 1992–1998 kan spåras till såväl de tre storstadslänen som andra områden (bilaga 7).

Det förefaller således som om urvalet av de 15 övriga kommunerna är icke-representativt i den bemärkelsen att de tycks utgöra ”högriskkommuner” med något högre missbruksnivåer än övriga kommuner i urvalsramen. Eftersom urvalet av de 15 kommunerna representerar två tredjedelar av den svenska befolkningen leder även mindre avvikelser till en signifikant överskattning vid uppräkningsfrågor till riksnivå.

Skattningarna av antalet tunga narkotikamissbrukare i urvalet av mindre kommuner uppvisar däremot en något lägre ökningstakt mellan 1992 och 1998 än vad de olika narkotikaindikatorerna gör för samtliga kommuner som ingår i den urvalsram de representerar. En beräkning av antalet tunga narkotikamissbrukare i landet, baserad på förändringstakten i de 47 kommuner som deltagit samtliga tre år, kan därför leda till en liten underskattning av det verkliga antalet. En diskussion av hur stor över- respektive underskattningen kan tänkas bli med de båda metoderna, återfinns därför i slutet av detta kapitel.

Antal tunga narkotikamissbrukare 1998 samt jämförelser med undersökningarna 1979 och 1992

Narkotikamissbrukets karaktär gör att det är mycket svårt att uppskatta antalet missbrukare. Detta faktum kvarstår även efter genomförandet av en omfattande case-finding undersökning, vilket berörs i ovanstående diskussion om olika felkällor. Skattningarna kan göras på lite olika sätt beroende på att olika antaganden om felkällorna kan göras. Av detta skäl kommer alternativa estimat att presenteras. Avslutningsvis görs ett försök att bedöma vilka skattningar som ter sig mest rimliga, bl a mot bakgrund av information från andra indikatorer om missbrukets utveckling.

I tabellerna A, B och D anges inga konfidensintervall. Sådana intervall kan beräknas för att ange den statistiska säkerheten i såväl capture-recapture skattningarna som i uppräkningsarna från urvalen av kommuner till landet som helhet. De intervall som angavs i 1979 och 1992 års undersökningar var inte baserade på sådana statistiska beräkningar, utan var mer eller mindre godtyckligt satta för att täcka felkällor av olika slag. Bland annat skulle effekten av klassifikationsfelen (falska positiva/negativa) rymmas inom de satta intervallen. Det statistiska konfidensintervallet för de nya beräkningar som gjorts för hela landet 1979 (tabell D) ligger på knappt $\pm 10\%$ eller $\pm 1\ 500$ personer (95% konfidensintervall).

För 1992 och 1998 kan inga statistiska konfidensintervall beräknas eftersom kommunerna inte var slumpmässigt valda. Om sådana beräkningar gjordes skulle de med all sannolikhet bli betydligt större än de cirka $\pm 10\%$ som beräknats för 1979. De ”osäkerhetsintervall” som redovisas bygger på diskussionen om felklassifikationer samt analysen av olika narkotikaindikatorer.

Capture-recapture beräkningar 1998

Beräkningar av mörkertal, d v s okända eller inte inrapporterade tunga narkotikamissbrukare, har genomförts separat för de två olika urvalen av kommuner. Missbrukare fanns rapporterade från 12 olika myndigheter m fl som samlades till fem rapportkällor.

<u>Kod</u>	<u>Rapportkälla</u>
k1	Sjukvård
k2	Socialtjänst
k3	Kriminalvård
k4	Polis och tull
k5	Behandlingshem m fl

Antalet missbrukare med respektive svarsmönster, d v s rapporterade från en eller flera kombinationer av rapportkällor, angavs som en funktion av rapportkällor ($k_1 \dots k_5$) och samspel mellan dessa. Tekniskt sett användes en log linkfunktion och Poissonfördelning, vilket svarar mot en log-linjär modell.⁸ Beräkningarna gjordes separat för varje stratum.⁹ Analysen inleddes med att studera de olika interaktionseffekterna mellan rapportkällorna, eftersom det inte rimligen kan antagas att det föreligger ett oberoende mellan dem.

Storstadsurvalet

Interaktionen mellan rapportkällorna innefattar alla huvudeffekter k_1 t o m k_5 (ingen rapportkälla visade sig överflödig) och med tvåvägs samspel mellan k_1*k_2 , k_1*k_3 , k_1*k_4 , k_2*k_3 , k_2*k_4 , k_2*k_5 och k_3*k_4 . Denna interaktionsmodellens anpassning till empiriska data var god (deviance=21.90, 18 frihetsgrader). Förutom de totalt 4 837 inrapporterade tunga narkotikamissbrukarna i storstadsurvalet skattar modellen mörkertalet till 8 597¹⁰ (95% konfidensintervall: 6 920 – 10 681). Skattningen av det totala antalet tunga narkotikamissbrukare i storstadsurvalet blir 13 434 personer (11 757 – 15 518).

Övriga kommuner

Interaktionseffekterna i övriga deltagande kommuner var närmast identiska med de för storstadsurvalet. De innehåller samma effekter och samspel utom att ingen interaktionseffekt mellan källorna k_1*k_3 kunde skönjas. Modellens anpass-

⁸ Data analyserades med hjälp av statistikprogrammet SAS' Genmod procedur.

⁹ Metoden finns närmare beskriven i Olsson, 2000a.

¹⁰ Genomgående redovisas de exakta värden som de olika beräkningarna och skattningarna ger upphov till. Detta ska inte tolkas som om detta också är de sanna värdena. De olika felkällor som diskuterats måste hela tiden beaktas och kring varje enskilt värde ligger ett mer eller mindre stort osäkerhetsintervall.

ning är god (deviance=19.5, 19 frihetsgrader). Det skattade mörkertalet med modellen blir 1 316 personer (739 – 2 341), vilket med de 716 inrapporterade tunga narkotikamissbrukarna ger ett totalantal av 2 032 personer (1 455–3 057).

Lokala och regionala skattningar 1998 samt jämförelser med 1979 och 1992

En av de fyra felkällor som diskuterats, urvalsfelet, kan naturligtvis elimineras genom att undvika att göra skattningar för hela landet baserat på uppräknningar från de undersökta kommunerna. Summeras skattningarna för de två kommunurvalen får vi totalt 15 466 tunga narkotikamissbrukare i de 47 undersökta kommuner (13 434 + 2 032). För 1979 och 1992 kan antalet tunga narkotikamissbrukare i samma kommuner skattas till 9 277 respektive 10 809 med motsvarande capture-recapture metodik. I UNO 92 deltog inte Göteborg eftersom man nyligen genomfört en egen case-finding undersökning. Ett skattat antal tunga narkotikamissbrukare om 1 700 personer baserat på tidigare undersökningar och den genomsnittliga ökningstakten för landet som helhet mellan 1979 och 1992 inkluderades därför för Göteborg. De nya beräkningar med modern capture-recapture metodik som nu gjorts för samtliga landsomfattande undersökningar ger upphov till en något högre skattning. För 1992 innebär det en uppräkning av tidigare publicerade skattningar med omkring 11%. I det följande kommer därför den tidigare skattning för Göteborg år 1992 att uppräknas till 1 887 personer.

Den totala ökningen av antalet tunga narkotikamissbrukare i de 47 undersökta kommunerna mellan åren 1992 och 1998 uppgår till 41% (utan korrigering för klassifikationsfel). Mellan åren 1979 och 1992 var motsvarande ökning 19%. Den totala ökningen från 1979 till 1998 uppgår till 67%. Flertalet undersökningar om narkotikamissbruk visar att det föreligger regionala skillnader i utvecklingen. Samtidigt är det oftast möjligt att, åtminstone i stora drag, spåra den nationella trenden i den lokala eller regionala utvecklingen när kommuner eller grupper av kommuner med lite större befolkningstal jämförs. Det betyder att utvecklingen i de 47 kommunerna, med rimliga variationer, också bör kunna spåras för t ex storstäder och i de två olika kommunurval som använts i undersökningen.

Den allmänna bild som tillgänglig information ger av utvecklingen av det tunga narkotikamissbruket i Sverige är att två större faser tycks kunna urskiljas (CAN och Folkhälsoinstitutet, 2000, Guttormsson, 2000, Guttormsson *et al*, 1999, Lenke, Olsson, 1999, Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, 1977). Under den första, från början av 1960-talet och 15-20 år framåt, spreds missbruket först och främst i Stockholm, Göteborg och Malmö samt vissa andra större kommuner. Med varierande fördröjning i tid spreds missbruket, om än i mindre omfattning, ut i landet till mindre kommuner. 1980-talet och 1990-talets

första år tycks ha inneburit en kraftig minskning av nyrekrytering till tungt narkotikamissbruk. Därefter har uppenbarligen en ny fas i utvecklingen tagit fart. Nyrekryteringen ökade åter och kan, som framgår av tabell A, spåras till såväl storstadsområden som mindre kommuner. Den förväntade mindre ökningen mellan åren 1979 och 1992 i jämförelse med perioden 1992 – 1998 återspeglas också i tabellen.

De procentuella förändringarna avviker dock signifikant från genomsnittet i några områden¹¹. Det gäller framför allt Stockholms län när Stockholms stad exkluderats. Det kan dock vara vanskligt att förstå förändringarna enbart baserat på procenttal. Om basen för beräkningarna är liten blir den procentuella förändringen stor även om ökningen i absoluta tal inte framstår som anmärkningsvärd. I diagram 3-5 åskådliggörs utvecklingen i landet som helhet samt i olika kommuner uttryckt som antalet tunga narkotikamissbrukare per 100 000 invånare i åldern 15-54 år d v s det åldersintervall inom vilket de flesta tunga narkotikamissbrukare återfinns.¹²

Tabell A. Capture-recapture beräkningar av antalet tunga narkotikamissbrukare för samtliga 47 undersökta kommuner, grupper av kommuner samt de tre storstäderna (ej korrigerat för klassifikationsfel).

	1979	1992	1998
Samtliga 47 kommuner	9 277	10 996	15 466
Storstadsurvalet (32 kommuner)*	8 338	9 440	13 434
Övriga kommuner (15 kommuner)*	939	1 556	2 032
Stockholm	2 889	3 191	4 765
Göteborg**	1 800	1 887	2 111
Malmö	1 288	1 304	1 607
Stockholms län exkl. Stockholms stad	592	1 753	3 958
Linköping, Växjö, Falun, Skellefteå, Gävle	584	636	932

* Se bilaga 5.

** Göteborg deltog inte i 1992 års undersökning. Estimatet 1 887 bygger på tidigare studier i Göteborg, den estimerade ökningstakten i landet som helhet från 1979 samt de nya capture-recapture beräkningar som nu gjorts av tidigare data.

¹¹ Bortfallet av polisen som rapportör i Malmö och bristfällig rapportering från polisen i Stockholms län tycks ha påverkat skattningarna i relativt liten utsträckning. Alternativa beräkningar med olika kombinationer av rapporterande system visar att totalskattningarna för hela landet kan ha påverkats endast med någon enstaka procent.

¹² Diagrammen bygger på de skattningar som i det följande bedöms som mest rimliga.

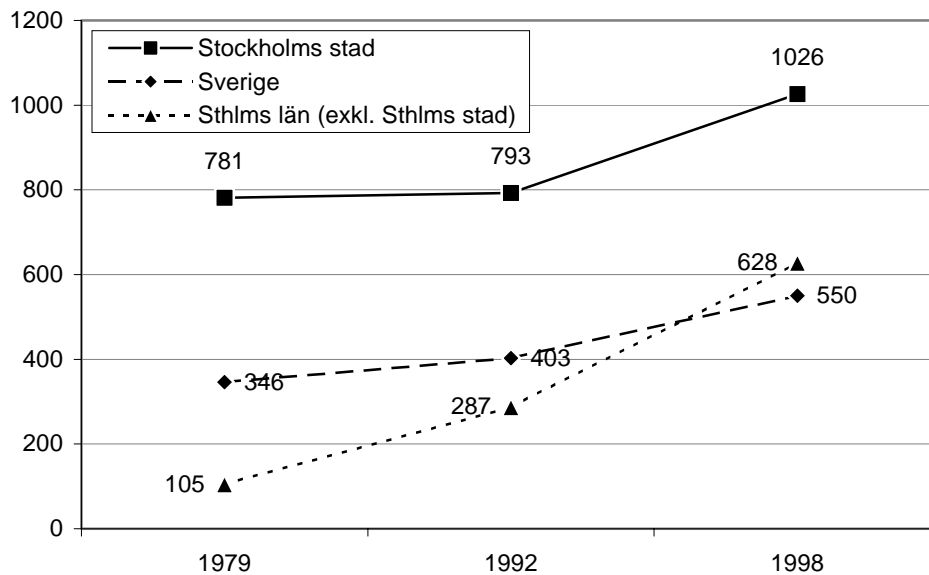


Diagram 3. Antal tunga narkotikamissbrukare per 100 000 invånare i åldern 15-54 år i Sverige, Stockholms stad och Stockholms län exkl Stockholms stad (tabell A).

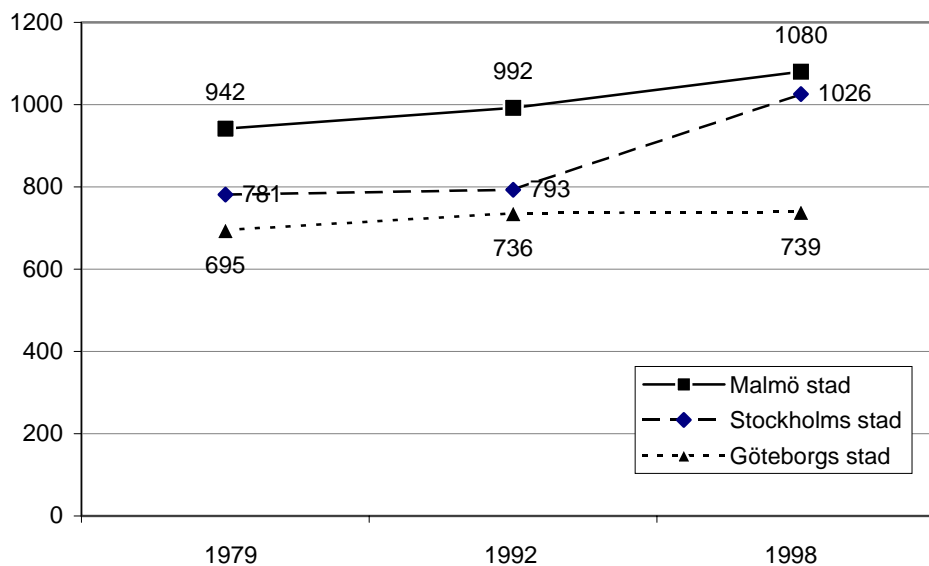


Diagram 4. Antal tunga narkotikamissbrukare per 100 000 invånare i åldern 15-54 år i Stockholms stad, Malmö stad och Göteborgs stad (tabell A).

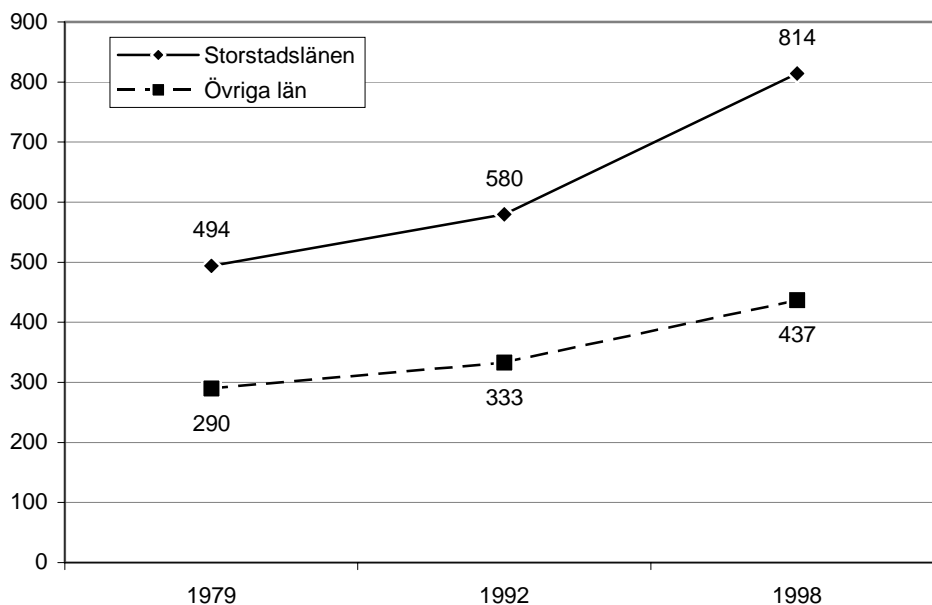


Diagram 5. Antalet tunga narkotikamissbrukare per 100 000 invånare i åldern 15-54 år i storstadslän och övriga län (tabell A).

