

# Förord

Under en lång rad av år har CAN samlat in data om förändringar i missbrukssituationen. Det har gjorts två gånger om året via rapportörer i ett 20-tal kommuner.

I sin roll som ansvarig myndighet för kontakterna med flera europeiska samarbetsorgan i narkotikafrågor har Statens folkhälsoinstitut upplevt ett ökat behov av tidig information om nya preparat och nya trender i drogutvecklingen. CAN och Statens folkhälsoinstitut samarbetar därför om detta och har utvecklat CANs tidigare regionala rapporteringssystem. Frågeformuläret har förändrats och nya rapportörer har tillkommit. Kapitlet ”Nya preparat på orten hösten 2004” har granskats av NADIS (Nätverket för den aktuella drogsituationen i Sverige), vilket är en arbetsgrupp med deltagare från Rikskriminalpolisen, Tullverket, Karolinska sjukhuset, Mini Maria Göteborg, Sahlgrenska sjukhuset, Dopinglaboratoriet, Statens Kriminaltekniska Laboratorium, Riksmedicinalverket, Livsmedelsverket, Giftinformationscentralen, Läkemiddelsverket, Folkhälsoinstitutet och CAN.

Den första datainsamlingen med det nya utvecklade systemet gjordes våren 2000. I föreliggande rapport redovisas resultaten från den nionde undersökningen, vilken gjordes våren 2004.

Vi tackar alla rapportörer som har medverkat och hoppas på ett fruktbart framtida samarbete även framgent för att kontinuerligt (två gånger om året) få en bild av aktuella förändringar i drogmönstret och förekomsten av nya droger.

Stockholm i juni 2004

Björn Hibell  
Direktör

# Innehåll

<b>Sammanfattande bedömning</b> .....	3
<b>1. Inledning</b> .....	4
<b>2. Några tolkningsproblem</b> .....	6
<b>3. Resultat</b> .....	7
Nya preparat på orten .....	7
Bedömning av förändringar i narkotikasituationen.....	11
<i>Förändringar av tungt och regelbundet missbruk samt tillfälligt bruk</i> .....	12
<i>Förändring i användningen av olika narkotiska preparat</i> .....	13
Förändringar i missbruket av andra droger .....	14
Förändringar i tillgången på narkotika samt priser på olika preparat.....	14
<i>Tillgången på narkotika</i> .....	14
<i>Förändringar i tillgången på andra narkotiska preparat</i> .....	16
<i>Förändringar i tillgången på svartsprit och anabola steroider</i> .....	16
<i>Priset på gatunivå</i> .....	16
Förändringar i missbruksmönstret.....	19
Förändringar i grupper som missbrukar narkotika .....	20
<i>Åldersgrupper</i> .....	20
<i>Könsperspektiv</i> .....	20
<i>Sociala grupper</i> .....	20
<i>Etniska grupper</i> .....	20
<i>Andra förändringar</i> .....	21
Förändringar i grupper som missbrukar alkohol.....	21
<i>Åldersgrupper</i> .....	21
<i>Könsperspektiv</i> .....	21
<i>Sociala grupper</i> .....	21
<i>Etniska grupper</i> .....	21
<i>Andra förändringar</i> .....	22
Förändringar i arbetssituationen .....	22
<b>4. Övrig information</b> .....	24
<b>Bilaga 1: Tabell 8-11</b> .....	25
<b>Bilaga 2: Metodfrågor</b> .....	35

## Sammanfattande bedömning

Nya droger, substanser och beredningar våren 2004, och som inte rapporterats tidigare, är 5-HTP, GABA, Hydromorfin, Iktorivil samt preparat med gatunamnen ”E-light”, ”So-we-sleep” och ”Somma-sleep”. Preparat och substanser som rapporterats tidigare, men är nya på vissa orter är 2C-B, 2C-I, Blå Valim, Butandiol, DxM, GBL, Efedrin, Fentanyler, Metamfetamin, PCP, Tradolan och Glade doft-spray.

Tendenserna visar att kokain ökat såväl i användning som tillgång. Annars är det vanligaste svaret bland kommunrapportörerna när det gäller användningen av narkotika att situationen varit relativt oförändrad för flertalet preparat under våren 2004. När det gäller ökning är det i första hand en ökning av antalet personer som använder cannabis, kokain samt amfetamin som äts eller dricks. De mest påtagliga förändringarna som rapporterats från länspolismyndigheterna är ett ökat missbruk av kokain och amfetamin som äts eller dricks.

Förhållandevis många uppgiftslämnare redovisar att det skett en ökning av alkoholmissbruket, att många ungdomar regelbundet berusar sig och att antalet unga flickor och vuxna med alkoholproblem har ökat.

När det gäller tillgången på narkotika är det, för flertalet preparat, en oförändrad situation. En ökad tillgång har i första hand rapporterats för amfetamin, kokain och hasch. Priserna på narkotiska preparat har redovisats i diagram från hösten 2000 till våren 2004. Priserna har varit relativt stabila för cannabis, amfetamin, kokain, brunt heroin, LSD och GHB. Priset på ecstasy har legat relativt stabilt tidigare, men sjönk något våren 2003 och har nu sjunkit ytterligare något. För vitt heroin har priserna varierat. De sjönk något under 2002, men är nu (våren 2004) på samma nivå som år 2000. Sett över en längre tidsperiod (1988-2003) har priserna sjunkit, efter justering med hjälp av konsumentprisindex.

Drygt en fjärdedel av rapportörerna har lämnat uppgifter om förändringar i missbruksmönstren. De förändringstendenser som rapporterats gäller i första hand ett ökat blandmissbruk, nya kombinationer och ett ökat experimenterande med droger. Ecstasy och kokain nämns ofta som exempel på kombinationer. Ecstasy blandas också med GHB eller LSD samt med alkohol + kokain. Kokain kombineras dessutom med cannabis + amfetamin + bensodiazepiner. Under fyra år i följd har det kommit indikationer på ökat heroinmissbruk bland unga.

De förändringar i arbetssituationen som skett på rapportörernas arbetsplatser är oftast att arbetsbelastningen ökat på grund av att antalet missbrukare har ökat eller på nya prioriteringar på förebyggande arbete, öppenvård och på nya behandlingsmetoder. Omfördelningar av resurser har lett till att färre missbrukare får vård, såväl LVM-vård som frivillig vård.

De tendenser som redovisas måste tolkas med stor försiktighet. Det är inte möjligt att säga om de förändringar som beskrivs utgör början på en utveckling på längre sikt eller om det rör sig om tillfälliga förändringar.

# 1. Inledning

Den 1 juli 1985 fick CAN regeringens uppdrag att följa drogutvecklingen i landet. I uppdraget ingick bland annat att utveckla ett regionalt rapporteringssystem. Målsättningen var att genom rapportörer i ett antal kommuner få en snabbare indikation på förändringar i missbrukssituationen än vad officiell statistik kan ge.

EU har genom en lag om ”Joint Action on the information exchange, risk assessment and the control of new synthetic drugs” (Joint Action) anmodat alla medlemsstater att utveckla ett rapporteringssystem för tidig upptäckt av nya syntetiska droger (Early Warning System). För att tillmötesgå detta rekonstruerades CANs rapporteringssystem våren 2000 i samarbete med Statens folkhälsoinstitut. Förutom den tidigare kommunala nivån finns numera också en länsnivå. Den kommunala rapporteringen omfattar 27 kommuner. I regel finns minst fem uppgiftslämnare per kommun (fler i storstäderna). Länsrapporteringen är ett komplement och spänner över hela landet. På denna nivå ingår Rikspolisstyrelsens kontaktmän i narkotikafrågor i alla län.

1985 ingick 15 kommuner i ett strategiskt urval, som bestod av storstäder samt några kommuner av olika storlek relativt jämnt fördelade över landet. De tilläggsurval som senare gjorts har utgått från tre kriterier; att de var befolkningsmässigt stora kommuner, att de var spridda över landet och att flertalet var högskole- eller universitetsanknutna. De kommuner som ingår redovisas i tabell 1. Där framgår också att polismyndigheten i samtliga län medverkar som rapportörer.

Eftersom urvalet av kommuner inte är slumpmässigt gör urvalet inte anspråk på att vara riksrepresentativt. Det strategiska urvalet torde dock med stor sannolikhet medföra goda möjligheter att förhållandevis snabbt fånga upp information om nya preparat och nya drogtrender.

Rapporteringstillfällena i CANs rapporteringssystem om droger (CRD) är mars och september. Våren 2000 fanns 207 utvalda rapportörer, hösten 2000 var de 215, våren 2001 212, hösten 2001 223, våren 2002 206, hösten 2002 209, våren och hösten 2003 207 samt våren 2004 204. Orsaken till det minskade antalet svarande i de senaste datainsamlingarna är att skolorna nu inte ingår och att vissa enheter slagits ihop eller lagts ned. Våren 2004 svarade 80 rapportörer inom socialtjänsten, 35 inom sjukvården, 49 inom polisen, 28 inom frivård/kriminalvård och 12 inom frivilligorganisationer.

**Tabell 1.** Kommuner och polismyndigheter i länen som ingår i rapporteringen till CRD.

---

<b>Kommuner:</b>	Huddinge Botkyrka Stockholm Solna Uppsala Linköping Norrköping Jönköping Växjö	Karlskrona Malmö Lund Helsingborg Varberg Göteborg Borås Örebro Surahammar	Västerås Falun Söderhamn Sundsvall Örnsköldsvik Östersund Umeå Lycksele Luleå
<b>Polismyndigheter:</b>	Stockholm Uppsala Södermanland Östergötland Jönköping Kronoberg Kalmar	Gotland Blekinge Skåne Halland Västra Götaland Värmland Örebro	Västmanland Dalarna Gävleborg Västernorrland Jämtland Västerbotten Norrbotten

---

Uppgifterna om drogsituationen insamlas genom att uppgiftslämnarna besvarar en enkät med frågor om eventuella förändringar i drogsituationen och tillgången på olika preparat under de senaste sex månaderna. Dessutom finns öppna frågor om förändringar i grupper som använder droger, om förändringar i missbruksmönster och en fråga om några nya narkotiska preparat börjat användas. Rapportörerna skall endast lämna uppgifter utifrån erfarenheter på den egna arbetsplatsen.