Diagrammen visar att utveckling i olika delar av landet har sett relativt likartad ut och att de förhållandevis kraftigt avvikande procentuella förändringarna blir betydligt mindre påtaliga (t ex i Stockholms län exkl. Stockholms stad). Istället framträder en relativt konstant bild med en begränsad ökning av det tunga narkotikamissbruket mellan 1979 och 1992 i samtliga områden. Därefter har ökningen stegrats markant med ett undantag, nämligen Göteborgs kommun. Det ligger utanför denna undersöknings ram att förklara vad detta beror på. Det skulle också – åtminstone delvis – kunna vara resultatet av felaktigheter i den genomförda case-finding undersökningen. Det finns dock inte något som talar för det. Även om så vore fallet, och Göteborg skulle ha en lika stor ökning som t ex Stockholms stad, skulle detta inte påverka skattningen på riksnivå med mer än något hundratal personer.

Det är intressant att notera att ökningen varit störst i Stockholms stad och län i övrigt. Förklaringarna till detta ligger sannolikt i demografiska, ekonomiska och sociala förhållanden och förändringar i området. Det tunga narkotikamissbruket är till största delen starkt kopplat till socialt och ekonomiskt utsatta grupper (Solarz, 1990, Lenke, Olsson, 1996, Guttormsson *et al*, 1999, Svensson, 2000). För Stockholms läns del har utvecklingen under 1990-talet inneburit att segregationen fördjupats både ekonomiskt, socialt, etniskt och demografiskt. Arbetslösheten i utsatta delar av länet kan jämföras med situationen i norrländsk landsbygd.

Majoriteten av de arbetslösa är utlandsfödda invånare, nyanlända flyktingar, lågutbildade och ungdomar (Storstadskommittén, 1998, Socialstyrelsen, 1997). Även om den varit mindre påtaglig, liknar missbruksutvecklingen och de faktorer som den kopplar till den som Storbritannien erfor under 1980-talet (Dorn, South, 1986). Antalet heroinmissbrukare mångdubblades och det var i ekonomiskt och socialt segregerade områden i och runt stortstäderna som ökningen var störst.

Nationella skattningar 1998 samt jämförelser med 1979 och 1992

På grundval av de data som insamlats finns två möjligheter att skatta det totala antalet tunga narkotikamissbrukare i hela landet. Den första är identisk med förfarandet i UNO 92. Först görs en uppräknig i förhållande till befolkningstalen från det skattade antalet missbrukare i urvalskommunerna till samtliga kommuner dessa representerar. Till detta antal adderas sedan skattningen för storstadsurvalet. För 1998 års data har detta förfarande konstaterats vara mycket osäkert eftersom det inte bygger på ett slumpmässigt urval av kommuner samt att antalet kommuner i urvalet är relativt litet. En jämförelse av denna skattning med annan information och andra indikatorer bekräftar antagandet att metoden leder till en överskattning (sidorna 33-37).

Det andra sättet innebär att en uppräknig görs baserad på förändringstakten i de 47 kommuner som undersökts vid samtliga tre tillfällen. Eftersom landets samtliga kommuner ingick i 1979 års undersökning används detta år som basår. Genom att utgå från totalundersökningen 1979 vid beräkningen av nationella estimat för 1992 och 1998, elimineras slumpfel och systematiska överskattningar p g a en överrepresentation av "högriskkommuner" i urvalen. Å andra sidan introduceras en annan felkälla genom att det inte är säkert att de förändringar som påvisats i de 47 kommunerna också är representativa för förändringarna i hela landet. Resultaten i tabell A och diagram 3-5 visar i stort på en relativt logisk (i förhållande till vad som kan förväntas utifrån andra indikatorer) och konsistent utveckling över tid. Ett undantag har diskuterats ovan, nämligen en lägre ökningstakt i mindre kommuner i jämförelse med vad andra tillgängliga indikatorer visar. Det innebär att en uppräknig baserad på förändringen över åren kan leda till en mindre underskattning av det totala antalet tunga narkotikamissbrukare.

Med den stora osäkerhet som råder kring skattningar av antalet tunga narkotikamissbrukare är det en fördel om de gjorda beräkningarna kan bekräftas av andra data. Dels ger det en möjlighet att se huruvida skillnaden mellan olika typer av skattningar ter sig rimlig eller inte, dels ger det en möjlighet att begrunda om den påvisade skillnaden går att förklara utifrån skillnaden i beräkningssätt. Avslutningsvis kommer därför ett tredje sätt att skatta antalet tunga narkotikamissbrukare i landet att redovisas och diskuteras i relation till de två skattning-

arna som görs på case-finding undersökningarnas insamlade data, nämligen beräkning av antalet tunga narkotikamissbrukare utifrån uppgifter om narkotikarelaterad dödlighet.

Skattningar av antalet tunga narkotikamissbrukare baserat på uppräknings från urvalskommunerna

Det skattade antalet tunga narkotikamissbrukare i de båda typerna av kommunurval 1998 har redovisats ovan. För storstadsurvalets del skattades antalet till 13 434 personer och för urvalet av övriga kommuner till 2 032 personer. Antalet invånare i urvalsramen uppgick till 5 948 983 personer och antalet i de 15 undersökta kommunerna till 613 147. Det innebär att det skattade antalet tunga narkotikamissbrukare måste multipliceras med 9,7 vilket ger totalt $9,7 \times 2\,032 = 19\,710$ personer. Till detta antal adderas det skattade antalet för storstadsurvalet, vilket för hela landet ger $19\,710 + 13\,434 = 33\,144$ tunga narkotikamissbrukare.

Samma förfarande utifrån UNO 92, när den log-linjära modellen för capture-recapture beräkningar använts, ger 7 644 tunga narkotikamissbrukare i storstadsurvalet, 9 509 i övriga kommuner samt 1 887 i Göteborg, som inte ingick i undersökningen. Totalt ger detta $7\,644 + 9\,509 + 1\,887 = 19\,034$ tunga narkotikamissbrukare i hela landet. Den log-linjära modellen för capture-recapture beräkningar på 1979 års totalundersökning ger en skattning på 17 197 tunga narkotikamissbrukare. Båda dessa skattningar är högre än de som tidigare publicerats (12 000 för 1979 respektive 17 000 för 1992) beroende på att det nu varit möjligt att beräkna beroendet (interaktionseffekterna) mellan olika rapporterande system.

Korrigeras ovanstående skattningar för det maximala klassifikationsfelet¹³ erhålls 13 758 för 1979, 17 131 för 1992 och 28 172 tunga narkotikamissbrukare för 1998 (tabell B).

Tabell B. Nationella estimat av antalet tunga narkotikamissbrukare baserat på capture-recapture beräkningar.

	1979	1992	1998
Hela landet (1992 och 1998 uppräknat från urvalskommunerna)	17 197	19 034	33 144
Ovanstående skattningar korrigerade för maximala klassifikationsfel (20%, 10% respektive 15%)	13 758	17 131	28 172
Hela landet uppräknat efter förändringen i 47 kommuner - 1979 basår	17 197	20 378	28 663
Hela landet uppräknat efter förändringen i 47 kommuner - 1979 basår - korrigerade för maximala klassifikationsfel	13 758	18 298	24 352

¹³ Se sid 19 för en diskussion om klassifikationsfel.

Skattningar av antalet tunga narkotikamissbrukare baserat på förändringen i de 47 kommuner som undersökts samtliga år

Om skattningarna av antalet tunga narkotikamissbrukare i de 47 kommunerna som undersökts vid samtliga tre tillfällen korrigeras för maximala klassifikationsfel, får vi 13 146 personer 1998, 9 896 personer 1992 och 7 422 personer 1979. Det innebär en förändringstakt på 33% mellan 1979 och 1992. Mellan 1979 och 1998 har ökningen varit 77%.

Om 1979 års skattning av antalet tunga narkotikamissbrukare i hela landet, korrigerat för klassifikationsfel (13 758 personer), används som bas för uppräkningsarna (eftersom den baseras på en totalundersökning av landets samtliga kommuner) för de nationella skattningarna får vi $13\,758 \times 1,33 = 18\,298$ tunga narkotikamissbrukare 1992 och $13\,758 \times 1,77 = 24\,352$ tunga narkotikamissbrukare 1998 (tabell B). I tabellen anges också skattningar baserade på förändringstakten i de 47 kommunerna utan korrigering för klassifikationsfel.¹⁴

Beräkning av antalet tunga narkotikamissbrukare utifrån uppgifter om narkotikarelaterad dödlighet

Definitionen av tungt narkotikamissbruk i undersökningen är tämligen vid, den omfattar såväl ”dagliga eller nästan dagliga” missbrukare av narkotika (alltså även cannabis, amfetamin, ecstasy, m fl) som alla som någon gång injicerat under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens). Därför kommer skattningarna att innefatta en del personer som löper en nästan obefintlig risk att avlida till följd av sitt narkotikamissbruk. Skattningar baserade på information om den narkotikarelaterade dödligheten bör därför rimligen ligga något lägre än de som baseras på capture-recapture beräkningarna.

De senast publicerade uppgifterna om narkotikarelaterad dödlighet härstammar från 1997 (CAN och Folkhälsoinstitutet, 2000) och redovisar 265 dödsfall där beroendesyndrom eller förgiftning angivits som underliggande eller bidragande dödsorsak för flertalet personer (preliminära data för 1998 anger 263 narkotikarelaterade dödsfall). Narkotikakommissionen (Narkotikakommissionen, 1999) redovisar data som möjliggör en enkel capture-recapture beräkning för att få en viss uppfattning om mörkertalet, d v s antalet icke registrerade narkotikarelaterade dödsfall. Under perioden 1985-1996 fanns 1 063 registrerade personer i det rättsmedicinska registret (FORREG) för Stockholms län, Södermanlands län och Gotlands län. Inom samma område och tidsperiod hade Statistiska central-

¹⁴ Uppräkningsprocenten från 1979 till 1992 blir då 18,5% och från 1979 till 1998 66,5%.

byrå (SCB) registrerat 984 narkotikarelaterade dödsfall, varav 727 också återfanns i FORREG.

Genom att tillämpa den enkla capture-recapture formeln $M_1 = n_2 \times n_1 / a$ (sid 18) kan det totala antalet sådana dödsfall estimeras till $1063 \cdot 984 / 727 = 1\,439$, d v s 46% fler än vad SCB officiellt redovisat. En närmare granskning av dödsfallen visar dock att för 191 personer har dödsfallet varit kopplat till legala och inte illegala droger. Det behöver naturligtvis inte innebära att denna grupp inte innehåller ett antal faktiska narkotikamissbrukare som avlidit. Det är idag inte ovanligt att narkotikaklassade läkemedel som har en omfattande legal medicinsk användning (Rohypnol m fl) också återfinns på den illegala narkotikamarknaden. I kombination med varandra eller med alkohol kan de leda till döden. För de estimerat det här är fråga om är det uppgifter om den totala dödligheten i en missbrukspopulation som är intressant, varför en del av de 191 dödsfallen utan konstaterad direkt koppling till illegal narkotika sannolikt ska inkluderas i beräkningarna. Exkluderar vi de 191 fallen får vi ett "minimiestimat" på $1063 \times 793 / 727 = 1\,160$ dödsfall, d v s 18% högre än det officiella talet.

Utgår vi från att mörkertalet för hela landet är lika stort ska de 263 dödsfallen för 1998 räknas upp till mellan 310 och 384. Om vi för enkelhetens skull utgår ifrån att omkring 25% av den grupp där man inte funnit spår av illegal narkotika ändå består av narkotikamissbrukare, får vi omkring 330 dödsfall bland narkomaner under 1998.

Rättsmedicinska analyser visar att 46% av dödsfallen i FORREG-området kan relateras till injektion av heroin. Övriga heroin-/opiatdödsfall uppgår till 16% medan 38% kan relateras till andra preparat (ibid.). Eftersom heroinmissbruket sannolikt är något högre inom detta område än i övriga landet korrigeras dessa andelar till 40%, 15% respektive 45%. För att kunna beräkna totalantalet missbrukare inom respektive grupp måste vi också veta hur stor den årliga dödligheten är bland dem. På basis av några svenska undersökningar (Adamsson Wahren, 1997, Fugelstad, 1997, Narkotikakommissionen, 1999, Svensson, 2000), kan den årliga dödligheten i de tre missbruksgrupperna antas ligga inom följande intervall: intravenösa heroinmissbrukare 3,0%-4,5%, övriga heroinmissbrukare 1,5%-2,0% samt övriga missbrukare 0,75%-1,25%.

Tabell C. Beräkningar av antalet narkotikamissbrukare utifrån uppgifter om narkotikarelaterad dödlighet.

Missbruksgrupp	Antal 1992	Antal 1998
Intravenösa heroinmissbrukare	1 711 – 2 567	2 933 – 4 440
Övriga heroinmissbrukare	900 – 1 200	2 500 – 3 333
Övriga tunga missbrukare	10 000 – 16 667	11 840 – 19 733
Summa	12 611 – 20 434	17 273 – 27 466

Tabell C innehåller också motsvarande beräkningar för år 1992 då 175 narkotikarelaterade dödsfall officiellt redovisas (CAN och Folkhälsoinstitutet, 2000). Enda skillnaden är en mindre korrigering av fördelningen mellan de tre kategorierna av missbrukare till 35%, 8% respektive 57%. Skälet till detta är att andelen heroinmissbrukare tycks ha ökat med mellan 10%-15% från 1992 till 1998. Genom att dividera antalet döda i varje kategori¹⁵ med den årliga dödligheten erhålls en skattning på antalet missbrukare.

Punktskattningen av antalet tunga narkotikamissbrukare utifrån dessa beräkningar blir 22 370 personer år 1998 och 16 523 år 1992. Skattningen ligger något lägre än de som case-finding undersökningarna ger upphov till, men förefaller logisk med tanke på att skattningen avser en delvis gravare grupp av missbrukare. Uppgifterna för 1979 är för osäkra för att göra motsvarande beräkningar (Tunving *et al*, 1989).

Skattningarnas rimlighet

Diskussionen kring de olika skattningar som presenterats visar att det inte med någon större exakthet går att fastställa hur många tunga narkotikamissbrukare som finns. Värdet av case-finding undersökningar eller andra skattningsmetoder kan därför diskuteras. Det går emellertid inte att föra en sådan diskussion utan att samtidigt beakta behovet av precision i skattningarna, något som i sin tur måste relateras till vad dessa skattningar ska användas till. Ambitionen i denna undersökning har framför allt varit att få en uppfattning om förändringen i det tunga narkotikamissbruket från åren för de tidigare undersökningarna 1979 och 1992 och fram till 1998. Det har inte ansetts lika viktigt att bestämma även nivåerna, d v s det exakta antalet missbrukare. Samtliga skattningar som gjorts i det föregående pekar på påtagliga ökning under 1990-talet. Detta är viktig information som underlag för diskussionen om utformningen av narkotikapolitiken. Däremot kanske det inte är fullt lika viktigt att veta om nivån år 1992 ska vara 17 000 eller 19 000 och år 1998 24 000 eller 26 000. I tabell D har samtliga nationella estimat som beräknats samlats tillsammans med de procentuella förändringarna mellan undersökningsåren. Frågan är om det går att avgöra om några av estimaten i tabellen är mera rimliga än andra.