Frågeformulären var uppgiftslämnarna tillhanda den 1 mars 2004. Svaren skulle sändas till CAN inom två veckor. Påminnelser sändes ut den 18 mars. Då hade 47% av rapportörerna svarat. Telefon- respektive e-postpåminnelser startade den 19 april. Den 3 maj hade 81% svar inkommit. Nya påminnelser gav ytterligare 4%. Inrapporteringen avslutades den 11 maj. Då hade 169 personer besvarat enkäten. Fyra uppgiftslämnare utgick på grund av omorganisation eller på grund av att de inte kunde svara under våren. Svarsprocenten var således 85%.

Frågeformulären i CRD-systemet skickas till CAN via fax, varvid de automatiskt dataregistreras. Svaren på enkäten våren 2004 redovisas i denna rapport. De metodologiska problem som måste beaktas när svaren och resultaten tolkas diskuteras i kapitel 2 (Några tolkningsproblem) och i bilagan (Metodfrågor).

CANs rapporteringssystem om droger ska ses som ett komplement till andra informationskällor, t ex regionala och nationella kartläggningar, de reguljära skol- och mönstringsundersökningarna, andra drogvaneundersökningar samt statistik från polis, tull och övrigt rättsväsende. Eftersom data samlas in var sjätte månad från personer och institutioner som har kontaktytor långt ut på gräsrotsnivån, så torde möjligheterna vara goda att hitta tidiga indikationer på förändrade missbruksmönster eller nya preparat. Likaså bör det vara möjligt att följa hur nya droger sprids över landet.

## 2. Några tolkningsproblem

En sammanvägning av svaren från en kommun som gäller förändringar i missbruket och tillgången på olika preparat är problematisk, eftersom uppgiftslämnarna täcker olika delar av kommunen och att man därför till en del kan förvänta att svaren skiljer sig från varandra. Ett annat problem vid tolkningen av resultaten är hur uppgiftslämnaren upplever en ökning eller minskning av missbruket. Utgångspunkten för denna undersökning är dock att uppgiftslämnarna faktiskt rapporterar det som de har kännedom om genom sitt arbete.

Rapportörerna torde ha en god överblick över tendenser och trender, men trots det kan ”eventuella förändringar under 6 månader” upplevas som svåra att avgränsa tidsmässigt. Om man inte jämför svaren med informationen i rapporteringen sex månader tidigare finns sannolikt en risk för överrapportering. På vissa enheter görs årliga sammanställningar som uppgiftslämnaren går tillbaka till. På flertalet arbetsplatser sparas CRDs sexmånadersrapporter. Det blir då lättare att svara på förändringsfrågorna på ett tillförlitligt sätt. Om alla rapportörer utgår från den tidigare rapporteringen, bör uppgifterna leda till en mera säker redovisning.

Eftersom vissa uppgiftslämnare endast gjort en bedömning av läget i ett begränsat område, till exempel klienter inom en frivilligorganisation, en grupp dömda till skyddstillsyn eller ett socialdistrikt, kan det vara svårt att jämföra den med andra som kanske bedömt ett större ”område”.

Svaren från de 27 kommunerna respektive de 21 polismyndigheterna i länen redovisas separat. Vid tolkningen av svaren är det viktigt att hålla i minnet att frågorna är formulerade för att belysa förändringar och inte omfattningen av ett bruk/missbruk. Undersökningen syftar således inte till att mäta nivån på missbruket. ”Ökning” eller ”minskning” säger ingenting om nivåer. Om ett preparat inte förekommit tidigare i en kommun (t ex GHB), så kan en ökning från till exempel 1 till 6 missbrukare upplevas som stor, medan t ex en ökning av antalet heroinmissbrukare från 100 till 120 inte upplevs som ”lika stor”. Ett svar som t ex ”oförändrat” kan betyda att det varit en ökning fram till förra mätningen och att missbruket legat kvar på samma höga nivå. Det kan också betyda att det var en minskning i förra undersökningen och att situationen är oförändrad sedan dess.

Undersökningen gör inte anspråk på att vara representativ för landet som helhet. Med beaktande av det strategiska urvalet av kommuner torde det emellertid vara mer sannolikt att mer markanta trendbrott, liksom nya droger eller drogmonster, förekommer i de kommuner som medverkar än i andra kommuner. Detta utesluter emellertid inte att nya drogmonster eller nya preparat kan ”dyka upp” tidigare i andra kommuner än i dem som deltar i CRD-systemet.

### 3. Resultat

#### Nya preparat på orten våren 2004

Nedan redogörs för nya och redan kända men ändå relativt ovanliga preparat, substanser och beredningar som inrapporterats under våren 2004. Många av dem har även rapporterats i tidigare mätningar. Det är inte ovanligt att vi får uppgifter om nya preparat, substanser eller beredningar. Ibland betyder det att gamla kommit tillbaka och betraktas som nya, ibland är de nya på den aktuella orten. Rapporteringssystemet har på senare tid byggt in en kontrollrutin för att få tillgång till tillgänglig kunskap om de nya preparat som rapporteras. Detta görs genom att vi kontrollerar uppgifterna med olika myndigheter samt med laboratorier i landet som testar narkotiska preparat.

5-HTP, GABA, Hydromorfon och Iktorivil är de nya preparat som inte tidigare rapporterats till CANs rapporteringssystem om droger. Dessutom förekommer uppgifter om nya droger med gatunamnen ”E-light”, ”Somma-Sleep” och ”So-we-sleep”. De tre senare drogerna har vi inte fått verifierade. Uppgifterna om dem är därför mycket osäkra.

**5-HTP** (5-hydroxytryptofan) är ett naturläkemedel, som inte läkarförskrivs. Det uppges komma från frön från en afrikansk växt med namnet *Griffonia simplicifolia*. 5-HTP är en precursor (modersubstans) till L-tryptofan och serotonin. Medlet höjer serotoninivån i hjärnan. 5-HTP används vid depressioner, hjärtsjukdomar och som sömnmedel. I högre doser kan preparatet ge leverskador. Våren 2004 har det rapporterats från Jönköping, där det tas i tablettform av ungdomar under 25 år i ”technosammanhang”. Det påstås motverka ”gråhet” efter ecstasyintag.

**GABA** (gamma-aminosmörtsyra) är en av hjärnans viktigaste signalsubstanser. GABA har en hämmande effekt på nervsystemet. Bensodiazepiner och barbiturater aktiverar GABAs receptorer. GABA är en laglig vara. Preparatet förekommer i en del hälsokostpreparat. Med GABA som utgångssubstans kan man tillverka GBL/BD, vilket innebär att man kan förvänta sig att medlet blir en efterföljare till GBL/BD, som i sin tur blev efterföljare till GHB. GABA har rapporterats från två uppgiftslämnare i Karlskrona. Preparatet uppges ha liknande effekter som GHB.

**Hydromorfon** (dihydrokedeinon) är ett morfinderivat, som är narkotikaklassat enligt förteckning II. Det används inte som läkemedel i Sverige. Det rapporteras att heroinister har börjat använda medlet. Uppgifter om hydromorfon kommer från Umeå och Västerbottens län. Det lär finnas på flera håll i länet.

**Iktorivil** tillhör gruppen bensodiazepiner. Den aktiva substansen är Klonazepam, ett antiepileptikum. Iktorivil är ett läkemedel mot epileptiska anfall. Det finns som tablett eller droppar. Symtomen kan vara yrsel och trötthet. Det rapporteras att medlet används av narkotika- och alkoholmissbrukare. Iktorivil har rapporterats från Borås.

Vidare nämns ”**E-light**” som är en grön gelé, vilken läggs i drinkar. Uppgiften kommer från Jönköping. ”**So-we-sleep**” är en vätska, som intas oralt. Det uppges att den är mycket stark och GHB-liknande. Rapporteringen kommer från Jönköping. ”**Somma-sleep**” (eller ”Soma-Sleep”). Soma är en gammal indisk berusningsdryck från växtriket. Preparatet påstås av rapportören vara ett slanguttryck för en blandning av Butandiol och saft och påstås ej vara detsamma som ett preparat med samma namn som finns i USA. Rapporteringen kommer från Borås. Dessa medel har som tidigare nämnts inte varit möjliga att kontrollera.

**2C-B** (BDMPEA, 4-Bromo-2,5-dimethoxyphenethylamine) är klassat som hälsofarlig vara. Den tillhör gruppen fenylamider. Den är en psykedelisk och toxicogen drog som syntetiserades 1974. Effekterna påminner om en blandning av amfetamin och ecstasy. LSD-liknande symtom har också rapporte-

rats. 2CB kan framkalla förvirringsreaktioner. Det är ett vitt pulver som pressats till tabletter eller förekommer i kapslar. De är präglade med olika tecken. Det vanligaste intagnings sättet är att det sväljs eller snusas. Injektion och rökning kan förekomma, men är sällsynt. Slanguttryck för 2CB är Bromo, Eve, Herox, Venus och Zenit. 2C-B har under våren 2004 rapporterats från Göteborg. Tidigare har 2C-B inrapporterats från Stockholms, Linköpings och Örebro kommuner samt från Örebro länspolis myndighet. Från Örebro rapporterades att det främst har påträffats hos ecstasyanvändare. Från Linköping meddelades att 2C-B används av personer som regelbundet missbrukar andra droger.