Utgår vi från skattningarna 1998, kan två av dem sägas vara mera tveksamma än de övriga. Det gäller den som utgår från dödlighetsstatistiken och den som baseras på en uppräknig till riksnivå från urvalet av kommuner. Som redan påpekats leder en uppräknig från urvalet sannolikt till en systematisk överskatt-

¹⁵ De intravenösa heroinmissbrukarna utgör 40% av de 330 dödsfallen, d v s 132 döda. På motsvarande sätt erhålls 50 övriga heroinmissbrukare och 148 övriga missbrukare.

ning. Till detta bör läggas att det, rent statistiskt, inte går att göra en sådan uppräknings eftersom de deltagande kommunerna 1998 inte var slumpmässigt valda. En jämförelse av hur många av de tunga narkotikamissbrukarna som går att hänföra till storstadslänen respektive övriga län och hur motsvarande geografiska fördelning ser ut på några andra viktiga narkotikaindikatorer visar att uppräknings med stor sannolikhet lett till en överskattning (bilaga 7). Andelen misstänkta personer för brott mot narkotikastrafflagen 1998 hemmahörande i de tre storstadslänen uppgick till 64%. Motsvarande andelar av antalet narkotikarelaterade utskrivningar från slutenvården och för första gången vårdade var 67% respektive 59%. Storstadslänens andel av de narkotikarelaterade dödsfallen uppgick till 69%.

Tabell D. Nationella skattningar av antalet tunga narkotikamissbrukare 1979, 1992 och 1998.

Beräknat på:	1979	Förändring 1979-1992	1992	Förändring 1992-1998	1998
Urval ¹⁶	17 197	+11%	19 034	+74%	33 144
Urval – reducerat för maximalt klassifikationsfel	13 758	+25%	17 131	+64%	28 172
Förändring i de 47 undersökta kommunerna ¹⁷	17 197	+18%	20 378	+41%	28 663
Förändring – reducerat för maximalt klassifikationsfel	13 758	+33%	18 298	+33%	24 352
Narkotikarelaterad dödlighet	-	-	16 523	+35%	22 370

Det torde fortfarande vara så att storstadsområdena uppvisar de mest grava formerna av narkotikamissbruk. Heroinmissbruket är också vanligare i dessa områden. Detta ger sannolikt upphov till mera omfattande negativa konsekvenser i form av brottslighet, vårdbehov och död. Ovan nämnda indikatorer är en återspeglning av sådana konsekvenser och kan därför inte direkt användas som mått på fördelningen av det tunga narkotikamissbruket mellan storstadslän och övriga län. En viss justering neråt måste göras.

Indikatorn första gången vårdade inom slutenvården är sannolikt minst känslig för om ett område har en stor andel personer med ett gravt missbruk.¹⁸ Rekryteringen av nya vårdbehövande narkotikamissbrukare är dessutom inte oberoende av det totala antalet tunga narkotikamissbrukare inom ett område. Därför bör

¹⁶ 1979 genomfördes som en totalundersökning.

¹⁷ 1979 tas som basår för beräkningarna av förändring över tid.

¹⁸ Den senare gruppen har med stor sannolikhet redan vårdats, är kända av polisen, begår många brott samt löper en större risk att dö till följd av sitt missbruk.

den geografiska fördelningen av andelen för första gången vårdade ligga närmast den verkliga fördelningen av de tunga narkotikamissbrukarna enligt den definition som använts i case-finding undersökningarna. Mot bakgrund av detta är det rimligt att anta att storstadslänen svarar för omkring 55-60% av alla tunga narkotikamissbrukare i landet.

Av tabell A (sid 26) framgår att Stockholms stad, övriga kommuner i länet samt kommunerna Göteborg och Malmö tillsammans uppskattas ha 10 575-12 441 tunga narkotikamissbrukare år 1998 (det lägre antalet efter korrigering för det maximala klassifikationsfelet på -15%). För att erhålla en skattning på de tre storstadslänen totalt som kan jämföras med intervallet 55%-60% som diskuteras ovan, måste antaganden göras om omfattningen av det tunga narkotikamissbruket i Skåne och Västra Götalands län utanför Malmö och Göteborg. I relativa tal (antal missbrukare per 100 000 invånare i åldern 15-54 år) har övriga kommuner i Stockholms län ungefär 40% färre missbrukare än Stockholms stad (diagram 3, sid 27). Av främst socio-ekonomiska och demografiska skäl är det rimligt att anta att både Skåne och Västra Götalands län relativt sett har färre missbrukare utanför de två storstäderna än de övriga kommuner i Stockholms län. Om dessa kommuner relativt sett har ungefär lika många missbrukare som övriga kommuner i hela landet när Stockholms stad och län samt Malmö och Göteborg exkluderats, får övriga kommuner i de båda länen mellan 3 987-4 633 tunga narkotikamissbrukare. Storstadslänen totalt skulle därmed ha mellan 14 562-17 074 missbrukare. Det motsvarar knappt 60% av den skattning för hela landet som erhålls utifrån förändringstakten i de 47 kommunerna som undersökts, dvs just i överkanten av det intervall på 55%-60% som enligt andra narkotikaindikatorer bör vara storstadslänens andel av de tunga narkotikamissbrukarna.

Beräkningarna utifrån uppgifter om den narkotikarelaterade dödligheten har genererat de lägsta skattningarna. Som redan påpekats innebär detta en viss underskattning av antalet tunga narkotikamissbrukare enligt den definition som använts i de tre nationella case-finding undersökningarna. Denna definition rymmer bl a ett antal regelbundna cannabisrökare, liksom ett antal personer som injicerat amfetamin en eller ett fåtal gånger under det senaste året. Mycket få från dessa grupper torde återfinnas i statistiken över narkotikarelaterade dödsfall. Estimatet baserat på denna statistik bör därför rymma en mera grav missbruksbild och därmed ett något mindre antal missbrukare än de som case-finding undersökningarna resulterar i.

För 1998 års del återstår därmed estimat på 24 352 respektive 28 663 tunga narkotikamissbrukare (tabell D).¹⁹ De är beräknade på förändringstakten i de un-

¹⁹ Vi bortser från estimatet på 28 172 eftersom det bygger på det högsta estimatet 33 144 som redan konstaterats utgöra en överskattning.

dersökta kommunerna, där den lägre nivån erhållits efter att ett intervall för att täcka felklassifikationer lagts in. Det bör betonas att det är dessa nivåer som avgränsar det intervall vi får efter att, i enlighet med metoddiskussionen i UNO 79, ha tagit hänsyn till beroendet mellan de rapporterade systemen samt felklassifikationerna.²⁰

Enligt den genomförda case-finding undersökningen och den övriga information som står till buds, förefaller den mest rimliga bedömningen av antalet tunga narkotikamissbrukare i landet 1998 vara ett intervall på 24 500 – 28 500 (efter avrundning) och ett punkttestimat på omkring 26 000. Det måste då beaktas att inget statistiskt konfidensintervall med någon säkerhet låter sig beräknas. Antalet tunga narkotikamissbrukare i landet bör i alla händelser inte ligga under det estimat som bygger på informationen om den narkotikarelaterade dödligheten, dvs 22 370 personer. Estimat på omkring 30 000 förefaller för högt, såväl i ljuset av den information de olika narkotikaindikatorerna ger om fördelningen mellan storstads-län och övriga län som i relation till antalet narkotikarelaterade dödsfall.

För 1992 gäller sannolikt också, på samma grunder som ovan, att estimatet baserat på uppgifter om narkotikarelaterad dödlighet ligger något under det verkliga antalet tunga narkotikamissbrukare enligt den definition som använts i denna undersökning. Däremot är det mindre troligt att urvalsförfarandet i 1992 års undersökning leder till en systematisk överskattning. Urvalet av kommuner var här betydligt större än urvalet 1998. Ett intervall på omkring 17 000 – 20 500 tunga narkotikamissbrukare och ett punkttestimat på cirka 19 000 förefaller rimligt. Återigen måste framhållas att detta intervall inte avgränsar det statistiska konfidensintervallet som, om det vore möjligt att beräkna, sannolikt överskrider de $\pm 10\%$ som beräknats för 1979.

Totalundersökningen 1979 ger en säkrare skattning i den bemärkelse att inga urvalsfel kan finnas. Däremot är det inte alldeles självklart hur stort avdrag från skattningen på 17 197 personer som ska göras på grund av klassifikationsfelen. De skattningar som presenterats i tabell D (13 758-17 197) bör sannolikt avgränsa det verkliga antalet tunga narkotikamissbrukare under detta år. En punktskattning på omkring 15 000 personer förefaller rimligt. Det statistiska konfidensintervall som är möjligt att beräkna för 1979 års punktskattning uppgår till omkring $\pm 10\%$ (13 500-16 500).

Oavsett vilken av de ”rimliga” skattningar som diskuterats ovan vi väljer, ger de en relativt samstämmig bild av utvecklingen från 1979, via 1992 och fram till 1998. Ökningen mellan 1979 och 1992 uppgår till omkring 25-30% och mellan 1992 och 1998 till omkring 35-40%. Eftersom perioden 1979-1992 omfattar 13

²⁰ Se fotnot 6.

år blir den årliga ökningen drygt 2%, medan ökningen under 6-års perioden 1992-1998 blir drygt 6% per år.

Förändring i olika åldersgrupper

Genom att studera förändringar i de skattade populationernas åldersfördelningar går det att ytterligare bedöma rimligheten i skattningarna. Dessutom ger det en möjlighet att analysera hur förändringarna kommit till stånd. Nedanstående resonemang utgår ifrån de tre nationella punkttestimat som avgränsades i föregående avsnitt. Den årliga genomsnittsökning blir därmed drygt 300 personer (2%) under den första 13-årsperioden och drygt 1 150 personer (6%) under den senare 6-årsperioden (sannolikt har förändringen varierat mellan olika år). Återigen bör den stora osäkerheten i de olika skattningarna som presenterats poängteras. För att analysera hur det tunga narkotikamissbruket utvecklats över tid spelar denna osäkerhet dock något mindre roll. Även om andra skattningalternativ väljs speglar de ungefär samma trend, d v s en relativt måttlig årlig ökning fram till 1992 varefter ökningstakten stegrats markant.

Från 1979 och fram till 1998 har det skett påtagliga förändringar i de tunga narkotikamissbrukarnas åldersfördelning. Fler missbrukare återfinns idag i de äldre åldersgrupperna. Medelåldern har successivt stigit från 27 år 1979, till 32 år 1992 och 35 år 1998. Framför allt är detta en effekt av många av de missbrukare som återfanns i tidigare undersökningar fortfarande är kvar i aktivt missbruk. I 1992 års kartläggning var omkring 13 000 personer 30 år eller äldre. Sex år senare, d v s 1998, uppgår antalet som är 36 år eller äldre till cirka 12 000 personer. Om inga nya narkotikamissbrukare tillkommit i dessa åldrar skulle det innebära en årlig avgång på 1,3%. Sannolikt är avgången större än så, vilket betyder att det också måste ha skett en viss rekrytering av tunga narkotikamissbrukare i dessa högre åldersgrupper. Dels återfaller många efter mer eller mindre långa perioder av drogfrihet (se vidare nedan), dels är det sannolikt så att fler äldre personer numera ”debuterar” som tunga narkotikamissbrukare i takt med att gränserna mellan olika droger (alkohol, narkotika och psykofarmaka) suddats ut bland marginaliserade grupper i samhället. En inte osannolik ”karriärväg” är en person med långvarigt alkoholmissbruk, kanske med ett visst inslag av narkotika men som inte uppfyller definitionen på tungt narkotikamissbruk, som också lägger t ex injektion av amfetamin – om än sporadiskt - till sitt missbruksmönster.

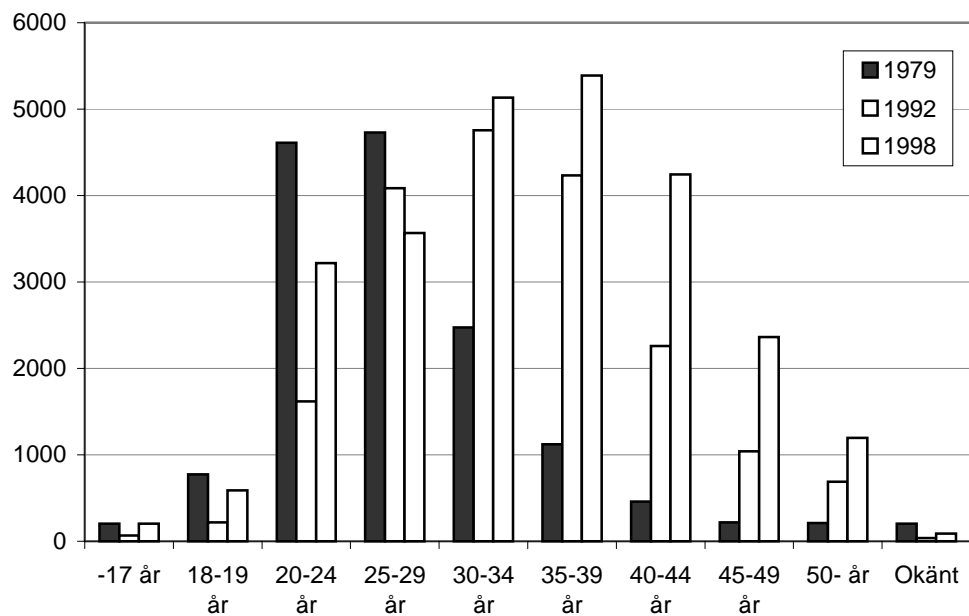


Diagram 6. Beräknad åldersfördelning för 15 000 tunga narkotikamissbrukare 1979, 19 000 tunga narkotikamissbrukare 1992 och 26 000 tunga narkotikamissbrukare 1998 (tabell E).

Tabell E. Beräknad åldersfördelning för 15 000 tunga narkotikamissbrukare 1979, 19 000 tunga narkotikamissbrukare 1992 och 26 000 tunga narkotikamissbrukare 1998.

	1979		1992		1998	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
-17 år	202	1,3	65	0,3	206	0,8
18 - 19 år	773	5,2	219	1,2	591	2,3
20 - 24 år	4 609	30,7	1 618	8,5	3 220	12,4
25 - 29 år	4 728	31,5	4 085	21,5	3 567	13,7
30 - 34 år	2 473	16,5	4 755	25,0	5 136	19,8
35 - 39 år	1 122	7,5	4 232	22,3	5 394	20,7
40 - 44 år	460	3,1	2 258	11,9	4 248	16,3
45 - 49 år	217	1,4	1 041	5,5	2 366	9,1
50 – år	212	1,4	689	3,6	1 197	4,6
Okänt	204	1,4	38	0,2	75	0,3
Totalt	15 000	100,0	19 000	100,0	26 000	100,0

Ökningarna i de olika åldersgrupperna som visas i tabell E anger inte storleksordningen på den reella nyrekryteringen till tungt narkotikamissbruk under de båda perioderna. För att kunna uppskatta denna behövs kunskap om några andra förhållanden, nämligen "avgången" ur populationen genom antingen dödsfall, lyckad behandling eller spontanläkning. Mot bakgrund av informationen om narkotikarelaterad dödlighet uppgår den genomsnittliga årliga dödligheten i gruppen tunga narkotikamissbrukarna till omkring 1,25%. Sannolikt ökar dödligheten något med stigande ålder. Några uppgifter om antalet lyckade behandlingsfall finns inte. För att kunna göra en sådan bedömning krävs kunskap såväl om antalet tunga narkotikamissbrukare som behandlats som om behandlingsutfallet. Precisa uppgifter saknas men grovt sett genomgår omkring 3 000 personer årligen någon form av strukturerad behandling för narkotikamissbruk (Socialstyrelsen, 1999, Oscarsson, 2000). Några säkra uppgifter om den genomsnittliga andelen lyckade fall finns inte heller, men grovt sett kan den uppskattas till mellan 10-20%. Utfallet är något bättre för långvariga institutionsbehandlingar och något sämre för korta öppenvårdsbehandlingar samt avbrutna behandlingar (Bergmark *et al*, 1996, Fridell, 1996, Oscarsson, 2000). Detta innebär att omkring 450 personer årligen, eller knappt 2% av samtliga tunga narkotikamissbrukare, åtminstone temporärt blir drogfria.

Den årliga spontanläkningen är sannolikt av ungefär samma storleksordning som de lyckade behandlingsfallen (Blomqvist, under publicering). Den totala årliga "avgången" ur missbrukspopulationen kan därmed uppskattas till cirka 4%. I följande beräkningar sätts "avgången" till 3% för personer under 30 år, till 4% för dem mellan 30-39 år och till 5% för dem som är 40 år eller däröver. Därmed blir det möjligt att åtminstone grovt uppskatta förändringen i olika åldersgrupper. Med utgångspunkt i 1979 års åldersfördelning kan den totala avgången i varje åldersgrupp skattas och de kvarvarande fördelas på de åldersgrupper de ska tillhöra 13 år senare, dvs år 1992. Skillnaden mellan det antal detta ger upphov till och 1992 års estimat anger den totala nyrekryteringen. På samma sätt beräknas nyrekryteringen fram till 1998. I dessa beräkningar tas inte hänsyn till att nyrekryteringen kan ha varit större eller mindre under vissa år.

Som tidigare nämnts behöver nyrekrytering inte innebära att det i samtliga fall rör sig om personer som tidigare inte varit tunga narkotikamissbrukare. Genom den tidsavgränsning som använts kan gamla missbrukare som återfallit ingå bland de nyrekryterade. I den sk TOPS-undersökningen hade omkring var femte person som återfallit under en 12-årig uppföljningstid varit narkotikafria under minst 6 år i följd (Hubbard *et al*, 1984). En del av nyrekryteringen kan tillskrivas personer som avtjänat längre fängelsestraff eller som av olika skäl, t ex behandling, under längre tider befunnit sig på institution. Sammantaget betyder detta att gruppen av nyrekryterade består av en blandning av personer som för första gången utvecklat bruket av narkotika till tungt missbruk och sådana som återfallit efter att tidigare ha missbrukat.

Tabell F. Beräknad genomsnittlig nyrekrytering i olika åldersgrupper under tidsperioden 1979-1992 respektive 1992-1998.

Ålder 1992 resp 1998	1979 – 1992		1992 – 1998	
	Teoretisk debutålder ²¹	Antal nyrekryterade	Teoretisk debutålder	Antal nyrekryterade
– 17 år	– 17 år	65	– 17 år	205
18 – 19 år	5 – 19 år	219	12 – 19 år	590
20 – 24 år	7 – 24 år	1 617	14 – 24 år	3 076
25 – 29 år	12 – 29 år	4 023	19 – 29 år	2 415
30 – 34 år	17 – 34 år	3 095	24 – 34 år	2 187
35 – 39 år	22 – 39 år	1 392	29 – 39 år	1 830
40 – 44 år	27 – 44 år	53	34 – 44 år	950
45 – 49 år	32 – 49 år	113	39 – 49 år	454
50 – år	37 – år	56	44 – år	-332 ²²
Totalt		10 633		11 375

Beräkningen av nyrekryteringen visar på en kraftig ökning från omkring 800 tunga narkotikamissbrukare per år mellan 1979-1992 till omkring 1 900 per år mellan 1992-1998. I den tidigare analysen av UNO 92 (Olsson *et al.*, 1993), konstaterades att nyrekryteringen mellan 1979 och 1992 hade varit relativt konstant fram till mitten av 1980-talet varefter den minskat påtagligt. Särskilt pekar man på HIV/aids-epidemins spridning som en viktig faktor bakom minskningen. Rädslan för epidemin, en ökad medvetenhet om smittspridningsvägarna i kombination med de kraftfulla förstärkningarna av inte minst det kommunala arbetet med narkotikamissbrukare ("Offensiv narkomanvård") bör ha påverkat utvecklingen.

Som avslutning på rapporten från 1992 års undersökning (*ibid.*, s. 51) drogs slutsatsen att det inte fanns några starka skäl som talade för att anta att antalet tunga narkotikamissbrukare skulle fortsätta att öka i Sverige. De data som insamlats i 1998 års case-finding undersökning, liksom andra indikatorer som nu finns tillgängliga, visar att detta var ett alltför optimistiskt antagande. Det har inte bara skett en relativt kraftig ökning av det totala antalet tunga narkotikamissbrukare, nyrekryteringen bland yngre personer har ökat till nivåer som närmast sig de man erfor under 1970-talet.

Andra indikatorer på narkotikautvecklingen som redovisar årliga förändringar (CAN och Folkhälsoinstitutet, 2000 och bilaga 7), visar att ökningen sannolikt har varit spridd över samtliga år mellan 1992 och 1998. Från omkring 1994 tycks dock de årliga ökningarna ha varit betydligt större än mellan 1992–1994.

²¹ Den teoretiskt möjliga ålder under vilken tungt narkotikamissbruk kan ha påbörjats.

²² Under denna period och i denna åldersgrupp har den verkliga avgången varit större än den som beräknats på grundval av de antaganden som ligger till grund för tabellen.

5. Beskrivning av de inrapporterade tunga narkotikamissbrukarna

Skattningarna som gjorts i föregående kapitel bygger på de uppgifter om narkotikamissbrukare som inrapporterats från de 47 kommuner som deltog i 1998 års undersökning. I detta kapitel ges en översiktlig beskrivning av dessa uppgifter. Redovisningen koncentreras till de personer som uppfyller kriterierna på tungt narkotikamissbruk, d v s injektion av narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna eller daglig eller så gott som daglig användning av narkotika under de senaste fyra veckorna. Skälet är att det endast är för denna grupp som de inrapporterade uppgifterna kan sägas vara något så när representativa och tillförlitliga. Tyngre narkotikamissbruk leder i de flesta fall till myndighetskontakter som på sikt gör att kunskapen om dessa personer ökar. Trots detta är mörkertalet stort och försiktighet måste iakttas vid generaliseringar från den grupp som rapporteras till samtliga tunga narkotikamissbrukare.

För de som inrapporterats men som inte uppfyller kriterierna på tungt narkotikamissbruk ("övrigt missbruk" i tabellbilagan), är det överhuvudtaget inte möjligt att göra generaliseringar till att gälla samtliga i denna grupp. Det går varken att säga vilken grupp av missbrukare dessa personer representerar eller hur stor gruppen är. Helt säkert är dock att mörkertalet är mycket större än för de tunga narkotikamissbrukarna. Personerna i gruppen med "övrigt missbruk" består sannolikt av allt från personer med ett ganska långt gånget narkotikamissbruk till ungdomar som vid några enstaka tillfällen experimenterat med narkotika. Av tabellbilagan framgår också att gruppen genomsnittligt är yngre jämfört med de tunga narkotikamissbrukarna samt att deras missbruksmönster genomgående är av mindre allvarlig karaktär och att den sociala situationen tycks mera gynnsam. Dock bör framhållas att många i denna grupp sannolikt befinner sig i riskzonen för att utveckla ett tungt narkotikamissbruk. Även om inga säkra slutsatser kan dras om gruppen, är det värt att notera att de olika rapportörerna har kontakt med ett relativt stort antal personer som använder narkotika på ett sätt som inte kan betecknas som tungt enligt den definition som använts i undersökningen. Totalt inrapporterades 11 029 narkotikamissbrukare och fördelningen mellan tungt och övrigt missbruk var relativt jämn med 5 542 tunga missbrukare och 5 487 övriga missbrukare (tabell 3).

Det bör noteras att procentberäkningarna i det följande kan göras på i huvudsak två olika sätt. Antingen som andelen av samtliga inrapporterade tunga narkotikamissbrukare eller som andelen av samtliga för vilka ett specificerat svar läm-

nats (alltså exklusive ”vet ej” och ”ej svar” kategorierna). I det förra fallet kommer procenttalet att ange en minimiandel. I det senare fallet blir andelarna högre till följd av att basen för procentberäkningarna blir lägre. I princip blir detta beräkningssätt liktydigt med att fördela antalet ”vet ej” och ”ej svar” i förhållande till fördelningen av de svar som lämnats. Om ej annat anges, kommer det första sättet att beräkna procentandelarna att redovisas i detta kapitel, d v s det är minimiandelar som anges.

Kön och ålder

De inrapporterade tunga narkotikamissbrukarna utgörs till största delen av män, 77% jämfört med 23% kvinnor (tabell 3). Medelåldern i hela gruppen uppgår till 35 år. Någon större skillnad mellan mäns och kvinnors fördelning på olika åldersgrupper föreligger inte. Störst andel återfinns i åldersgruppen 30-39 år, 41%, medan 30% är 40 år eller äldre. Andelen under 20 år uppgår till drygt 3% (tabell 4 och diagram 7).

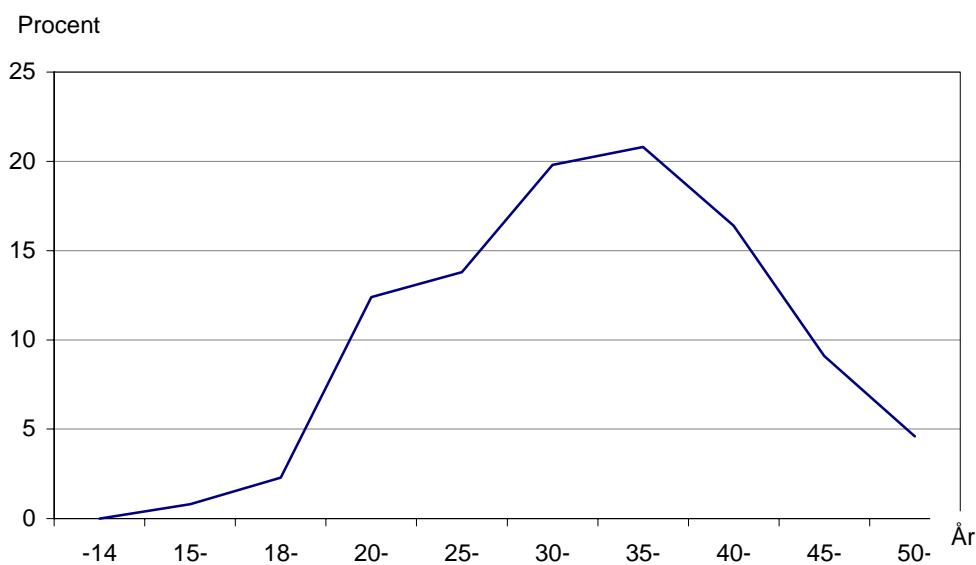


Diagram 7. Åldersfördelning för personer med tungt narkotikamissbruk.
n = 5 523 (tabell 4).

Missbruksmönster

För att klassificeras som tung narkotikamissbrukare skall minst ett av två kriterier vara uppfyllda. Antingen ska personen ha injicerat narkotika någon gång under de senaste 12 månaderna eller också på annat sätt ha använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen under de senaste fyra veckorna. Av samtliga inrapporterade tunga narkotikamissbrukare uppfyllde en stor majoritet injektionskriteriet (89%) (tabell 5). Båda kriterierna uppfylldes av 32%.

Många narkotikamissbrukare har en hög alkoholkonsumtion, inte sällan är det frågan om ett samtidigt alkohol- och narkotikamissbruk. Av de inrapporterade tunga narkotikamissbrukare uppgavs 42% också ha ett samtidigt alkoholmissbruk (tabell 6). En något högre andel män än kvinnor uppgavs ha ett samtidigt alkoholmissbruk, 43% respektive 38%.

Drygt hälften av de inrapporterade tunga missbrukarna (52%) har missbrukat narkotika i 10 år eller mer, alltså sedan 1988 eller tidigare (tabell 7 och diagram 8). Några större skillnader föreligger inte mellan män och kvinnor. Möjligen kan man se en tendens till att en något större andel kvinnor har kortare missbrukstid.

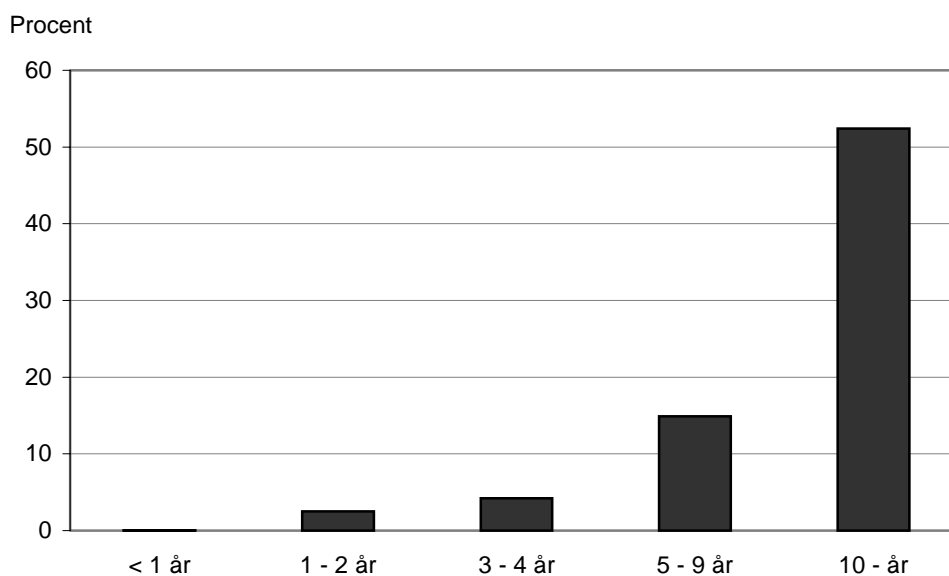


Diagram 8. Missbrukstid för personer med tungt narkotikamissbruk (tabell 7).

Många narkotikamissbrukare använder ofta flera olika narkotiska preparat. Detta avspeglar sig också i tabell 12 och diagram 9 där två eller flera preparat rapporterats för 62% av de tunga narkotikamissbrukarna. Detta är en andel som sannolikt är lägre än den verkliga eftersom den bygger på rapportörernas kännedom om missbrukarna. Centralstimulantia är det vanligaste preparatet bland de tunga narkotikamissbrukarna, 73% har använt sådana preparat antingen ensamt eller i kombination med annan narkotika. Motsvarande andel för opiater, i huvudsak heroin, är 47%. Det föreligger endast smärre skillnader mellan män och kvinnor i gruppen med tungt narkotikamissbruk.

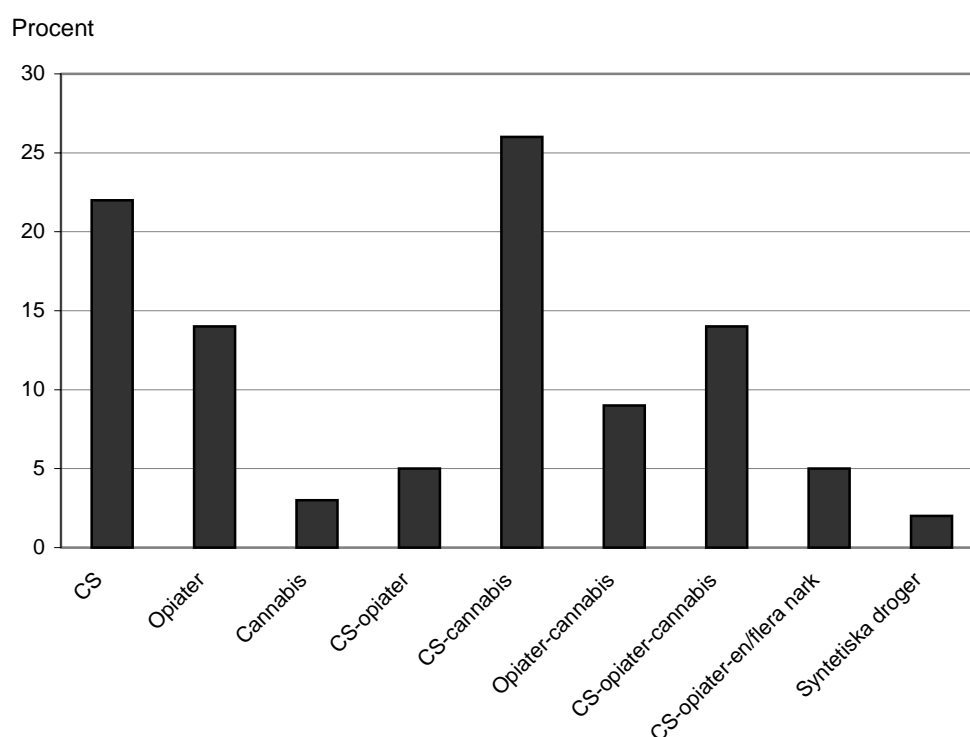


Diagram 9. Använda narkotiska preparat bland tunga narkotikamissbrukare (tabell 12).