**2C-I** (4-jod-2,5-dimetoxifenetylamin) klassificerades som narkotika våren 2004. 2C-I har strukturella likheter med 2C-B. Enda skillnaden är att en brom i 2C-B är ersatt med en jod i 2C-I. 2C-I är en hallucinogen med verkningar som påminner om ecstasy. Risker med 2C-I är hallucinationer, vidgade pupiller och medvetlöshet. Det tar relativt lång tid innan effekten märks (ca 90 min). Risken är därför stor att personen blir otålig och tar mer av substansen innan effekten kommit och därför överdoserar. 2C-I har rapporterades från Jönköping såväl hösten 2003 som våren 2004.

**Blå Valium** är ett samlingsnamn på olika 10 mg diazepamtabletter. Laboratorier får ofta in olika sorters blå tabletter innehållande diazepam och sannolikt är det dessa som kallas "Blå Valium". De aktuella tabletterna är blå till färgen, men har olika märkning, t ex Siam/10, TP/10, APO/10, HK/10, MANO/10, TMN/10 och BDRUG/10. Av märkningen "10" som ofta förekommer kan man anta att det handlar om 10 mg diazepam per tablett. Blå Valium har rapporterats från Umeå och tidigare från Stockholm, där yngre missbrukare uppges ha använt preparatet.

**Butandiol** (1,4-Butandiol), som också kallas Pro-G eller BD, används som lösningsmedel vid framställning av plaster, vissa kemikalier och inom den farmaceutiska industrin. Butandiol är inte narkotikaklassat. Det är en färglös vätska, som dricks i kapsyler, ofta tillsammans med läsk, vanligtvis av ungdomar. Butandiol ersätter GHB i berusningssyfte. Butandiol omvandlas i kroppen till GHB, vilket i sin tur fungerar som signalsubstans i de centrala delarna av hjärnan och verkar därmed dämpande på centrala nervsystemet. Riskerna för överdoser och skador är desamma oavsett om man använt butandiol, GHB eller GBL. Symtomen kommer snabbt (inom några minuter efter injicering och efter 15-30 minuter efter oralt intag) och domineras av illamående, slöhet, sänkt hjärt- och andningsfrekvens samt medvetlöshet. Symtomen är ofta snabbt övergående (inom timmar). Det finns risk för abstinenssymtom och vid längre tids användning högt blodtryck, delirium och hallucinationer. Vid "egen tillverkning" av GHB finns risk för allvarliga frätskador i munhåla, svalg, matstrupe och magsäck. Våren 2004 har butandiol rapporterats från Göteborg och Södermanland. Tidigare har det rapporterats från Uppsala och Örnsköldsvik. Vid en specialenkät som CAN genomförde under år 2000 svarade 14% av uppgiftslämnarna att Pro-G förekom men att det var ovanligt. Dessa rapporteringar kom från Östergötlands, Kalmar, Blekinge, Västra Götalands och Örebro län samt från Huddinge, Stockholms, Norrköpings, Malmö, Lunds, Varbergs, Göteborgs, Örebro, Västerås, Falun och Sundsvall. Insatser mot Pro-G hade gjorts i Kronobergs och Blekinge län samt i Växjö, Varberg och Borås.

**DxM** (Dextrometorfan eller dextrometorfanhydrobromid) är inte narkotikaklassad och ingår i hostmediciner i många EU-länder. Tidigare ingick det i Sverige i de hostdämpande preparaten Extuson och Tussidyl. DxM dricks, men finns också i kapslar och tabletter. DxM kan ge upphov till yrsel, slöhet, oro, hallucinationer, kramper, medvetlöshet och andningsstillestånd. Preparatet har våren 2004 rapporterats från Göteborg. Tidigare kom uppgifter om DxM våren 2001 från två uppgiftslämnare i Jönköping, hösten 2002 från Jönköping och våren 2003 från Linköping. Hösten 2003 kom rapporter från Stockholm och länspolis myndigheten i Stockholm.

**GBL** (Gammabyturolakton) är en modersubstans (prekursor) till GHB. GBL omfattas inte av de förbud som gäller för narkotika eller hälsofarliga varor. GBL är en färglös vätska med besk smak. GBL förvandlas till GHB i kroppen, vilket i sin tur fungerar som signalsubstans i de centrala delarna av hjärnan och gör användaren påverkad. GBL har våren 2004 rapporterats Borås och Södermanland. Preparatet dök upp i rapporteringssystemet våren 2000 och har därefter förekommit i alla rapporteringar.



**Efedrin** kommer från växten Ephedra. Efedrin är en substans som inte är narkotikaklassad. Efedrin består av vita tabletter eller kapslar (Ephedra super caps), vilka intas oralt. Efedrin har en amfetaminliknande, uppiggande effekt. Medlet används enligt uppgifter bl a av personer som styrketränar, av flickor som bantar och av kroganställda i nattarbete. Under våren 2003 har Efedrin/Ephedra rapporterats från Göteborg, Borås och Stockholm. Våren 2004 rapporterades Efedrin från Huddinge och Falun. Under våren och hösten 2002 rapporterades Efedrin från Stockholm. Hösten 2001 inkom rapporter om Efedrin från Stockholm och Västerås och hösten 2000 från Borås och Västerås samt från länspolismyndigheten i Kalmar.

**Fentanyler** är en typ av syntetisk narkotika med opiatliknande effekter, som används vid kirurgiska ingrepp. I Sverige finns fentanyl som aktiv substans i läkemedel som injektionslösning, tabletter och i plåster. Vid missbruk ger fentanyler en påverkan som påminner om heroinets effekter. Det finns över tusen olika fentanyler, men bara tio är narkotikaklassade. På den illegala marknaden finns fentanylberedningar med beteckningar som "China White" och "Krokodil". Fentanyler har kort verkningstid. Effekten av fentanyler vid missbruk är minst 20 ggr kraftigare än heroin och minst 100 ggr kraftigare än morfin. Den "normala" missbruksdosen är ca 50 mikrogram, vilket motsvarar storleken på en kristall av normalt bordsalt. Den kraftiga effekten gör det svårt att späda den till en koncentration som motsvarar en "normal missbrukardos". Om preparatet inte späds tillräckligt riskerar personen en livsfarlig överdos. Fentanylförgiftning resulterar ofta i andningsstillestånd. En okänd variant av fentanyl användes som gas vid fritagningen av gisslan på en teater i Moskva, där många avled av gasen. Fentanyl kan sväljas, injiceras eller appliceras på huden.

Ett nytt missbrukssätt av fentanyler är användning av det smärtstillande plåstret **Durogesic**. Det uppges att ångorna inandas vid öppnandet av förpackningen. Därefter sticks hål på huden och plåstret sätts på. Fentanyl har våren 2004 rapporterats från Stockholm, Huddinge, Norrköping (som "China White"), Umeå, Sundsvall, Jönköping och från Västernorrlands län. Hösten 2003 rapporterades Fentanyl av tio uppgiftslämnare i fyra kommuner och ett län, nämligen Sundsvall (4 uppgiftslämnare), Stockholm (fyra uppgiftslämnare), en uppgiftslämnare vardera i Botkykra och Varberg samt länspolismyndigheten i Västernorrland. Fentanyl rapporterades våren 2003 av sju uppgiftslämnare i fyra kommuner. Tre uppgiftslämnare i Uppsala (kommunen och länspolismyndigheten) har angett att Fentanyl används som plåster (Durogesic). Från Stockholms kommun och Stockholms länspolismyndighet samt Solna och Umeå kommuner rapporterades Fentanyl som ett vitt pulver som injiceras av heroinmissbrukare. Preparatet dök först upp i CRD-systemet hösten 2001 i Stockholm under namnet "Krokodil" och våren 2002 kom en rapportering från Varberg.

**Metamfetamin** har funnits i Sverige i över 20 år, men dyker upp i vågor. Metamfetamin är ett narkotikaklassat centralstimulerande medel. Det är ett vitt pulver som injiceras eller intas oralt. Det finns även uppgifter om att det finns som kristaller. Det kan ha både hallucinogena och stimulerande effekter, med kraftigare effekt än amfetamin. Under våren 2004 har metamfetamin rapporterats från Uppsala, Göteborg, Stockholm och Gotland. Tidigare rapporterades metamfetamin från Stockholm under hösten och våren 2003, under 2002 från Jönköping och Umeå samt Värmlands län. Våren 2001 samt under 2000 kom rapporter från Söderhamns, Uppsala och Örebro kommuner samt från Östergötlands och Uppsala län.

**PCP** (fencyklidin) är ett narkotikaklassat hallucinogent preparat. Det är egentligen ett bedövningsmedel inom veterinärmedicinen, vilket av missbrukare fått många namn, t ex "ängladamm". PCP är ett vattenlösligt, kristalliskt, vitt pulver som är kemiskt framställt. PCP, som finns som tablett och pulver, kan intas genom munnen, rökas, sniffas eller injiceras. PCP har våren 2004 rapporterats från Malmö och hösten 2001 från Karlskrona och samtidigt troligtvis även från Stockholm, där en uppgiftslämnare uppger "hästbedövningsmedel". I Karlskrona fann man det blandat med läsk och alkohol.