Det har många gånger varit svårt för rapportörerna att avgöra vilket medel som dominerar missbruksbilden. För omkring 20% av de tunga narkotikamissbrukarna saknas sådana uppgifter. Centralstimulantia dominerar för 32%, opiater för 28% och cannabis för 8% av samtliga inrapporterade tunga missbrukare (tabell 13 och diagram 10). Alkohol har angivits som dominerande drog för nästan var tionde tung narkotikamissbrukare. De största skillnaderna mellan män och kvinnor är att kvinnor har en högre andel med centralstimulantia som dominerande medel och en lägre andel där cannabis dominerar.

Procent

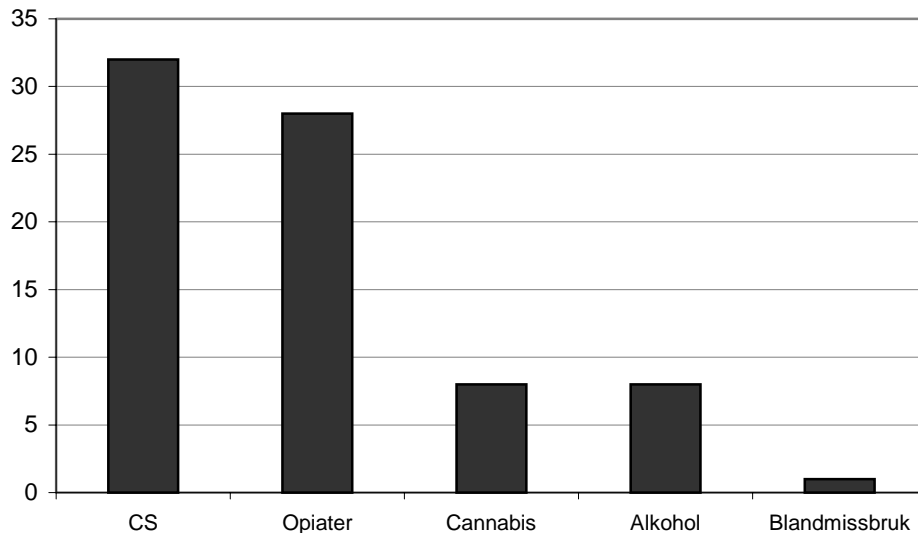


Diagram 10. Dominerande medel bland tunga narkotikamissbrukare (tabell 13).

Etnicitet

Omkring var femte inrapporterad tung narkotikamissbrukare är född i annat land än Sverige (tabell 8). En något större andel män än kvinnor har sådan bakgrund. Andelen personer med föräldrar födda utanför Sverige är ungefär lika stor (tabell 9). Även här gäller att männen har en högre andel med föräldrar födda i annat land. Av samtliga rapporterade tunga missbrukare var 713 personer, eller 13%, födda i annat land och hade föräldrar som också var födda utomlands (tabell 10). Av de utomlands födda tunga narkotikamissbrukarna är 28% av de rapporterade födda inom och 63% utanför Norden. Stora skillnader föreligger mellan män och kvinnor. Av kvinnorna i gruppen med tungt narkotikamissbruk är hälften födda inom och hälften utom Norden. Bland männen är motsvarande andelar 25% respektive 67% (tabell 11).

Sociala förhållanden

Följande beskrivning av narkotikamissbrukarnas sociala situation gäller inte samtliga inrapporterade personer. I undersökningen ingick nämligen tre olika formulär med delvis olika frågor. I formulären "Narkotikasituationen 1998" (bilaga 2) och "Kartläggning av psykiskt störda, missbrukare och hemlösa" (bilaga 3) som användes av FoU-enheten vid Socialförvaltningen i Stockholm fanns

frågor om arbete/sysselsättning, boende och försörjning. Dessa frågor ingick däremot inte i det tredje formuläret (bilaga 4) som var anpassat till förhållandena inom kriminalvården. Frågorna i de två första formulärena var dessutom formulerade med olika utgångspunkter. Frågorna i blanketten "Kartläggningen" belyste tillståndet vid undersökningstillfället respektive senaste halvåret, medan "Narkotikasituationen" fokuserade på den rapporterades samlade situation under observationsperioden, d v s de senaste 12 månaderna. "Kartläggningen" avsåg endast rapporterade med hemvist i Stockholms stad och har redovisats i en särskild rapport från Socialförvaltningen (Finne, 2000). I det följande beskrivs därför endast de svar som erhållits på blanketten "Narkotikasituationen 1998" vilket motsvarar 79% av samtliga inrapporterade tunga narkotikamissbrukare.

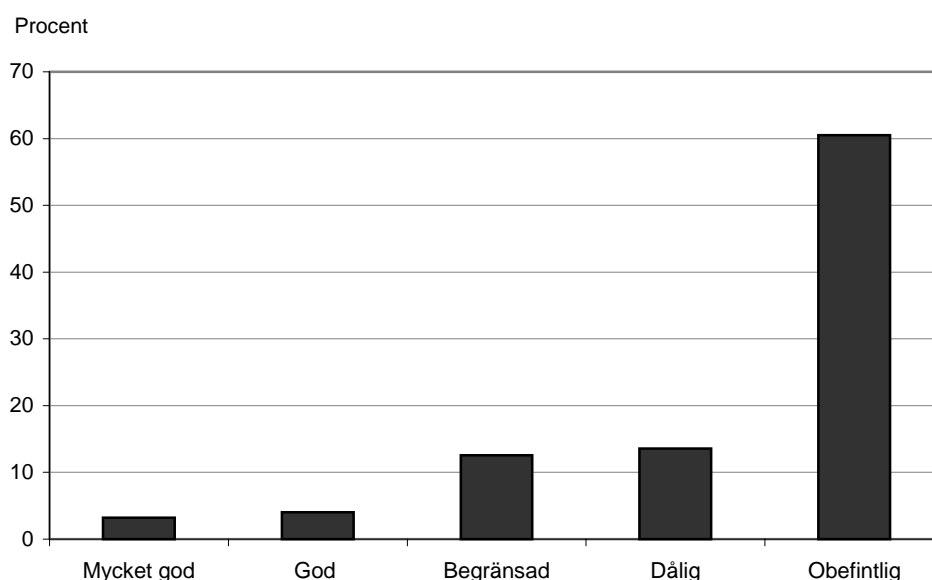


Diagram 11. Arbetsmarknadsanknytning under observationsperioden bland tunga narkotikamissbrukare (tabell 14).

Arbetsmarknadsanknytning under observationsperioden var "obefintlig" för 60% av de tunga narkotikamissbrukarna (tabell 14 och diagram 11). Få hade en "god" eller "mycket god" anknytning till arbetsmarknaden, omkring 7%. Kvinnorna hade en något högre andel med "obefintlig" arbetsmarknadsanknytning.

De tunga narkotikamissbrukarnas umgänge med andra domineras av kontakter med andra missbrukare, 72% av de inrapporterade uppgavs ha en bekantskapskrets där hälften eller fler var missbrukare (tabell 15 och diagram 12). Andelen för vilka majoriteten av de bekanta inte var missbrukare uppgick till 10%. Det fanns inga egentliga skillnader i fördelningen mellan mäns och kvinnors umgänge med missbrukare respektive icke missbrukare.

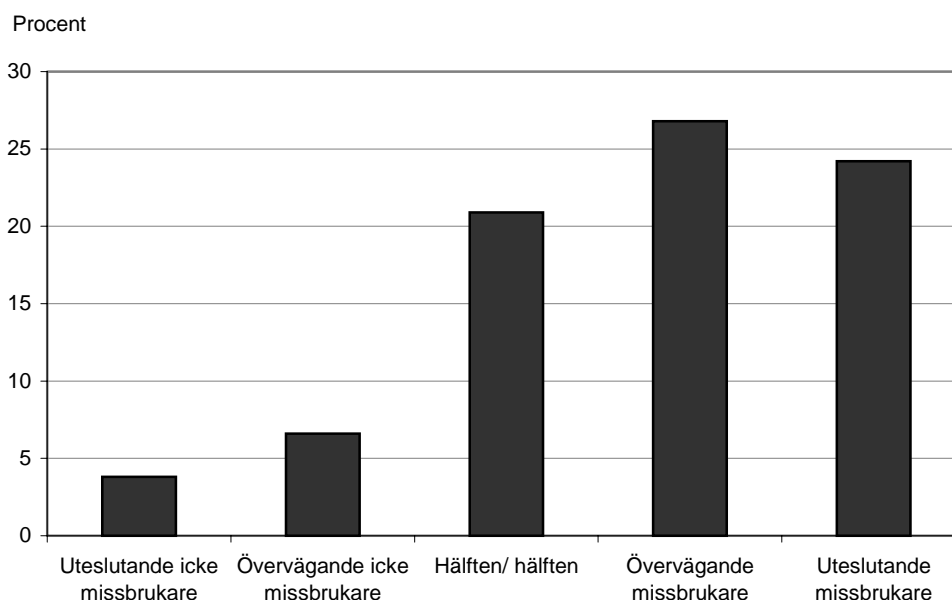


Diagram 12. Umgänge under observationsperioden bland tunga narkotikamissbrukare (tabell 15).

Narkotikamissbruk, och i synnerhet ett av sådan omfattning att det kan betecknas som tungt, är mycket dyrt att finansiera. Avsaknaden av arbetsinkomster eller andra legala finansieringskällor gör att många tillgriper illegala vägar för att klara denna finansiering. Bland de tunga narkotikamissbrukarna uppges 36% finansiera sitt narkotikamissbruk genom övervägande illegala inkomster (tabell 16 och diagram 13). Omkring en fjärdedel av dem finansierar missbruket med ungefär lika mycket legala som illegala inkomstkällor, medan 18% klarar finansieringen huvudsakligen genom legala inkomster. En majoritet av både män och kvinnor använder övervägande illegala inkomster till narkotikan.

Den samlade bostadssituationen under de senaste 12 månaderna visar att 26% av de tunga narkotikamissbrukarna saknade fast bostad under hela eller stora delar av denna period (tabell 17 och diagram 14). Hälften av de tunga missbrukarna hade haft fast bostad under hela eller stora delar av denna period. Kvinnornas bostadssituation var generellt sett något bättre än männens. Drygt tre fjärdedelar av de tunga narkotikamissbrukarnas bostadsproblem rapporterades vara drogrelaterade. Bostadssituationen vid senaste kontakttillfället tycks ha varit relativt oförändrad jämfört med hur den varit under de senaste 12 månaderna för de tunga missbrukarna.

Procent

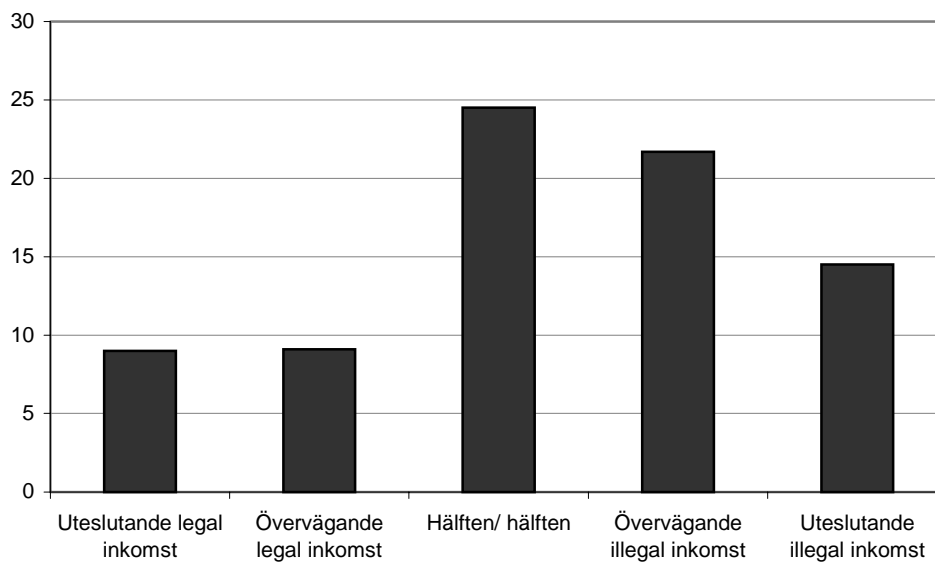


Diagram 13. Finansiering av missbruket under observationsperioden bland tunga narkotikamissbrukare (tabell 16).

Procent

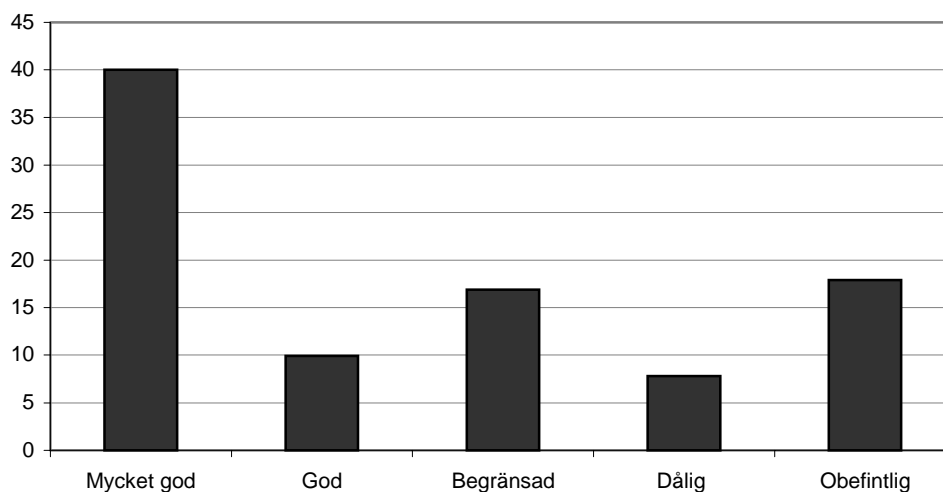


Diagram 14. Samlad bostadssituation under observationsperioden bland tunga narkotikamissbrukare (tabell 17).

6. Inrapporterade tunga narkotikamissbrukare 1979, 1992 och 1998

I följande redovisning jämförs resultaten av 1998 års studie med de två tidigare landsomfattande undersökningarna, UNO 79 (Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, 1980) och UNO 92 (Olsson, Byqvist, Gomer, 1993). Jämförelsen bygger enbart på det antal tunga narkotikamissbrukare som inrapporterats. Som framhölls i kapitel 5, måste försiktighet iakttas vid generaliseringar från den grupp som rapporterats till samtliga tunga narkotikamissbrukare. Eftersom mörkertalen var större 1979 och 1998 är osäkerheten sannolikt större dessa båda år jämfört med 1992 års undersökning.

Antalet inrapporterade tunga narkotikamissbrukare samt antal insända blanketter per individ

I 1979 års undersökning där landets samtliga kommuner deltog inrapporterades totalt 8 224 personer som tunga narkotikamissbrukare. Detta motsvarar 41% av samtliga personer som inrapporterades. I 1992 års undersökning begränsades urvalet av kommuner till 100. Antalet inrapporterade tunga narkotikamissbrukare från dessa uppgick till 9 103, vilket motsvarar 47% av samtliga inrapporterade. Urvalet av kommuner i 1998 års undersökning begränsades ytterligare och uppgick till 47 kommuner. Antalet inrapporterade tunga narkotikamissbrukare från dessa uppgick till 5 542 eller 50% av samtliga inrapporterade. En stor majoritet av de tunga narkotikamissbrukarna uppgavs ha injicerat narkotika under det senaste året, andelarna uppgick till 82% år 1979, 93% år 1992 och 89% år 1998.

Antalet inrapporterade blanketter per individ fördelade sig relativt lika i de två första undersökningarna, medan inrapporteringen 1998 uppvisar något större skillnader. Andelen med endast en blankett minskade från 66% 1979 till 60% 1992. I 1998 års undersökning ökade denna andel till 79% (tabell 18 och diagram 15). Andelarna med två eller fler blanketter var således lägre 1998. Endast 1% hade rapporterats på fyra eller fler blanketter 1998. Motsvarande andel 1979 var 8% och 1992 11%. De tunga missbrukarna hade fler inrapporterade blanketter per individ än gruppen övriga missbrukare.

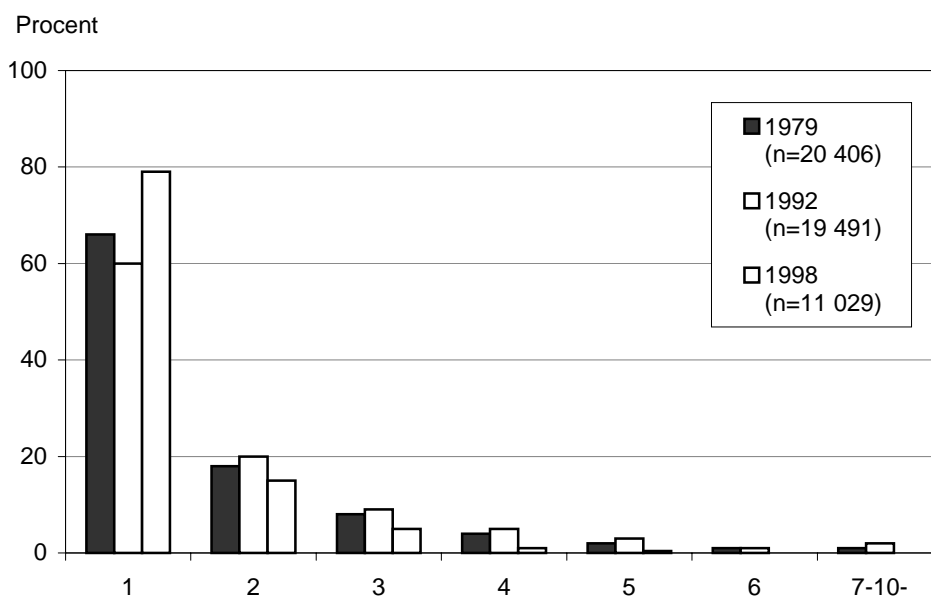


Diagram 15. Antal inrapporterade blanketter per individ 1979, 1992 och 1998 (tabell 18).

Kön och ålder

Könsfördelningen bland tunga narkotikamissbrukare har varit mycket stabil över åren (tabell 19). Vid samtliga tre undersökningstillfällen har andelen inrapporterade män uppgått till ungefär tre fjärdedelar och andelen kvinnor till en fjärdedel.

Relativt stora förändringar skedde i åldersfördelningen mellan 1979 och 1992. Framförallt hade den stora gruppen tunga narkotikamissbrukare i åldern 20-29 år som inrapporterades 1979 minskat fram till 1992 då den största gruppen istället var mellan 30-39 år. Det är frågan om en mycket tydlig kohort-effekt med en åldrande missbrukspopulation. Medelåldern steg mellan dessa år från 27 år till 32 år. Nyrekryteringen till tungt narkotikamissbruk bland unga minskade påtagligt mellan dessa båda år, vilket framgår av att såväl andelen som antalet personer i åldrarna under 20 år minskade.

Mellan 1992 och 1998 har andelen inrapporterade tunga missbrukare under 20 år samt mellan 20-24 år ökat, utan att ha nått upp till 1979 års nivåer (med korrigering för mörkertal blir den antalsmässiga skillnaden dock mindre, se kapitel 4). Jämfört med 1979 och 1992 återfinns 1998 en större andel i åldrarna över 40 år (diagram 16). Medelåldern 1998 har stigit till 35 år.

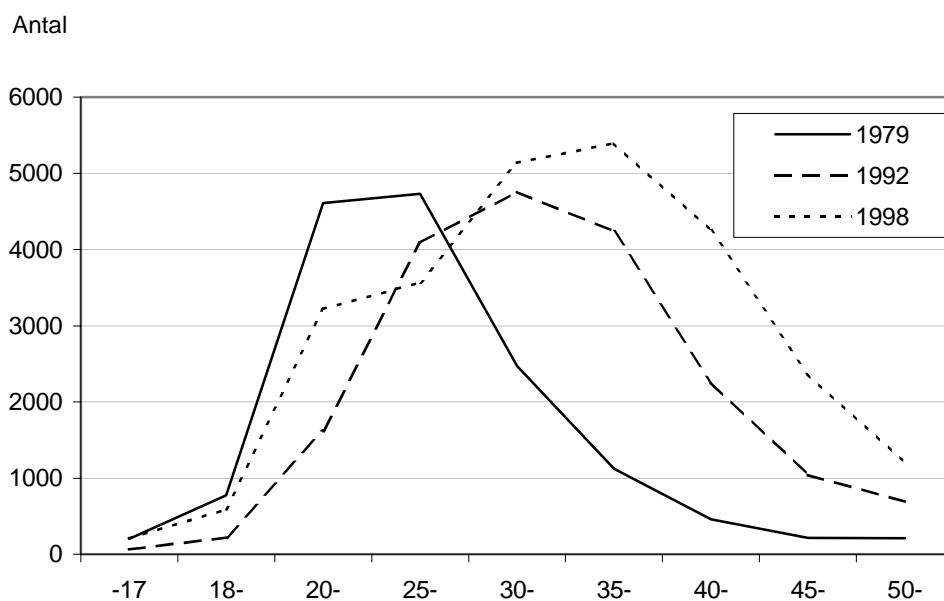


Diagram 16. Beräknad åldersfördelning för 15 000 tunga narkotikamissbrukare 1979, 19 000 tunga narkotikamissbrukare 1992 och 26 000 tunga narkotikamissbrukare 1998 (tabell E).

Missbrukade medel

Centralstimulerande medel (främst amfetamin), opiater (främst heroin) och cannabis är de dominerande narkotiska substanserna bland tunga narkotikamissbrukare i Sverige. Bland preparaten har centralstimulantia varit det mest använda och det som oftast dominerat missbruksmönstret (tabell 20). Inga större förändringar skedde mellan 1979 och 1992, men fram till 1998 har centralstimulantias dominerande roll minskat. 1992 uppgavs 82% av de tunga narkotikamissbrukarna ha använt centralstimulantia under de senaste 12 månaderna och för 48% angavs de som dominerande medel. Fram till 1998 hade dessa andelar minskat till 73% respektive 32%.

Ytterligare en stor förändring som har ägt rum mellan de båda senaste undersökningarna är att andelen som använt opiater ökat från 30% år 1979 till 34% år 1992 och 47% år 1998. Även som dominerande medel ökade opiater sin andel mellan dessa år från 15% till 26% och 28%. Det går också att skönja en viss minskning i andelen som använt cannabis, men framförallt har andelen som har cannabis som dominerande medel minskat kraftigt, från 33% 1979, 17% 1992 till 8% 1998. Det har dessutom blivit färre som kunnat ange vilket medel som

dominerat missbruksmönstret. Detta är sannolikt resultatet av ett ökande blandmissbruk där det varit svårt att urskilja vad som dominerat, samt en följd av en försämrad kunskap bland personer som arbetar med narkotikafrågorna på de olika myndigheterna.

Missbrukstidens längd

Gruppen tunga missbrukare har blivit äldre för varje undersökning och i konsekvens med detta har även den redovisade missbrukstidens längd ökat över tid. I undersökningen som gjordes 1979 hade 19% en missbrukstid på 10 år eller mer, 1992 var andelen 47% och 1998 52% (tabell 19 och diagram 17). Information om hur länge missbruket pågått saknades för många, vilket medför en viss osäkerhet vid bedömningen av den verkliga storleken av andelarna.

Procent

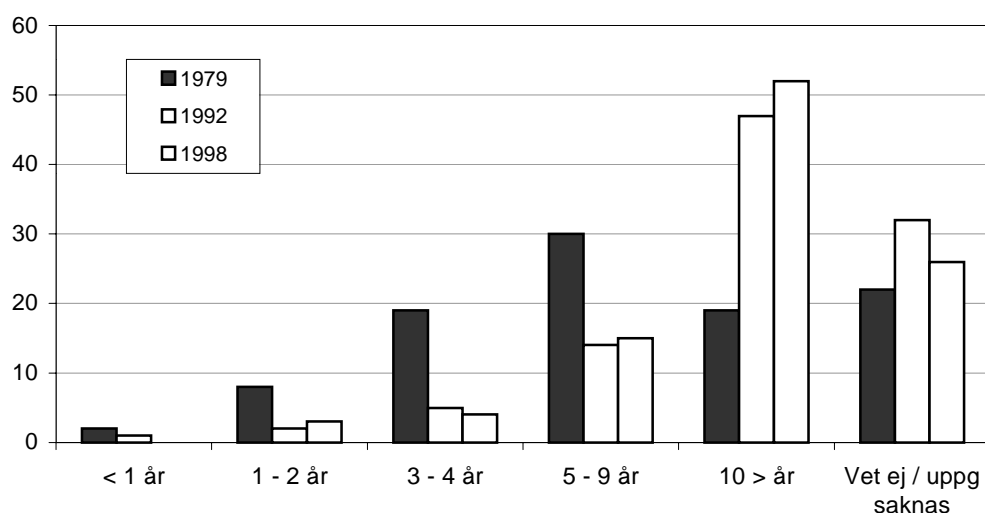


Diagram 17. Missbrukets längd bland tunga narkotikamissbrukare 1979, 1992 och 1998 (tabell 19).

Referenser

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

Andersson B, Hibell B, Sandberg B (1999). *Skolelevers drogvanor 1999*. Rapportserie nr 57. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

Bergmark A, Lindberg S, Olsson B, Oscarsson L (1996). A long-term follow-up of residentially treated drug abusers. Paper presented at the 22nd Annual Alcohol Epidemiological Symposium of the Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol, Edinburgh, June 3-7, 1996.

Blomqvist J (under publicering). Recovery with and without treatment. A comparison of resolutions of alcohol and drug problems. *Addiction Research*.

CAN och Folkhälsoinstitutet (2000). *Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 2000*. Rapport nr 9. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

Dorn N, South N (1986). *A Land Fit for Heroin: Drug Policies, Prevention, and Practice*. MacMillan, London.

Finne E (2000). Statistik över missbrukare, hemlösa och psykiskt störda i Stockholm år 1998. FOU-rapport 2000:5, Socialtjänstförvaltningen, Stockholm.

Fridell M (1996). *Institutionella behandlingsformer vid missbruk – organisation, ideologi och resultat*. Natur och Kultur, Stockholm.

Fugelstad A (1997). *Drug-related deaths in Stockholm during the period 1985-1994. Causes and manners of death in relation to the type of drug abuse, HIV-infection and methadone treatment*. Karolinska Institutet, Stockholm.

Guttormsson U (1999). *Mönstrandens drogvanor 1999*. Rapportserie nr 59. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

Guttormsson U, Helling S, Olsson B (1999). *Vad händer på narkotikaområdet?* Rapportserie nr 55. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.

Hubbard RL, Rachal JV, Craddock SG, Cavanaugh ER (1984). *Treatment Outcome Prospective Study (TOPS): Client characteristics and behaviors before, during, and after treatment*. I: Tims FM, Ludford JP (eds.). *Drug Abuse Treatment Evaluation: Strategies, Progress, and Prospects*. NIDA Research Monograph 51. Rockville.

- Lenke L, Olsson B (1996). Zero Tolerance Wins the Argument? I: Dorn N, Jepsen J, Savona E (eds.). *European Drug Policies and Enforcement*. MacMillan, London.
- Lenke L, Olsson B (1999). *Swedish Drug Policy in Perspective*. I: Derks J, van Kalmthout A, Albrecht H-J. *Current and future Drug Policy Studies in Europe*. Max-Planck-Institut, Freiburg.
- Narkotikakommissionen (1999). *Narkotikarelaterad död*. Diskussionspromemoria 3. Socialdepartementet, Stockholm.
- Olsson U (2000a). *Estimation of the number of drug addicts in Sweden – an application of capture-recapture methodology*. Report 55. Department of Statistics. Swedish University of Agricultural Sciences, Uppsala.
- Olsson U (2000b). Ett försök till analys av undersökningen "Narkotikasituationen 1998". Stencil. Avdelningen för statistik. Sveriges Lantbruksuniversitet, Uppsala.
- Olsson O, Byqvist S, Gomér G (1993). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992*. Rapportserie nr 28. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.
- Oscarsson L (2000). Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet – förutsättningar, utveckling och behov. I: *Välfärd, vård och omsorg*. SOU 2000:38. Socialdepartementet, Stockholm.
- Socialstyrelsen (1997). *Social Rapport 1997*. Norstedts, Stockholm.
- Socialstyrelsen (1999). *Vårdinsatser för vuxna missbrukare och övriga vuxna*. Socialstyrelsen, Stockholm.
- Solarz A (1990). *Vem blir drogmissbrukare?* Brottsförebyggande rådet, Stockholm.
- Storstadskommittén (1998). *Tre städer. En storstadspolitik för hela landet*. Slutbetänkande från Storstadskommittén. SOU 1998:25. Stockholm.
- Svensson D (2000). *Levnadsförhållanden bland vårdade narkomaner 1987-1994*. Rapportserie nr 58. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.
- Tunving K, Olsson B, Krantz P (red.) (1989). *Dödlighet bland narkotikamissbrukare i de nordiska länderna*. PM-serie nr 5. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm.
- Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (1977). *Undersökningar av narkotikavanor*. Ds S 1977:8. Socialdepartementet, Stockholm.
- Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (1980). *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Ds S 1980:5. Socialdepartementet, Stockholm.

Tabell 1. Antal rapporterade blanketter från olika myndigheter för samtliga missbrukare.

Antal blanketter	Socialtjänst				Sjukvård				Polis				Kriminalvård				Behandlingshem				Samtliga					
	Män		Totalt		Män		Totalt		Män		Totalt		Män		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt					
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%				
1	3153	62	4170	62	1142	54	1615	55	1143	71	1363	71	1103	61	1253	61	233	48	302	49	6774	61	1929	62	8703	61
2	1201	24	1565	23	542	26	743	25	292	18	352	18	420	23	477	23	120	25	159	26	2575	23	721	23	3296	23
3	529	10	690	10	261	12	358	12	118	7	145	7	226	12	247	12	82	17	99	16	1216	11	323	10	1539	11
4	158	3	210	3	101	5	140	5	38	2	42	2	52	3	61	3	31	6	35	6	380	3	108	3	488	3
5	43		65		36		57		11		11		5		9		15		18		110		50		160	
6	10	1	14	1	19	3	21	3	5	1	5	1	5	1	5	1	3	4	3	4	42	2	6	2	48	2
7	4		4		4		4		5		5		–		–		1		1		14		–		14	
Uppg. sakn.	–		–		–		–		–		–		–		–		–		–		1		–		1	
Samtliga	5098	100	6718	100	2105	100	2938	100	1612	100	1923	100	1811	100	2052	100	485	100	617	100	11112	100	3137	100	14249	100
liga	–	–	6718	47	–	–	2938	21	–	–	1923	14	–	–	2052	14	–	–	617	4	–	–	–	–	14249	100

Tabell 2. Antal rapporterade blanketter per individ.

Antal blanketter	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga								
	Män		Kvinnor		Uppgift saknas	Totalt		Män		Kvinnor		Uppgift saknas	Totalt		Män		Kvinnor		Uppgift saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	n	%
1	2869	67	867	68	3	3739	67	3906	90	1050	92	9	4965	90	6775	79	1917	79	12	8704	79
2	921	22	281	22	–	1202	22	366	8	79	7	1	446	8	1287	15	360	15	1	1648	15
3	347	8	93	7	–	440	8	58	1	15	1	–	73	1	405	5	108	5	–	513	5
4	92	2	27	2	–	119	2	3		–		–	3		95	1	27	1	–	122	1
5	22		10			32									22		10			32	
6	7	1	1	1		8	1								7		1			8	
7	2					2									2					2	
Samtliga	4260	100	1279	100	3	5542	100	4333	100	1144	100	10	5487	100	8593	100	2423	100	13	11029	100

Tabell 3. Tungt och övrigt missbruk med avseende på kön.