**Subutex** (buprenorfin) är narkotikaklassat och används inom sjukvården för behandling av opiatmissbruk. Den används huvudsakligen för underhållsbehandling vid heroinberoende för att dämpa drogsugget och samtidigt blockera effekten av heroin vid eventuella återfall. Subutex intas oralt eller via injektion. Den säljs även illegalt. Främst används den då av opiatmissbrukare för självmedicinering. Ibland

används den i kombination med amfetamin eller cannabis. Under våren 2004 har illegal användning av Subutex (som inhandlas på "gatan") rapporterats från Göteborg, Huddinge, Västerås, Örnsköldsvik, Luleå och Sundsvall (2 uppgiftslämnare). Hösten 2003 kom uppgifter från Umeå (2 uppgiftslämnare), Sundsvall, Söderhamn, Stockholm, Jönköping, Göteborg och Malmö samt från Västerbottens län. Våren 2003 kom motsvarande uppgifter från Hudiksvall, Uppsala, Jönköping, Linköping, Örebro, Solna och Stockholm. Hösten 2002 rapporterades illegal användning från Stockholm (4 uppgiftslämnare), Huddinge (2 uppgiftslämnare), Söderhamn (2 uppgiftslämnare), Malmö och Norrköping. I tidigare undersökningar har det även rapporterats från Stockholm, Huddinge, Botkyrka, Helsingborg, Jönköping, Uppsala, Solna och Hudiksvall samt från Värmlands och Uppsala län.

**Tradolan** är en icke narkotikaklassad smärtstillande substans (opioidanalog) som finns i Nobligan och Tiarol. Det är ett läkemedel för akut och kronisk smärta. Missbruk av Tradolan har förekommit i landet, men preparatet förefaller oattraktivt jämfört med andra opioider (samlingsnamn för ämnen med smärtstillande effekt på centrala nervsystemet). Missbruk av Tradolan har våren 2004 rapporterats från Sundsvall och hösten 2002 från Uppsala.

I övrigt anges även under våren 2004 att **Glade doftspray** (sniffning av drivgasen butan/propan som ger risk för medvetlöshet och eventuellt hjärtstillestånd) används i missbrukssammanhang Rapporteringen kommer från Jönköping och har tidigare rapporterats hösten 2003.

## Bedömningar av förändringar i narkotikasituationen

Ett av syftena med undersökningen är att urskilja nya tendenser i narkotikautvecklingen sex månader tillbaka från datainsamlingstillfället, d v s hösten 2003.

Av tabell 2 framgår svaren från samtliga 27 kommuner, och av tabell 3 redovisningen från samtliga 21 länspolismyndigheter, om förändringar i användningen av olika droger. En nedbrytning i respektive kommuner och län finns i tabellerna 8 och 10 i bilaga 1. I tabellerna har ”stor ökning” och ”viss ökning” slagits ihop, liksom ”stor minskning” och ”viss minskning”. Tolkningen av svaren måste ske med stor försiktighet, eftersom det primärt rör sig om enskilda personers bedömningar av aktuella tendenser.

I tabell 2 presenteras resultaten uträknade i procent. De är baserade på svaren från de 147 uppgiftslämnarna i kommunrapporteringen. Av svaren framgår att det är en större andel som uppger att läget är oförändrat än att en ökning eller minskning skett. För samtliga preparat utom LSD är det fler rapportörer som redovisat en ökning jämfört med antalet som har uppgett en minskning. Som nämnts ovan finns det dock en risk för överrapportering, eftersom det ofta är svårt att veta när en ökning börjar, även om man jämför med en rapportering för sex månader sedan. ”Vet-ej”-svar förekommer oftare för vissa preparat, vilket kan indikera att preparatet inte förekommer i någon större omfattning.

**Tabell 2.** Förändringar under de senaste 6 månaderna när det gäller personer som använder narkotika samt andra droger (lösningsmedel, lugnande medel/sömnmedel, anabola steroider och alkohol). Procent av uppgiftslämnarna i kommunerna (147 uppgiftslämnare).

	Före- kommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minskning	Vet ej	Procent
Tungt narkotikamissbruk*	–	28	58	3	10	99
Regelbundet narkotikamissbruk**	–	35	56	1	8	100
Tillfälligt narkotikamissbruk***	–	33	46	1	20	100
Använder cannabis	–	37	53	3	7	100
Injicerar amfetamin	1	11	72	3	12	99
Intar amfetamin på annat sätt	–	28	55	1	15	99
Injicerar heroin	7	16	57	5	15	100
Röker heroin	5	16	52	5	23	101
Använder kokain	4	24	47	1	24	100
Använder ecstasy	–	20	49	5	26	100
Använder kat	12	5	24	1	58	100
Använder LSD	6	4	39	5	46	100
Använder GHB	7	11	26	7	49	100
Sniffar lösningsmedel	9	13	30	5	43	100
Missbrukar lugn/sömnmedel	–	24	57	2	17	100
Missbrukar anabola steroider	1	8	46	3	42	100
Missbrukar alkohol	–	32	55	1	12	100
Ungdomar som berusar sig	–	28	41	1	30	100

\* Tungt narkotikamissbruk = allt missbruk av narkotika där injektion förekommit, samt allt övrigt dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika.

\*\* Regelbundet narkotikamissbruk = använt narkotika någon/några gånger per månad – någon/några gånger per vecka och där intagningssättet är annat än injektion.

\*\*\* Tillfälligt narkotikamissbruk = använt narkotika någon/några gånger

**Tabell 3.** Förändringar under de senaste 6 månaderna i länen när det gäller antal personer som använder narkotika samt andra droger (lösningsmedel, lugnande medel/sömnmedel, anabola steroider och alkohol). Uppgifter (absoluta tal) från rapportörer i de 21 länspolismyndigheterna (lpm).

	Före- Kommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minskning	Vet ej	Antal lpm
Tungt narkotikamissbruk*		7	12	2	–	21
Regelbundet narkotikamissbruk**	–	10	11	–	–	21
Tillfälligt narkotikamissbruk***	–	10	8	–	3	21
Använder cannabis	–	7	13	–	1	21
Injicerar amfetamin	–	3	15	2	1	21
Intar amfetamin på annat sätt	–	7	13	–	1	21
Injicerar heroin	1	6	12	–	2	21
Röker heroin	1	4	11	2	2	20
Använder kokain	2	10	7	–	2	21
Använder ecstasy	–	6	10	3	1	21
Använder kat	1	1	11	–	8	21
Använder LSD	2	–	8	2	9	21
Använder GHB	1	2	6	3	8	20
Sniffar lösningsmedel	–	1	11	–	8	20
Missbrukar lugn/sömnmedel	–	3	15	–	2	20
Missbrukar anabola steroider	–	9	7	–	4	20
Missbrukar alkohol	–	4	14	–	2	20
Ungdomar som berusar sig	–	4	12	1	3	20

\* Tungt narkotikamissbruk = allt missbruk av narkotika där injektion förekommit, samt allt övrigt dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika.

\*\* Regelbundet narkotikamissbruk = använt narkotika någon/några gånger per månad – någon/några gånger per vecka och där intagningsättet är annat än injektion.

\*\*\* Tillfälligt narkotikamissbruk = använt narkotika någon/några gånger

### *Förändringar av tungt, regelbundet och tillfälligt narkotikamissbruk*

Många uppgiftslämnare från kommunerna rapporterar att ingen förändring skett när det gäller tungt, regelbundet och tillfälligt narkotikabruk jämfört med hösten 2003.

Fler än hälften av kommunernas uppgiftslämnare har uppgett att det **tunga narkotikamissbruket** har varit oförändrat våren 2004, medan drygt en fjärdedel bedömt att det ökat (tabell 2), framför allt i Helsingborg, Örebro, Surahammar och Söderhamn, där fler än hälften av uppgiftslämnarna uppgett en ökning. Sju länspolismyndigheter har rapporterat en ökning och 12 att läget är oförändrat (tabell 3).

Drygt en tredjedel av kommunrapportörerna har redovisat att det **regelbundna narkotikamissbruket** har ökat och drygt hälften har bedömt att det är oförändrat. Ökningar kan främst ses i Göteborg och Örebro, där fler än hälften av rapportörerna angett en ökning. Tio av länspolismyndigheterna har uppgett en ökning, medan 11 svarat att situationen är oförändrad.

En tredjedel av kommunrapportörerna har redovisat en ökning när det gäller det **tillfälliga bruket** av narkotika, medan nästan hälften har bedömt att det är oförändrat. I Jönköping och Östersund har fler än hälften av uppgiftslämnarna uppgett att en ökning skett. Tio av 21 länspolismyndigheter har svarat att en ökning skett och 8 har rapporterat en oförändrad situation.

## *Förändringar i användningen av olika narkotiska preparat*

Undersökningen syftar inte till att mäta exakta förändringar eller bedöma nivån på missbruket av olika preparat. För flertalet enskilda preparat är det fler uppgiftslämnare i kommuner och län som redovisat en oförändrad situation eller att de inte vet jämfört med antalet som svarat att användningen av ett preparat ökat eller minskat (tabellerna 2, 3, 8 och 10).

Inom många av de enskilda kommunerna finns inga enhetliga svar. Detta är inte oväntat eftersom många inte rapporterar om förhållandena inom hela kommunen, utan bara från den begränsade del man har erfarenhet av från den egna arbetsplatsen. Sammantaget kan resultatet givetvis bli att såväl ökning, minskning och oförändrade förhållanden rapporteras från samma kommun. Från flera kommuner rapporteras också ökning, ingen förändring och vet ej på nästan samtliga preparat (tabell 8). Minskningar rapporteras dock sällan.

Nedan görs en översikt över de redovisade förändringarna i användningen av olika narkotiska preparat. Vid läsningen bör man ha i åtanke att kommunerna är av mycket varierande storlek. Stockholm, Göteborg och Malmö har t ex många missbrukare och många rapportörer (bland annat är socialtjänsten uppdelad på stadsdelar), medan t ex Surahammar och Lycksele har få missbrukare och få uppgiftslämnare.