Rapporterade missbrukare	Tungt missbruk		Övrigt missbruk			Samtliga			
	n	%	n	%	n	%			
Män	4 260	77	50	4 333	79	50	8 593	78	100
Kvinnor	1 279	23	53	1 144	21	47	2 423	22	100
Uppgift saknas	3	–	–	10	–	–	13	–	100
Samtliga	5 542	100	50	5 487	100	50	11 029	100	100

Tabell 4. Köns- och åldersfördelning fördelat på tungt och övrigt missbruk.

Rapporte- rade miss- brukares ålder	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
–14 år	1	0	1	0	2	0	15	0	12	1	27	0	16	0	13	1		29	0
15–17 år	29	1	13	1	42	1	288	7	130	11	418	8	317	4	143	6		460	4
18–19 år	88	2	38	3	126	2	403	9	133	12	536	10	491	6	171	7		662	6
20–24 år	495	12	191	15	686	12	915	21	236	21	1 151	21	1 410	17	427	18	5	1 842	17
25–29 år	582	14	178	14	760	14	576	13	137	12	713	13	1 158	14	315	13	1	1 474	13
30–34 år	831	20	263	21	1 094	20	610	14	139	12	749	14	1 441	17	402	17	1	1 844	17
35–39 år	882	21	267	21	1 149	21	569	13	144	13	713	13	1 451	17	411	17	4	1 866	17
40–44 år	711	17	194	15	905	16	491	11	117	10	608	11	1 202	14	311	13		1 513	14
45–49 år	409	10	95	8	504	9	253	6	63	6	316	6	662	8	158	7		820	8
50 år –	221	5	34	3	255	5	192	5	29	3	221	4	413	5	63	3		476	4
Uppgift saknas	11	0	5	0	16	0	21	0	4	0	25	0	32	0	9	0	2	43	0
Samtliga	4 260	100	1 279	100	5 539	100	4 333	100	1 144	100	5 477	100	8 593	100	2 423	100	13	11029	100

Tabell 5. Antal personer som injicerar narkotika fördelat på tungt/övrigt missbruk och kön.

Rapporte- rade miss- brukare som injicerar narkotika	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Ja	3 731	88	1 177	92	4 908	89	–	–	–	–	–	–	3 731	43	1 177	49	3	4 911	45
Nej	42	1	4	0	46	1	409	9	117	10	526	10	451	5	121	5	–	572	5
Vet ej	13	0	4	0	17	0	336	8	83	7	419	8	349	4	87	4	1	437	4
Uppgift saknas	474	11	94	7	568	10	3 588	83	944	83	4 532	83	4 062	47	1 038	43	9	5 109	46
Samtliga	4 260	100	1 279	100	5 539	100	4 333	100	1 144	100	5 477	100	8 593	100	2 423	100	13	11 029	100

Tabell 6. Samtidigt alkoholmissbruk fördelat på tungt/övrigt missbruk och kön.

Rapporterade missbrukare	Tungt missbruk med samtidigt alkoholmissbruk		Övrigt missbruk med samtidigt alkoholmissbruk		Samtliga med samtidigt alkoholmissbruk	
	n	%	n	%	n	%
Män	1 844	33	1 760	32	3 604	33
Kvinnor	484	9	506	9	990	9
Uppgift saknas	3 214	58	3 221	59	6 435	58
Samtliga	5 542	100	5 487	100	11 029	100

Tabell 7. Missbrukstid fördelad på tungt/övrigt missbruk och kön.

Missbrukstid för de rapporterade missbrukarna	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
-1 år	-	-	2	0	2	0	6	0	6	1	12	0	6	0	8	0		14	0
1-2 år	88	2	48	4	136	3	470	11	230	20	700	13	558	7	278	11		836	8
3-4 år	154	4	78	6	232	4	313	7	106	9	419	8	467	5	184	8	1	652	6
5-9 år	636	15	191	15	827	15	504	12	114	10	618	11	1 140	13	305	13		1 445	13
10 år -	2 224	52	677	53	2 901	52	857	20	198	17	1 055	19	3 081	36	875	36	4	3 960	36
Vet ej	183	4	54	4	237	4	1 019	24	237	21	1 256	23	1 202	14	291	12	5	1 498	14
Uppgift saknas	975	23	229	18	1 204	22	1 164	27	253	22	1 417	26	2 139	25	482	20	3	2 624	24
Samtliga	4 260	100	1 279	100	5 539	100	4 333	100	1 144	100	5 477	100	8 593	100	2 423	100	13	11 029	100

Tabell 8. Personer födda i annat land, fördelat på kön.

Rapporte- rade miss- brukare födda i annat land	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Ja	918	22	171	13	1 089	20	975	23	117	10	1 092	20	1 893	22	288	12	2	2 183	20
Nej	2 953	69	1 024	80	3 977	72	2 626	61	911	80	3 537	65	5 579	65	1 935	80	8	7 522	68
Vet ej	107	3	38	3	145	3	335	8	74	6	409	7	442	5	112	5	2	556	5
Uppgift saknas	282	7	46	4	328	6	397	9	42	4	439	8	679	8	88	4	1	768	7
Samtliga	4 260	100	1 279	100	5 539	101	4 333	100	1 144	100	5 477	100	8 593	100	2 423	100	13	11 029	100

Tabell 9. Rapporterade missbrukare med föräldrar födda i annat land, fördelat på kön.

Rapporterade missbrukare med föräldrar födda i annat land	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Ja	912	21	216	17	1 128	20	885	20	159	14	1 044	19	1 797	21	375	15	2	2 174	20
Nej	1 877	44	682	53	2 559	46	1 364	32	518	45	1 882	34	3 241	38	1 200	50	4	4 445	40
Vet ej	431	10	135	11	566	10	883	20	217	19	1 100	20	1 314	15	352	15	4	1 670	15
Uppgift saknas	1 040	24	246	19	1 286	23	1 201	28	250	22	1 451	27	2 241	26	496	20	3	2 740	25
Samtliga	4 260	100	1 279	100	5 539	100	4 333	100	1 144	100	5 477	100	8 593	100	2 423	100	13	11 029	100

Tabell 10. Rapporterade missbrukare födda i annat land med föräldrar också födda i annat land, fördelat på missbruk och kön.

Rapporterade missbrukare födda i annat land med föräldrar också födda i annat land	Tungt missbruk		Övrigt missbruk			Samtliga			
	n	%	n	%	n	%			
Män	590	83	51	568	90	49	1 158	86	100
Kvinnor	123	17	67	61	10	33	184	14	100
Uppgifts saknas	–	–	–	1	–	–	1	–	–
Samtliga	713	100	53	630	100	47	1 343	100	100

Tabell 11. Antal missbrukare födda i och utanför de nordiska länderna.

Rapporterade missbrukare födda i annat land	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. sakn.	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Annat nordiskt land	229	25	78	46	307	28	163	17	45	38	208	19	392	21	123	43	1	516	24
Utanför Norden	612	67	76	44	688	63	712	73	63	54	775	71	1 324	70	139	48		1 463	67
Uppgift saknas	76	8	17	10	93	9	100	10	9	8	109	10	177	9	26	9	1	203	9
Samtliga	917	100	171	100	1089	100	975	100	117	100	1092	100	1 893	100	288	100	1	2 182	100

Tabell 12. Narkotikaanvändning fördelad efter tungt/övrigt missbruk och kön.

Använda narkotiska preparat per rapporterad missbrukare	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
CS*	862	20	357	28	1 219	22	954	22	367	32	1 321	24	1 816	21	724	30		2 540	23
Opiater**	568	13	201	16	769	14	253	6	67	6	320	6	821	10	268	11		1 089	10
Cannabis	147	4	12	1	159	3	1 386	32	285	25	1 671	31	1 533	18	297	12	8	1 838	17
CS+opiater	183	4	97	8	280	5	64	2	30	3	94	2	247	3	127	5	1	375	3
CS+cannabis	1 165	27	260	20	1 425	26	921	21	204	18	1 125	21	2 086	24	464	19	3	2 553	23
Opiater + cannabis	431	10	90	7	521	9	148	3	18	2	166	3	579	7	108	5		687	6
CS+opiater+cannabis	593	14	171	13	764	14	157	4	29	3	186	3	750	9	200	8	1	951	9
CS+opiater+en el. flera nark.	183	4	65	5	248	5	84	2	27	2	111	2	267	3	92	4		359	3
Opiater+en el. flera nark.	22	1	4	0	26	1	7	0	2	0	9	0	29	0	6	0		35	0
Syntetiska droger***	106	3	22	2	128	2	359	8	115	10	474	9	465	5	137	6		602	6
Samtliga	4 260	100	1 279	100	5 539	100	4 333	100	1 144	100	5 477	100	8 593	100	2 423	100	13	11 029	100

* CS = centralstimulerande medel, företrädesvis amfetamin

** Opiater = företrädesvis heroin

*** Hallucinogener, ecstasy, ensamma eller i kombinationer med bl a GHB, cs och cannabis

Tabell 13. Rapporterat dominerande medel fördelat på tungt/övrigt missbruk och kön.

Dominerande medel per rapporterad missbrukare	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
CS	1 325	31	458	36	1 783	32	579	13	233	20	812	15	1 904	22	691	29		2 595	24
Opiater	1 180	28	344	27	1 524	28	224	5	45	4	269	5	1 404	16	389	16	1	1 794	16
Cannabis	398	9	49	4	447	8	914	21	192	17	1 106	20	1 312	15	241	10	2	1 555	14
Alkohol	344	8	94	7	438	8	611	14	183	16	794	14	955	11	277	11		1 232	11
Tabletter	119	3	45	4	164	3	108	3	41	4	149	3	227	3	86	4	1	314	3
Blandmissbruk	55	1	15	1	70	1	78	2	31	3	109	2	133	2	46	2		179	2
Uppgift saknas	839	20	274	21	1 113	20	1 819	42	419	37	2 238	41	2 658	31	693	29	9	3 360	30
Samtliga	4 260	100	1 279	100	5 539	100	4 333	100	1 144	100	5 477	100	8 593	100	2 423	100	13	11 029	100

Tabell 14. Arbetsmarknadsanknytning under observationsperioden*.

Rapporterade missbrukares arbetsmarknadsanknytning	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Mycket god	112	3	28	3	140	3	195	6	71	8	266	7	307	5	99	5		406	5
God	133	4	40	4	173	4	191	6	69	8	260	7	324	5	109	6	1	434	5
Begränsad	430	13	118	11	548	13	511	16	123	14	634	16	941	15	241	12	2	1 184	14
Dålig	467	14	124	12	591	14	356	11	90	10	446	11	823	13	214	11		1 037	12
Obefintlig	1 951	59	683	65	2 634	60	1 057	34	363	40	1 420	35	3 008	47	1 046	54	1	4 055	48
Uppgift saknas	209	6	59	6	268	6	807	26	185	21	992	25	1 016	16	244	12	5	1 265	15
Samtliga	3 302	100	1 052	100	4 354	100	3 117	100	901	100	4 018	100	6 419	100	1 953	100	9	8 381	100

* Tabellerna 14-17 inkluderar ej narkotikamissbrukare rapporterade från kriminalvården (särskilt formulär, bilaga 4) och rapporterade via FOU-enheten vid Socialförvaltningen i Stockholm (särskilt formulär, bilaga 3).

Tabell 15. Umgänge under observationsperioden.

Rapporterade missbrukares umgänge	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Uteslutande icke missbrukare	130	4	37	4	167	4	125	4	47	5	172	4	255	4	84	4		339	4
Övervägande icke missbrukare	214	6	72	7	286	7	406	13	148	16	554	14	620	10	220	11		840	10
Hälften/hälften	691	21	218	21	909	21	845	27	235	26	1 080	27	1 536	24	453	23	3	1 992	24
Övervägande missbrukare	883	27	285	27	1 168	27	417	13	125	14	542	14	1 300	20	410	21		1 710	20
Uteslutande missbrukare	784	24	270	26	1 054	24	220	7	65	7	285	7	1 004	16	335	17		1 339	16
Uppgift saknas	600	18	170	16	770	18	1 104	35	281	31	1 385	34	1 704	26	451	23	6	2 161	26
Samtliga	3 302	100	1 052	100	4 354	100	3 117	100	901	100	4 018	100	6 419	100	1 953	100	9	8 381	100

Tabell 16. Finansiering av missbruket under observationsperioden.

Rapporterade missbrukares finansiering av missbruket	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Uteslutande legal inkomst	279	8	112	11	391	9	492	16	247	27	739	18	771	12	359	18		1 130	14
Övervägande legal inkomst	306	9	89	8	395	9	277	9	89	10	366	9	583	9	178	9		761	9
Hälften/hälften	808	25	257	24	1 065	24	447	14	100	11	547	14	1 255	20	357	18	3	1 615	19
Övervägande illegal inkomst	750	23	195	19	945	22	265	8	40	4	305	8	1 015	16	235	12		1 250	15
Uteslutande illegal inkomst	473	14	157	15	630	15	125	4	10	1	135	3	598	9	167	9	1	766	9
Uppgift saknas	686	21	242	23	928	21	1 511	48	415	46	1 926	48	2 197	34	657	34	5	2 859	34
Samtliga	3 302	100	1 052	100	4 354	100	3 117	100	901	100	4 018	100	6 419	100	1 953	100	9	8 381	100

Tabell 17. Samlad bostadssituation under observationsperioden.

Rapporterade missbrukares bostads-situation	Tungt missbruk						Övrigt missbruk						Samtliga						
	Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Totalt		Män		Kvinnor		Uppg. saknas	Totalt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n	%
Fast bostad	1 278	39	465	44	1 743	40	1 564	50	518	57	2 082	51	2 842	44	983	50	2	3 827	46
Övervägande tid med fast bostad	332	10	98	9	430	10	204	6	64	7	268	7	536	9	162	8		698	8
Återkommande bostadsproblem	570	17	166	16	736	17	337	11	105	12	442	11	907	14	271	14	2	1 180	14
Övervägande tid utan fast bostad	258	8	80	8	338	8	90	3	21	2	111	3	348	5	101	5		449	5
Utan fast bostad	611	19	168	16	779	18	216	7	51	6	267	7	827	13	219	11	1	1 047	13
Uppgift saknas	253	8	75	7	328	7	706	23	142	16	848	21	959	15	217	11	4	1 180	14
Samtliga	3 302	100	1 052	100	4 354	100	3 117	100	901	100	4 018	100	6 419	100	1 953	100	9	8 381	100

Tabell 18. Jämförelse mellan UNO-79, UNO-92 och MAX-98 med avseende på antal blanketter per rapporterad missbrukare.

Antal blanketter per rapporterad missbrukare	1979		1992		1998	
	n	%	n	%	n	%
1	13 409	66	11 763	60	8 704	79
2	3 666	18	3 916	20	1 648	15
3	1 670	8	1 804	9	513	5
4	789	4	923	5	122	1
5	422	2	526	3	32	
6	238	1	254	1	8	
7	82		147		2	
8	55		74		–	
9	28	1	40	2	–	
10–	47		18		–	
Samtliga	20 406	100	19 491	100	11 029	100

Tabell 19. Jämförelse mellan UNO-79, UNO-92 och MAX-98 med avseende på kön, ålder och missbrukstid bland tunga missbrukare.