Kommunernas uppgiftslämnare rapporterar oftast att läget är **oförändrat** sedan hösten 2003. I Lund, Borås, Söderhamn och Lycksele (små kommuner) uppger t ex samtliga rapportörer att situationen är oförändrad för cannabis. I Lund uppger samtliga att situationen för injektion och rökning av heroin är oförändrad och i Umeå anger samtliga att situationen är oförändrad för injektion av heroin. I Borås anger samtliga att situationen är oförändrad för kokain. I Linköping, Jönköping, Västerås, Falun, Lund och Söderhamn rapporterar samtliga om en oförändrad situation för injektion av amfetamin och om oförändrad situation för Lund, Örebro och Lycksele när det gäller amfetamin som används på annat sätt än injektion.

I de fall ökning redovisats är det främst en **ökad** användning av cannabis, följt av amfetamin som intas på annat sätt än injicering samt ökning av kokain. I Stockholm har fler än hälften angett en ökning av cannabismissbruket och från flera rapporteras att ökningen är stor. I Jönköping har fler än hälften svarat att amfetamin som äts eller dricks har ökat. Kokain har angetts öka av fler än hälften av rapportörerna i Stockholm och Botkyrka. Från Örebro rapporteras en ökning av GHB av samtliga rapportörer.

Få uppgiftslämnare uppger att ett preparat har **minskat** i användning. Det vanligaste är GHB, för vilket 7% har svarat att det skett en minskning. Endast någon rapportör i åtta kommuner rapporterar en minskning av GHB. I Östergötland, Jönköping och Örebro har länspolismyndigheterna rapporterat en minskning av GHB. Fem procent har svarat att användningen av vardera ecstasy, LSD, injektion och rökning av heroin har minskat. I Norrköping har fler än hälften angett att rökning av heroin har minskat.

**Vet ej-svar** förekommer relativt ofta för vissa preparat. Som redan nämnts kan det bero på att preparatet inte förekommer bland klienterna/patienterna inom den svarandes arbetsområde. Det kan också bero på omorganisationer och personalbyten, vilket lett till att man har sämre kunskap om klienternas drogvanor. Kunskapen är överlag störst när det gäller användningen av cannabis, amfetamin, heroin och minst för mer sällsynta preparat som kat, LSD och GHB. Socialtjänsten har en större andel ”vet-ej”-svar än övriga myndigheter på samtliga preparat. Polisen har minst ”vet-ej”-svar, följt av sjukvården, frivården och frivilligorganisationerna.

Rapporteringen från polismyndigheterna i länen överensstämmer i stora drag med kommunrapporteringen. I första hand är det kokain som anges öka i länspolismyndigheternas rapportering, följt av cannabis samt amfetamin som intas på annat sätt än injektion.

**Sammanfattningsvis** kan konstateras att användningen av cannabis, amfetamin (som inte injiceras) och kokain är det som våren 2004 i första hand har angetts på ökningssidan. Ecstasy tillhör inte längre de preparat som ökat i användning senaste halvåret. I Jönköping tycks det finnas tendenser till en ökning av narkotikamissbruket. Där rapporterar fler än hälften av uppgiftslämnarna en ökning av tungt missbruk och missbruk av amfetamin som äts eller dricks, heroin som röks samt kokain och ecstasy. Vidare kan konstateras att ”vet-ej”-svaren blivit vanligare inom socialtjänsten.

## **Förändringar i missbruket av andra droger**

Med andra droger avses lösningsmedel, lugnande medel/sömnmedel, anabola steroider (AAS) och alkohol. Kommunrapporteringen framgår av tabellerna 2 och 8 och länsrapporteringen av tabellerna 3 och 10.

Resultaten visar att fler än tidigare anger att antalet personer som missbrukar alkohol har ökat. 32% av uppgiftslämnarna i kommunerna rapporterar en ökning av alkoholmissbruket. I Stockholm, Solna och Surahammar anger fler än hälften av uppgiftslämnarna att antalet personer som missbrukar alkohol har ökat. 28% rapporterar en ökning av ungdomar som berusar sig.

En fjärdedel av kommunrapportörerna uppger att antalet personer som missbrukar lugnande medel/sömnmedel har ökat. I Västerås och Falun uppger flertalet att missbruket ökat. Det är dock fler (57%) som uppger att läget är oförändrat. Det kan vara värt att notera att fler ansåg att detta missbruk ökade våren 2003, vilket i vissa fall kan innebära att en oförändrad situation i den senaste undersökningen betyder att man ”ligger kvar på” en högre nivå än tidigare.

Resultaten visar vidare att sniffning av lösningsmedel, bensin eller butangas är något som uppträder sporadiskt i någon kommun. Våren 2004 har det inte skett några betydande förändringar i någon särskild kommun. Situationen syns också vara relativt oförändrad när det gäller missbruket av anabola steroider.

Rapporteringen från länspolismyndigheterna avviker från kommunernas rapportering. Det gäller i första hand för anabola steroider, för vilket 9 av 20 länspolismyndigheter redovisar en ökning.

## **Förändringar i tillgången på narkotika samt i priserna på olika preparat**

### *Tillgången på narkotika*

Sambandet mellan missbruket av ett preparat och tillgången på preparatet är inte självklart. En ökad tillgång behöver inte betyda att missbruket ökat. Det kan, tvärtom, tyda på att efterfrågan minskat. Under våren 2004 finns ett visst samband mellan förändringar i användningen och tillgången på olika droger. I denna undersökning (våren 2004) är det i första hand tillgången på amfetamin, hasch, kokain och heroin som röks som uppgetts ha ökat under de senaste sex månaderna.

Kunskapen om tillgången är lägre än kunskapen om användningen av narkotika. Det förekommer betydligt fler ”vet-ej”-svar på frågan om tillgången ökat eller minskat än på frågan om förändringar i antalet personer som använder olika narkotiska preparat. Andelen ”vet-ej”-svar är lägre i denna undersökning än i rapporteringen hösten 2003. Socialtjänsten har den största andelen ”vet-ej”-svar av alla inrapporterande myndigheter. Det gäller alla preparat utom marijuana, ecstasy och GHB, där frivården har flest ”vet-ej”-svar. Det beror sannolikt på att de är utpräglade ungdomsdroger. Polisen har bäst kännedom om tillgången på samtliga preparat. Även sjukvården och frivilligorganisationerna har tämligen god kännedom om tillgången. Orsaken till att socialtjänsten har liten kunskap om tillgången på

narkotiska preparat kan bero på att den aspekten inte har så hög aktualitet samt eventuellt på omorganisationer och byte av personal.

För samtliga preparat gäller att många uppgiftslämnare i kommunerna rapporterat en **oförändrad** situation eller att de saknar kunskap om eventuella förändringar (tabell 4). Liksom i de tidigare rapporteringarna är förekomsten mer ovanlig av kat, LSD och GHB. Redovisningen från de enskilda kommunerna framgår av tabell 9 i bilaga 1.

De **ökningar** som dock rapporteras tyder på att det i första hand är för amfetamin, och därefter kokain och hasch, som tillgången har ökat. En dryg fjärdedel av kommunrapportörerna har uppgett öknings av amfetamin. I Örebro, Surahammar och Sundsvall har fler än hälften av uppgiftslämnarna uppgett en ökning. Kokaintillgången har uppgetts öka enligt en femtedel av rapportörerna. En så hög siffra för kokain har inte förekommit tidigare i rapporteringssystemet. I Norrköping har alla, och i Örebro fler än hälften, uppgett en ökning för kokain. Även öknings av tillgången på hasch har redovisats av en femtedel av kommunrapportörerna.

Rapporteringen från polismyndigheterna överensstämmer i stort sett med kommunrapporteringen (tabell 5). Nio av 21 länspolismyndigheter rapporterar att tillgången av amfetamin har ökat och lika många att tillgången på kokain har ökat.

**Tabell 4.** Förändringar under de senaste 6 månaderna i tillgången på narkotiska preparat och andra droger. Procent av uppgiftslämnarna i kommunerna (147 uppgiftslämnare).

	Förekommer ej	Ökad tillgång	Oförändrad tillgång	Minskad tillgång	Vet ej	Procent
Hasch	–	20	61	1	18	100
Marijuana	–	13	51	1	36	101
Vitt heroin	5	9	39	3	44	100
Brunt heroin	5	14	35	5	42	101
Amfetamin	–	24	54	3	19	100
Kokain	3	20	38	1	38	100
Ecstasy	–	16	45	4	36	101
Kat	8	5	17	2	68	100
LSD	3	3	27	3	64	100
GHB	5	9	17	6	64	101
Anabola steroider	–	9	26	1	64	100
Svartsprit	–	25	36	1	37	99

**Tabell 5.** Förändringar under de senaste 6 månaderna i tillgången på narkotiska preparat och andra droger. Uppgifter (absoluta tal) från rapportörer i de 21 länspolismyndigheterna (lpm) i landet.

	Förekommer ej	Ökad tillgång	Oförändrad tillgång	Minskad tillgång	Vet ej	Antal lpm
Hasch	–	6	15	–	–	21
Marijuana	–	3	17	–	1	21
Vitt heroin	1	2	10	–	8	21
Brunt heroin	1	4	10	2	4	21
Amfetamin	–	9	12	–	–	21
Kokain	1	9	7	–	3	21
Ecstasy	–	6	14	1	–	21
Kat	1	–	10	–	10	21
LSD	2	1	6	3	9	21
GHB	1	2	4	5	9	21
Anabola steroider	–	7	11	–	3	21
Svartsprit	–	7	8	1	5	21

#### *Förändringar i tillgången av andra narkotiska preparat*

Det finns en möjlighet för uppgiftslämnarna att ange preparat som inte finns angivna i frågeformuläret. Våren 2004 har ökningar i tillgången i första hand redovisats för Subutex som säljs på ”svarta marknaden” samt fentanyl och enstaka preparat. 23 uppgiftslämnare i 16 kommuner över hela landet har uppgett att tillgången på illegalt Subutex har ökat. Som exempel på andra droger nämns DxM, 2C-B, efedrin, flytande morfin, morfintabletter, GBL och svampar.

#### *Förändringar i tillgången på svartsprit och anabola steroider*

Med svartsprit menas smuggelsprit och hembränd sprit. De flesta uppgiftslämnarna i kommunerna (tabellerna 4 och 9) och länen (tabellerna 5 och 11) redovisar en oförändrad tillgång på svartsprit eller att de inte vet något om hembränd och smuggling. En fjärdedel av kommunernas och 7 av de 21 länspolismyndigheternas uppgiftslämnare rapporterar en ökad tillgång på svartsprit. I Norrköping och Örebro rapporterar samtliga uppgiftslämnare en ökad tillgång på svartsprit och i Jönköping fler än hälften av uppgiftslämnarna.

Många som arbetar med drogfrågor kommer inte i kontakt med anabola steroider i sitt arbete. I länen rapporterar 7 av 21 polismyndigheter en ökning av tillgången på anabola steroider och i kommunerna rapporterar 9% en ökning, 26% att tillgången är oförändrad och 64% att de inte vet.

#### *Priset på gatunivå*

Narkotikapriserna på gatunivå varierar beroende på tillgång och efterfrågan. I tabellerna 6 (kommunerna) och 7 (länen) återfinns de genomsnittsvärden (medel- och medianvärden) som angetts samt minimi- och maximipriser. Dessutom redovisas förändringarna sedan förra rapporteringen.

Priset på gatunivån är inte känt av alla uppgiftslämnare. Polisen har bäst kännedom om priser. Uppgifterna gäller normalmängd vid överlåtelse. Ibland baserar sig beräkningarna på svaren från relativt få respondenter (gäller främst kat). Bästa kännedom har man om hasch, amfetamin och ecstasy. Variationerna i pris är ibland relativt stora, tillgången varierar och det kan vara svårt för andra än langare och köpare att hålla reda på priserna. Uppgifterna bör därför tolkas med stor försiktighet.



Skillnaderna i priser på olika narkotiska preparat är uträknade efter en jämförelse med de priser som rapporterades in hösten 2003. Av tabell 7 framgår av medianvärdena att länsrapportörerna redovisat en ökning av priset på brunt heroin med 200 kronor/gram. Av länsrapporteringen framgår också att priset på kokain ökat med 100 kr/g och att ecstasy uppges ha sjunkit något i pris sedan förra rapporteringen, hösten 2003.

Priserna på narkotiska preparat varierar över landet och inom kommunerna. Länspolismyndigheternas prisuppgifter visar att Gotland och Uppsala län har det lägsta priset på hasch. Uppsala län har även det lägsta priset på amfetamin. Stockholms län har det högsta priset på hasch. Från Jönköpings län rapporteras det lägsta priset på brunt heroin. I Värmland finns det högsta priset på brunt heroin och i Örebro län de högsta priserna på både vitt och brunt heroin. Västerbotten har de högsta priserna på brunt heroin, amfetamin och ecstasy. I Västra Götaland finns det lägsta priset på kokain och från Östergötland och Halland rapporteras de högsta. Kronoberg anger det lägsta priset på ecstasy. Även Skåne anger det lägsta priset på ecstasy, men också det högsta på kokain.

**Tabell 6.** Genomsnittspriserna på narkotiska preparat under mars 2004 redovisade av uppgiftslämnarna i kommunerna.

		Medelvärde	Medianvärde	Variation Kronor	Antal svar	Skillnad höst/vår median kr
Hasch	kr/gram	86	80	30-300	68	–
Marijuana	kr/gram	81	80	30-150	44	–
Vitt heroin	kr/gram	1.787	1.500	550-4.000	39	–
Brunt heroin	kr/gram	1.163	1.000	275-4.000	40	–
Amfetamin	kr/gram	232	200	70-500	70	-50
Kokain	kr/gram	860	800	500-1.500	44	-100
Ecstasy	kr/tablett	118	100	15-200	50	–
Kat	kr/knippta	175	215	20-300	10	-10
LSD	kr/tripp	108	100	50-250	24	–
GHB	kr/kapsyl	37	30	20-50	11	+6

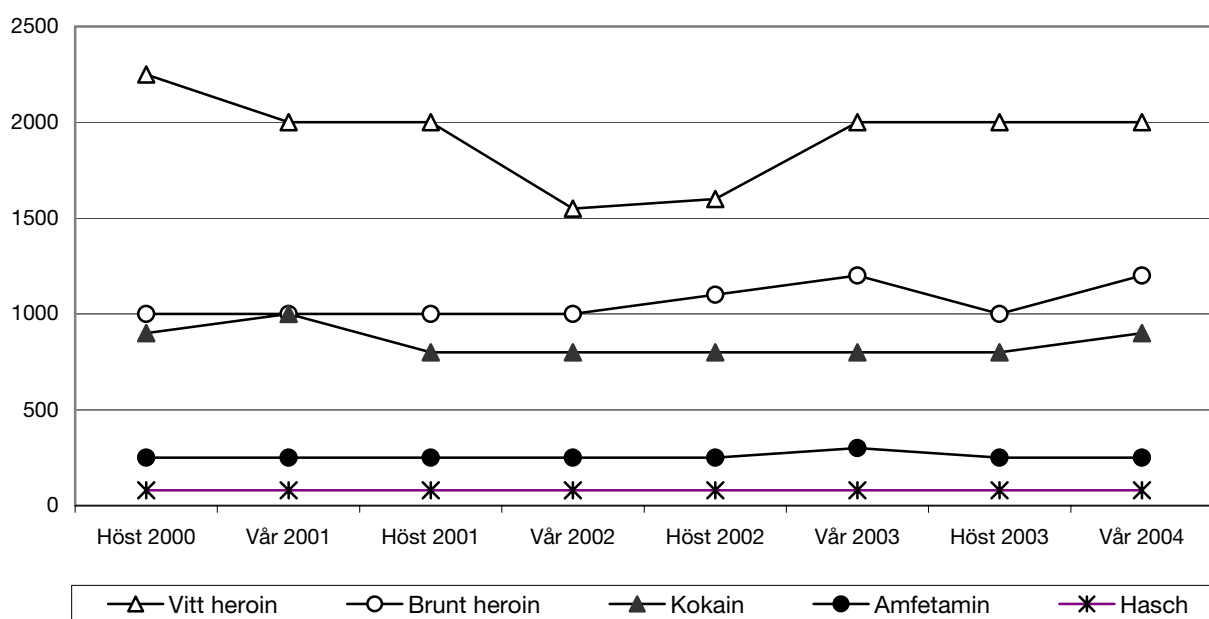
**Tabell 7.** Genomsnittspriserna på narkotiska preparat under mars 2004 redovisade av uppgiftslämnarna från de 21 länspolismyndigheterna.

		Medelvärde	Medianvärde	Variation kronor	Antal svar	Skillnad höst/vår median kr
Hasch	kr/gram	85	80	70-110	20	–
Marijuana	kr/gram	75	70	50-150	16	–
Vitt heroin	kr/gram	1.975	2.000	800-3.000	8	–
Brunt heroin	kr/gram	1.436	1.200	700-2.500	11	+200
Amfetamin	kr/gram	270	250	150-500	20	–
Kokain	kr/gram	873	900	600-1.000	13	+100
Ecstasy	kr/tablett	123	118	80-200	20	-6
Kat	kr/knippta	250	250	–	2	-50
LSD	kr/tripp	84	90	50-100	7	–
GHB	kr/kapsyl	41	30	25-100	6	–