	Tungt missbruk					
	1979		1992		1998	
	n	%	n	%	n	%
Samtliga	8 224	100	9 103	100	5 542	100
Kön						
Män	6 238	76	7 037	77	4 260	77
Kvinnor	1 955	24	2 048	22	1 279	23
Uppg. sakn.	31	–	18	–	3	–
Ålder						
– 14 år	5	0	1	0	2	0
15–17 år	106	1	30	0	42	1
18–19 år	424	5	105	1	126	2
20–24 år	2 527	31	775	9	686	12
25–29 år	2 592	32	1 957	21	760	14
30–34 år	1 356	16	2 278	25	1 094	20
35–39 år	615	7	2 028	22	1 152	21
40–44 år	252	3	1 082	12	905	16
45–49 år	119	1	499	5	504	9
50 år –	116	1	330	4	255	5
Uppg. sakn.	112	1	18	0	16	0
Missbrukets längd						
–1 år	189	2	49	1	2	0
1–2 år	678	8	170	2	136	3
3–4 år	1 588	19	413	5	232	4
5–9 år	2 430	30	1 268	14	827	15
10 år –	1 564	19	4 307	47	2 901	52
Vet ej/ uppg.sakn.	1 775	22	2 896	32	1 444	26
Medelålder	27 år		32 år		35 år	

Tabell 20. Jämförelse mellan UNO-79, UNO-92 och MAX-98 avseende använda narkotika bland tunga missbrukare.

Medel	1979				1992				1998			
	Dominerande medel		Har använt		Dominerande medel		Har använt		Dominerande medel		Har använt	
	n=8224	%	n=8224	%	n=9103	%	n=9103	%	n=5542	%	n=5542	%
CS	3 864	47	6 312	77	4 387	48	7 458	82	1 783	32	4 054	73
varav kokain					45		485	5			65	1
Opiater	1 231	15	2 504	30	2 346	26	3 065	34	1 525	28	2 608	47
varav heroin					1 761	19	2 878	32				
Cannabis	2 675	33	5 026	61	1 519	17	6 026	66	447	8	2 987	54

Skillnader i genomförandet av kartläggningarna 1979, 1992 och 1998

Den första kartläggningen, som gjordes 1979 (UNO 79) var en totalundersökning av landets samtliga kommuner. Av främst ekonomiska skäl har de två senare studierna (UNO 92 och MAX 98) begränsats till urval av kommuner, men i övrigt har avsikten varit att i så stor utsträckning som möjligt följa tillvägagångssättet från 1979. Undersökningarna skiljer sig ändå åt på vissa punkter, framför allt på grund av förändringar som grundar sig på erfarenheter från tidigare undersökningar. Skillnaderna påverkar naturligtvis jämförbarheten mellan studierna. De viktigaste skillnaderna och hur de kan ha påverkat resultaten och jämförbarheten diskuteras i det följande.

1. Inventering istället för registrering

I undersökningen 1979 inrapporterades alla personer som myndigheterna kom i kontakt med under en sexmånadersperiod och som man visste hade använt narkotika under de senast föregående 12 månaderna. Datainsamlingen kompletterades också med vissa registergenomgångar. Undersökningen 1992 skilde sig från den 1979 genom att man istället inventerade den aktuella klientstock som under den senaste 12 månadersperioden varit i kontakt med myndigheten och som haft ett narkotikamissbruk under de senast föregående 12 månaderna. I 1998 års undersökning var förhållandena desamma som i UNO 92 men med den skillnaden att urvalsperioden var 6 månader istället för 12 månader.

Sannolikt ledde dessa skillnader till att relativt sett fler av samtliga tunga narkotikamissbrukare kom att inrapporteras 1992. Ett problem med 1979 års förfrågningssätt var svårigheterna för många rapportörer att under 6 månaders tid bibehålla uppmärksamheten på samtliga sina kontakter för att avgöra om personen använt narkotika och att därefter inte glömma att fylla i den särskilda blanketten. I likhet med 1998 års undersökning var urvalsperioden 6 månader jämfört med 12 månader 1992. Detta innebär att den grupp vars antal slutligen skattats respektive år, också bör vara något större 1992 (om perioden begränsats till 6 månader skulle sannolikt det skattade totalantalet för 1992 varit aningen lägre).

2. Förändringar i samhället

Resultaten av de olika undersökningarna har även påverkats av den inställning till narkotikamissbruk som var förhärskande vid de tre undersökningstillfällena. Det viktigaste för UNO 79 var sannolikt ett relativt omfattande och tydligt uttalat stöd för missbrukarnas rättigheter och integritet, framförallt inom social-

tjänst, behandlingssystem och frivilliga organisationer vilket ledde till ett visst bortfall i inrapporteringen. Kontrollundersökningar visade att i allt väsentligt ”kompenserades” detta bortfall genom mörkertalsberäkningarna (capture-recapture). Under 1980-talet ändrades inställningen till narkotikamissbrukare. Kraven på missbrukarnas rättigheter och integritet kom successivt att tonas ner i takt med att narkotikapolitikens kontroll- och repressionsinslag vann starkare gehör. HIV- och AIDS-epidemin ledde också till förstärkning av inte minst socialtjänstens arbete vilket sannolikt ledde till mera omfattande och tätare kontakter med narkotikamissbrukare. 1990-talet har inneburit kraftiga omstruktureringar och ofta också nedskärningar i den offentliga förvaltningen vilket begränsat möjligheterna till att genomföra en case-finding undersökning, t ex har några förvaltningar inte kunnat delta då personalsituationen inte tillåtit detta. Sammantaget betyder detta att inrapporteringen sannolikt varit mera komplett 1992 jämfört med 1979 och 1998.

3. Effekter av vilka uppgiftslämnare som deltagit i undersökningarna

I huvudsak har samma uppgiftslämnare ingått i undersökningarna. Till skillnad från 1998, ingick tingsrätterna både 1979 och 1992. Det ledde till ett något större antal inrapporterade personer men eftersom uppgifterna i domsmaterialet ofta inte innehöll tillräcklig information för att kunna klassificera missbruket som tungt samt att personerna oftast inrapporterats av andra myndigheter, innebar tingsrätternas deltagande inte något större tillskott till kartläggningen av det tunga narkotikamissbruket. De rättsvårdande instanserna stod för merparten av de rapporterade vid dessa tillfällen även om andelen var högre 1979 än 1992. Socialtjänst, sjukvård och behandlingshem rapporterade i högre grad 1992 jämfört med 1979. Socialtjänsten står för den största delen inrapporterade i 1998 års undersökning. Polisen i Stockholms län och i Malmö deltog på grund av interna organisatoriska problem endast i liten utsträckning. Alternativa capture-recapture analyser visar att detta bortfall sannolikt komparerats genom en högre mörkertalsuppräknings.

4. Effekter av vilka myndigheter som rapporterat

De uppgiftslämnare som ingick i undersökningen UNO 92 var resultatet av de erfarenheter man erhöll vid genomförandet av UNO 79. Vid båda undersökningarna ingick följande enheter; socialtjänst, sjukvård, polis, kriminalvård, tingsrätter och behandlingshem. Frivilligorganisationerna var relativt ovilliga att delta och endast ett fåtal var därför med i UNO 92. De viktigaste som inte var med i UNO 92 men i UNO 79 var följande; frivilligorganisationerna, rättspsykiatriska enheter, statliga vårdanstalter och länsläkare, Statens Bakteriologiska Laboratorium, tull, ungdomsvårdsskolor och sjukvårdens akutmottagningar. I 1998 års studie ingick i stort sett samma uppgiftslämnare som i UNO 92, med undantag för tingsrätterna och i vissa städer polisen. Dessutom förekom i vissa kommuner även frivilligorganisationer, skyddsvärn och tull. Polisens frånvaro som rapportör har troligen främst påverkat rapporteringen av yngre och relativt

sett nya missbrukare, men också gruppen tunga missbrukare särskilt på stora orter där möjligheterna är större att vara anonym.

5. Olikheter i formulär och instruktioner

När det gällde utformningen av formulären för datainsamlingen medföljde instruktioner för hur man skulle fylla i dem. Vid undersökningen 1992 tog man hänsyn till den kritik som framkom efter 1979 års undersökning avseende formuleringen av hur man skulle 'veta' att ett narkotikamissbruk förekommit. Den nya formuleringen som användes 1992 löd; "Att 'veta' att en person har använt narkotika kan vara svårt. UNO 92 begär inte att narkotikamissbruket ska vara bevisat. Men rykten, misstankar eller antaganden räcker inte för rapportering. Använd din yrkeskunskap och goda bedömningsförmåga. Om du efter detta känner dig säker på att den person du tänker på har använt narkotika, ska du rapportera." Anvisningarna 1998 var i det närmaste identiska med undantag av att de två sista meningarna i ovanstående formulering inte ingick.

Det är svårt att bedöma hur stort fel den ena eller andra formuleringen har på benägenheten att rapportera en person som narkotikamissbrukare. I vilket fall som helst gäller detta endast gruppen med övrigt missbruk eftersom gruppen tunga missbrukare även definieras med hjälp av kunskap om administration av drogen (injektionsmissbruk) och hur ofta personen använt drogen (dagligen eller så gott som dagligt missbruk). I 1979 års undersökning visade det sig att 59% tillhörde gruppen icke tunga missbrukare, 1992 var andelen 47% och 1998 50%.

6. Sammanfattning

Det är svårt att bedöma hur stor roll de olika faktorerna haft på inrapporteringen i de tre undersökningarna och på vilket sätt resultaten påverkats. I slutsatserna i UNO 92 med avseende på betydelsen av faktorerna ovan konstaterades bl a 'att det ändrade klimatet i samhället inverkat positivt på insamlingen av data jämfört med 1979'. Mellan åren 1992 och 1998 ändrades återigen klimatet i samhället, men nu genom stora nedskärningar och omstruktureringar av offentliga verksamheter. Detta var troligen den största anledningen till polisens relativt begränsade deltagande. Sammantaget bör detta ha lett till dels något färre inrapporterade 1979 och 1998 än 1992 (vilket dock till stor del bör ha kompensrats vid mörkertalsuppräkningsarna), dels till att detaljkunskapen om missbruksmönster o s v också bör ha varit bättre 1992 än 1979 och 1998. Vidare har urvalsperiodens längd troligen spelat en viss roll för hur många personer man lyckats samla in vid de olika tillfällena. Det betyder i förlängningen att en kortare tid medför ett större bortfall, vilket ger ett högre mörkertal. Förlängningen av urvalsperioden till 12 månader innebär å andra sidan att flera personer hinner etablera ett tungt narkotikamissbruk, d v s den population som ska skattas blir något större än om urvalsperioden är sex månader kortare.

Det går inte att säga att undersökningen ett visst år genomgående är mera tillförlitlig än ett annat år. För 1979 års undersökning talar framför allt att den genomfördes i landets samtliga kommuner varför inga urvalsfel i samband med uppräkningsrapporter kan förekomma. Dessutom skedde rapporteringen i samband med att man hade direktkontakt med de olika missbrukarna, vilket bör ha lett till mera tillförlitliga beskrivningar av missbruksmönster, sociala förhållanden m m. I både 1992 och 1998 års undersökningar kan urvalsfel förekomma eftersom dessa genomfördes i ett begränsat antal kommuner. Problemet är störst 1998 eftersom urvalet av kommuner var mindre detta år. Rapporteringen under 1992 bör ha fungerat bättre än 1998 eftersom arbetet med narkotikafrågorna då ännu inte drabbats av de neddragningar och omprioriteringar som följde på krisen i den offentliga ekonomin. Detta visar sig bl a i det betydligt högre mörkertalet för 1998. Å andra sidan innebär det färre antalet deltagande kommuner 1998 att ett grundligare uppföljningsarbete kunde läggas ner på att få in fullständiga rapporter från samtliga rapportörer. De mörkertalsberäkningar som gjorts går i förväntad riktning, d v s en betydligt mindre uppräkningsrapport för 1992 än för 1979 och 1998. De andra skattningsmetoder som kunnat användas samt jämförelserna med utvecklingen i olika narkotikaindikatorer, visar också på i stort sett samma utveckling som de tre case-finding undersökningarna gör. Det bör betyda att den påvisade utvecklingstenden i de kommuner som deltagit samtliga tre år är relativt tillförlitlig. Däremot gör urvalsproblemen att tillförlitligheten i nivån på missbruket för hela landet, d v s det skattade antalet tunga narkotikamissbrukare, inte blir fullt lika hög.

Bilaga 2

Bilaga 3

Bilaga 4

Urvalskommuner samt invånare i dessa

Storstadsurval

<i>Län</i>	<i>Kommun</i>	<i>Invånare</i>
<i>Stockholms län</i>	Botkyrka	70 949
	Danderyd	29 639
	Ekerö	21 367
	Haninge	67 764
	Huddinge	81 339
	Järfälla	59 839
	Lidingö	40 373
	Nacka	73 029
	Norrtälje	51 552
	Nynäshamn	23 341
	Salem	13 176
	Sigtuna	34 295
	Sollentuna	57 067
	Solna	55 806
	Stockholm	736 113
	Sundbyberg	32 868
	Södertälje (inkl Nykvarn)	83 560
	Tyresö	38 046
	Täby	60 274
	Upplands Bro	20 495
Upplands Väsby	36 789	
Vallentuna	24 246	
Vaxholm	8 721	
Värmdö	29 396	
Österåker	33 396	
<i>Östergötlands län</i>	Linköping	131 948
<i>Skåne län</i>	Lund	97 975
	Malmö	254 904
<i>Västra Götaland</i>	Göteborg	459 593
<i>Örebro län</i>	Hallsberg	15 951
	Kumla	18 778
	Örebro	122 641

Strategiskt urval

<i>Län</i>	<i>Kommun</i>	<i>Invånare</i>
<i>Södermanlands län</i>	Eskilstuna	88 027
	Strängnäs	29 161
	Flen	16 906
<i>Kronobergs län</i>	Alvesta	19 171
	Växjö	73 698
<i>Dalarnas län</i>	Falun	54 576
	Hedemora	16 249
<i>Gävleborgs län</i>	Gävle	90 105
	Hofors	10 987
	Sandviken	37 905
<i>Västernorrlands län</i>	Härnösand	26 365
	Örnsköldsvik	56 658
<i>Västerbottens län</i>	Lycksele	13 386
	Skellefteå	73 499
	Malå	3 821
		<hr/>
		3 495 744

Uppgiftslämnande myndigheter/arbetsplatser

Socialtjänst

Socialkontor
Stadsdelsnämnd/distrikt
Social enhet – vuxna
Social enhet – ungdom
Social enhet – bistånd
Individ- och familjeomsorg
Rådgivningsbyrå, beroende-
mottagning
Missbruksenhet
Social fältverksamhet
Socialt arbete i Köpenhamn

Polis

Narkotikarotel
Utredningsrotel
Spaningsrotel
Närpolis

Kriminalvård

Frivård
Häkten
Lokalanstalter, öppna
Lokalanstalter, slutna
Riksanstalter
Psykavdelningar på häkten
Övrig kriminalvård

Sjukvård/ behandling

Sjukvårdsavdelning, allmän
Sjukhusvård, sluten
Sjukhusvård, öppen
Sjukhusvård, akut
Socialläkarmottagning
Vårdcentraler
Sprutbyte
Metadonbehandling, öppen
Metadonbehandling, sluten
Behandlingshem/institutioner
Familjehem
Inackorderingshem
LVM-institutioner
LVU-institutioner
Annat

Övrigt

Organisationer
Tullen
Skyddsvärnet
Frälsningsarmén
Stadsmissionen

Narkotikaindikatorer – utvecklingen 1992–1998

Antal personer misstänkta för narkotikabrott.

	Storstadslän	Övriga län	Totalt
1992	4 879	2 198	7 077
1998	7 067	3 982	11 049
Förändring i %	+45	+81	+56

Antal narkotikarelaterade dödsfall.

	Storstadslän	Övriga län	Totalt
1992	113	63	176
1998	181	82	263
Förändring i %	+60	+30	+49

Antal narkotikarelaterade (narkomani) utskrivningar från slutenvården.

	Storstadslän	Övriga län	Totalt
1992	3 374	1 107	4 481
1998	4 630	2 330	6 960
Förändring i %	+37	+110	+55

Antal för första gången vårdade (narkomani) inom slutenvården.

	Totalt	Storstads- län	Övriga län	Opi- ater	Canna- bis	CS	-19 år	20- 25 år
1992	1 283	858	425	276	196	304	122	217
1998	1 996	1 179	817	454	202	353	239	417
Förändring i %	+56	+37	+92	+64	+3	+16	+96	+92