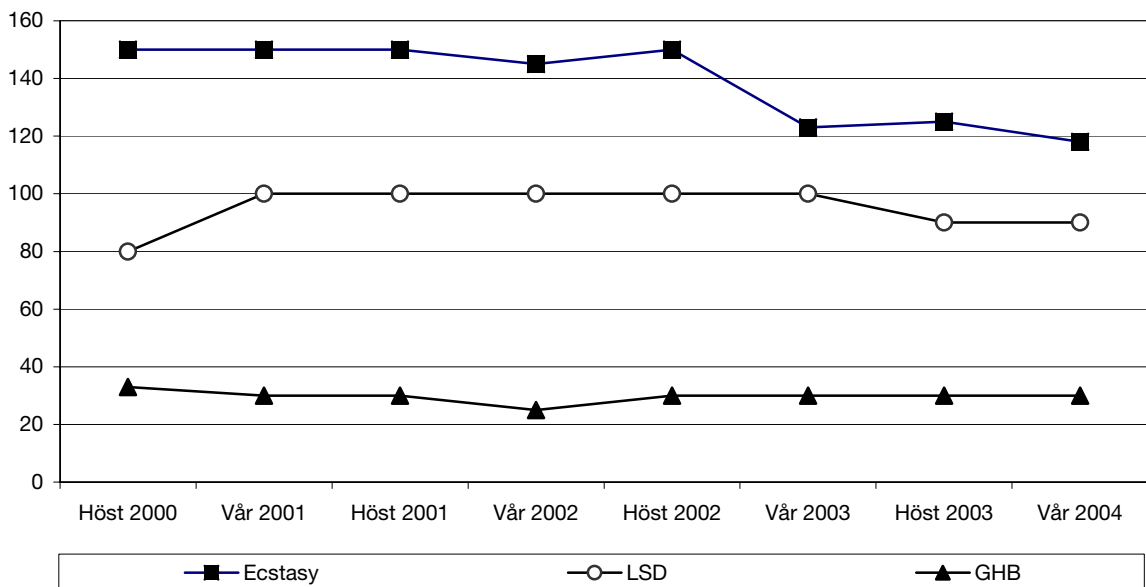
### Prisutvecklingen

Sedan hösten 2000 har priserna på narkotika redovisats separat för kommuner och länspolismyndigheter. I figurerna 1 och 2 visas prisutvecklingen (medianvärden) från hösten 2000 till våren 2004 redovisad från länspolismyndigheterna. Det framgår av diagrammen att priserna varit relativt stabila för cannabis, amfetamin, kokain, LSD och GHB. Priset på ecstasy har legat relativt stabilt tidigare men sjönk något våren 2003 och har sjunkit ytterligare något. För vitt heroin har priserna varierat. Medianvärdet låg högst hösten 2000 (2.250 kr/g). De sjönk något under 2002, men är våren 2004 nästan uppe i samma nivå som 2001 (2.000 kr/g). Priset på brunt heroin sjönk något under hösten, men ligger nu åter på 1.200 kr per gram. Priserna på kat har inte tagits med i diagrammen på grund av att så få uppgiftslämnare haft kännedom om priset på kat (oftast tre uppgiftslämnare).

Även om priserna är stabila, så har penningvärdet minskat något under de fyra år som mätningen avser. En utförligare redovisning av prisutvecklingen från 1988 finns i rapporten "Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1988-2003" (Guttormsson, CAN rapport 80, 2004). Eftersom rapporten visar priserna under en tidsperiod av 15 år har hänsyn tagits såväl till inflationen samt pris- och köpkraftsutvecklingen. De inrapporterade priserna har därför justerats efter SCBs konsumentprisindex och räknats om till 2003 års penningvärde. Rapporten visar att narkotikapriserna sjunkit mellan 1988 och 2003 för hasch, amfetamin, kokain och heroin. För ecstasy, kat, LSD och GHB har den långsiktiga utvecklingen inte redovisats, eftersom priserna på dessa preparat inte började samlas in förrän år 2000.



**Figur 1.** Prisutvecklingen för hasch, vitt heroin, brunt heroin, amfetamin och kokain. **Medianvärden** i kronor per gram rapporterade av länspolismyndigheterna från hösten 2000 till våren 2004.



**Figur 2.** Prisutvecklingen för ecstasy (kr/tablett), LSD (kr/tripp), GHB (kr/kapsyl). **Medianvärden** rapporterade av länspolismyndigheterna från hösten 2000 till våren 2004.

## Förändringar i missbruksmönstret

Redovisningen i detta avsnitt om förändringar i missbruksmönster, t ex i nya kombinationer av olika preparat och nya intagningssätt, bygger på spontana svar på en öppen fråga. Drygt en fjärdedel av rapportörerna i kommunerna och två i länen har lämnat uppgifter om förändringar i missbruksmönstren. Det är svårt att avgöra om de redovisade förändringarna är tillfälliga eller mer varaktiga. Vissa förändringar har vi dock fått redovisade tidigare från andra uppgiftslämnare, vilket kan tyda på mer varaktiga förändringar.

Att blandmissbruk har blivit vanligare har rapporterats även under våren 2004. I tio kommuner uppger en eller upp till fem uppgiftslämnare att kombinationer av olika preparat ökar. Ecstasy och kokain nämns oftast som exempel på vanliga kombinationer. Ecstasy blandas till exempel med GHB eller LSD samt med alkohol + kokain. Kokain kombineras dessutom med cannabis + amfetamin + bensodiazepiner. Det rapporteras också från flera håll att experimenterandet med att kombinera olika droger tycks ha blivit vanligare bland såväl vuxna som ungdomar. Tendenserna pekar på att fler tar vad de kommer över och att det förekommer en vansklilig lust att experimentera. Vissa missbrukande ungdomar är ”försigkomna” när det gäller sitt missbruk och tenderar att tänja på gränserna i missbruket.

Under fyra år i följd (sju rapporteringar) har vi fått indikationer på ökat heroinmissbruk bland unga. Det rapporteras framför allt att fler tunga missbrukare tar heroin som primärdrog och att fler missbrukare än tidigare är påverkade av opium. Flytande morfin injiceras ibland i stället för heroin, eftersom det är billigare (ca 300 kr/dos). Från en kommun rapporteras att fler är påverkade av opium. I en kommun förekommer sniffning av drivgas bland yngre. Sniffning brukar oftast dyka upp sporadiskt i vissa områden.

Subutex (buprenofin), som används utanför etablerade program, har rapporterats även under våren 2004 av en eller två uppgiftslämnare i sju kommuner. En ökad tillgång på Subutex har inneburit att preparatet ibland används i stället för andra droger eller att det kombineras med andra droger såsom heroin, metadon, bensodiazepiner samt flera andra preparat. Subutex används även av alkohol- och amfetaminmissbrukare samt av ungdomar som ersättning för bensodiazepiner. Det rapporteras att ille-

galt Subutex kommer från olika håll, dvs genom import från utlandet, ”spill” från programmen samt från ”oseriös” utskrivning. Det påpekas också att Subutex kan hanteras av missbrukare genom självmedicinering. Det har även inkommit rapport om att beroende av värktabletter blivit vanligare. Opiatpreparat blandas ibland med Tradolan.

För övrigt nämns såväl att fler personer injicerar som att färre injicerar och att det skett en ökning av droger som intas oralt.

De två länspolismyndigheter som rapporterat om förändrade missbruksmönster anser att missbruk av Subutex ökar och att många injicerar Subutex. Vidare meddelas att det finns ett ökat missbruk av rökheroin och att fler sväljer s k ”amfetaminbomber”.

## **Förändringar i grupper som missbrukar narkotika**

En fjärdedel av uppgiftslämnarna (kommunerna) har svarat på de öppna frågorna om förändringar av grupper som missbrukar narkotika. Förändringar redovisas från fyra länspolismyndigheter.

### *Åldersgrupper*

Tjugofyra uppgiftslämnare i 18 kommuner redovisar förändringar av olika åldersgrupper som missbrukar narkotika. Endast en uppgiftslämnare rapporterar att de äldre narkotikamissbrukarna ökat i antal. De övriga rapporterar ökning i ungdomsgrupperna från 13 år och upp till 25 år. Man rapporterar bland annat att de yngre använder narkotika i större omfattning än tidigare, att det finns 20-åringar som har ett ”tungt” missbruk, att missbrukskarriären går snabbare och att yngre personer snabbare än tidigare går över till heroin. Sniffning har dykt upp som missbruk bland mycket unga i två kommuner. Från en kommun meddelas att injicerandet har minskat i alla åldersgrupper. Två länspolismyndigheter har rapporterat att de yngre narkotikamissbrukarna tycks öka i antal. Från en länspolismyndighet meddelas att Internethandel av narkotika skett på en högstadieskola.

### *Könsperspektiv*

Tolv uppgiftslämnare i sex kommuner ser tendenser till en ökning av antalet flickor och kvinnor som använder narkotika. Det uppges bl a att flickor i gymnasiet använder amfetamin för att uppnå bättre studieprestation och för viktkontroll samt att unga flickor umgås med äldre missbrukare. En kommun anger att färre kvinnor än tidigare missbrukar narkotika. Från tre kommuner (fyra uppgiftslämnare) meddelas att andelen män ökat och från en kommun att båda könen missbrukar i samma utsträckning.

### *Sociala grupper*

Nio uppgiftslämnare i sex kommuner har lämnat kommentarer om missbruksförändringar i vissa sociala grupper. Det anges att ensamstående föräldrar med svåra socioekonomiska förhållanden har ett svårare missbruk och att det är svårt för personer med psykisk ohälsa att få hjälp. De avvisas ofta från vården eller får orimligt långa väntetider. Även fler socialt etablerade personer söker hjälp.

### *Etniska grupper*

Ett tiotal uppgiftslämnare erfar genom sitt arbete att personer med invandrabakgrund kan ha ett problematiskt missbruk. Man uppger att det handlar om personer från många olika delar av världen, till exempel Afrika, Asien, Latinamerika, Mellanöstern och från öststaterna. Det handlar ofta om missbruk av opium, rökheroin och cannabis.

### *Andra förändringar*

Det påpekas att det förekommit fler amfetaminpsykosor det senaste halvåret och att missbruk av Subutex i en kommun börjat ersätta heroinmissbruk. Detta bekräftas av länspolismyndigheten i samma län. Till sist meddelas från en länspolismyndighet att Internethandeln med narkotika är ett stort problem. Ecstasy och LSD är exempel på droger som köps genom Internet.

## **Förändringar i grupper som missbrukar alkohol**

Svaren på frågan om förändringar i grupper som missbrukat alkohol under de senaste sex månaderna baseras på en öppen fråga. En fjärdedel har rapporterat sådana förändringar. Drygt hälften av uppgiftslämnarna anger att det inte skett någon förändring av alkoholmissbruket i någon speciell grupp, medan 16% har svarat att de inte vet.

### *Åldersgrupper*

29 uppgiftslämnare i 16 kommuner och i ett län har rapporterat förändringar i åldersstrukturen. Från fem uppgiftslämnare i fyra kommuner rapporteras en ökning av alkoholmissbruk bland äldre personer. Som exempel nämns att grava alkoholskador fortsätter att öka i åldrarna 40-65 år. I en kommun uppmärksammas alkoholmissbruk hos äldre personer i 80-årsåldern. Från ett par kommuner kommer uppgifter om att fler kvinnor från 45 år och uppåt är alkoholmissbrukare. Från en kommun rapporteras att alkoholmissbruket ökat i alla åldrar.

Flertalet rapporteringar handlar om ökat alkoholmissbruk bland unga. Vi har fått uppgifter om ökad användning av alkohol bland mycket unga mellan 12 och 15 år samt i åldersgrupperna mellan 18 och 25 år. Bland de uppgifter vi fått kan nämnas, att folköl och cider ökat bland unga under veckosluten och att alkoholmissbruk bland yngre blivit mera utbrett, att fler unga är gravt alkoholberoende, att ungdomar köper ”smuggelsprit” direkt från importerande personer samt att unga inte ser alkoholmissbruk som missbruk, utan som normalkonsumtion. Från en länspolismyndighet i södra delen av landet rapporteras ökat missbruk i alla åldersgrupper och att införseln från utlandet har ökat.

### *Könsperspektiv*

Sexton uppgiftslämnare i kommunerna anger en viss ökning av alkoholkonsumtion hos flickor och en ökning av antalet unga flickor och vuxna kvinnor med alkoholproblem. Tre uppgiftslämnare anger att alkoholproblemen ökat bland både kvinnor och män och en uppgiftslämnare har iakttagit ett ökat missbruk bland pojkar. En länspolismyndighet rapporterar att flickor dricker mera nu än tidigare, vilket betyder nästan lika mycket som pojkar, men att flickorna dricker mera vin.

### *Sociala grupper*

Få har besvarat frågan om det finns förändringar i olika sociala grupper när det gäller alkoholmissbruk. Det rapporteras dock att föräldrar som själva missbrukar alkohol tar lätt på sina tonåringars alkoholkonsumtion. Det anges också att alkoholmissbruket ökat bland tunga missbrukare. Från ett par håll upp uppges att förändringarna har skett i alla socialgrupper.

### *Etniska grupper*

Några rapporter om problem i olika etniska grupper har inkommit. Det gäller oftast att det ökat generellt över alla grupper. Det märks bl a av ökade kostnader för tolkning. Det påpekas också att svenska ungdomar i regel dricker mer alkohol än ungdomar med invandrarbakgrund.

### *Andra förändringar*

Sjukvården inom fyra sjukvårdsområden har haft fler sjuka alkoholmissbrukare än tidigare. De är mer kroppsligt sjuka än tidigare och fler olycksfall på grund av alkoholskador har skett. I tre kommuner påpekas problemet med svartsprit/smuggelsprit, som ofta används parallellt med legal alkohol.

Sammanfattningsvis kan konstateras att många uppgifter på frågorna ovan kommer från uppgiftslämnare i Göteborgsområdet.

## **Förändringar i arbetssituationen**

Närmare hälften av uppgiftslämnarna har beskrivit förändringar på den egna arbetsplatsen. Förändringar består ofta av nya prioriteringar och satsningar, men även i vissa fall av minskade resurser.

Inom **socialtjänsten** (23 uppgiftslämnare) har arbetet oftast förändrats på grund av omorganisationer, omprioriteringar och en ökning av antalet missbrukare. Det har under våren 2004 förekommit att man inom myndigheterna börjat prioritera arbetet med ungdomar, förebyggande arbete och satsningar på öppenvård. Fokus på droger har ökat i vissa kommuner. I en del fall har detta lett till att målgruppen förändrats, så att arbetet inriktats på missbrukande ungdomar (under 25 år). Sammanfattningsvis har det skett omfördelningar av resurserna från slutenvård till ungdomsmottagningar och öppenvård samt även till förebyggande insatser. Ofta har omfördelningarna skett av besparingsskäl (13 uppgiftslämnare). Det har lett till att färre missbrukare (framför allt vuxna) får slutenvård, såväl LVM-vård som frivillig vård.

Arbetet har i vissa fall ökat på grund av att antalet missbrukare ökat, såväl unga som vuxna, och även på grund av att resurserna minskat så att färre anställda fått en större arbetsbörda och sämre chanser till egen utbildning och stimulans. På andra håll har det, å andra sidan, satsats på utbildningsmöjligheter i missbruksfrågor, ökat samarbete med andra myndigheter och fler anställda.

Även inom **sjukvården** (elva uppgiftslämnare) har prioriteringar och omfördelningar genomförts. Exempel på prioriteringar är satsningar på behandlingsmetoder bland tunga opiatberoende, underhållsbehandling med Subutex, prioritering av personer med dubbeldiagnoser samt läkemedelsassisterad behandling för opiatberoende och ADHD-problematik. Prioriteringar har också skett på unga flickor med alkoholproblem samt på unga missbrukare. Från fyra kommuner rapporterar sjukvården minskade resurser, främst genom att tjänster försvunnit och att kvarvarande fått en ökad arbetsbelastning.

Från **frivården** rapporteras, till skillnad mot hösten 2003, inga ökade resurser. I tre kommuner har arbetet med narkotikamissbrukare minskat. I en kommun har frivården omorganiserats till mottagargrupp, handläggargrupp, programgrupp och verkställighetsgrupp. En kommun rapporterade en ökning av antalet missbrukare och därmed ökat arbete. Det rapporteras också att ASI-utredare bidragit till att fler personer än tidigare dömts till kontraktsvård.

Inom **frivilligorganisationerna** har arbetet ökat på grund av en ökning av antalet missbrukare samt av ökat tryck på personalen på grund av minskade anslag.

Inom **polisen** har prioriteringar samt ökade satsningar rapporterats från femton kommuner. Det är vanligt att arbetet mot narkotikamissbruket prioriterats under våren 2004. Det har inneburit satsningar på gatulangning, överlåtelsebrott och grov narkotikabrottslighet. Vidare har prioriteringar gjorts på personer som är kända i missbrukssammanhang och på missbrukande ungdomar. Dessutom genomförs olika punktinsatser och samarbete med andra myndigheter. Omorganisationer har genomförts i tre kommuner genom sammanslagningar. Från tre kommuner kommer uppgifter om att färre poliser arbetar med narkotikabrottslighet.

Åtta av de 21 ***länspolismyndigheterna*** i landet har beskrivit förändringar i arbetssituationen inom länen. I två län arbetar färre poliser mot narkotikabrottsligheten på grund av antingen minskade resurser eller att personal har fått sättas in tillfälligt för att utreda grova rån.

Inom sex länspolismyndigheter har inriktningen mot narkotika ökat genom att man t ex fått en aktiv gatulangningsgrupp, mer aktiv personal inom närpolisområdena samt riktade insatser under kortare perioder runt om i länen.

## 4. Övrig information

Information som inte fångats upp av formulärets frågor har kunnat lämnas under rubriken ”Övrigt”. Detta har utnyttjats av ett drygt 30-tal personer. Under våren 2004 har kommentarerna främst handlat om problem med drogmissbruket.

Informationen om narkotiska preparat rör Subutex, hallucinogener, GBL och butandiol. Subutex som inte används på ett medicinskt och behandlingsmässigt korrekt sätt, har, enligt uppgiftslämnare i Norrköping, ökat på den ”svarta marknaden” och är oftast insmugglad till landet. Från Stockholm meddelas att det är mycket vanligt att heroinister missbrukar Subutex i brist på heroin eller som självmedicinering. Självmedicineringen betraktas inte som missbruk av heroinisterna, eftersom det finns en legal förskrivning. Huddinge och Malmö rapporterar också om en god tillgång på illegalt Subutex bland deras patienter. Från Jönköping meddelas att ungdomar anser att lågdosering av Subutex ger en bättre ”kick” än högre doser. Priset för Subutex ligger i Stockholmstrakten på 100-200 kr/gram.

Hallucinogener (främst LSD) har förekommit ovanligt mycket och ovanligt tidigt våren 2004 i Stockholm. I Huddinge oroas man av ökningar av missbruket av hallucinogener och ecstasy. I Göteborg ses en ökning av GBL och Butandiol.

Bland de läkemedelsberoende i Malmö finns en överrepresentation av socialt etablerade kvinnor. Stilnoct är ett preparat som fortsätter att överkonsumeras.

Från sjukvården i Göteborg rapporteras ökningar under våren 2004 i arbetet med körkortsärenden som rör alkohol och narkotika. Från Göteborg rapporteras även att hembränd sprit lätt kan beställas på telefon för levereras till dörren. Från Östergötland meddelas att ungdomar fortfarande köper sprit från utländska långtradare. Flera föräldragrupper har bildats för att stävja försäljningen. Från Örebro kommer uppgifter om att det är mycket lätt att få tag på alkohol som smugglats till landet.

Från Karlskrona rapporteras en ökning av antalet personer som aldrig tidigare varit i kontakt med missbruksvården.

Samhällsövergripande problem diskuteras. I Örebro konstateras att samhällsbesparingarna lett till att befolkningen använder droger i större utsträckning och att det blivit svårare att upptäcka personer som har både psykiska problem och missbruksproblem. Huddinge rapporterar också att missbruket ökar allmänt och att det är svårt att hjälpa personer med dubbeldiagnos, eftersom de inte är ”önskvärda” i vården på grund av de kostnader de för med sig och den risk för farlighet som personalen kan utsättas för. I Varberg gäller, enligt rapporteringen, en ”katastrofal” situation när det gäller såväl förebyggande, behandlande och eftervårdande insatser som i boendet för unga missbrukare.

Slutligen framhålls problemen med droghandeln genom Internet. Enligt länspolisen i Värmland kan detta bli den stora utmaningen, eftersom vi troligen endast ser ”toppen på ett isberg”



**Tabell 8.** Uppskattad förändring i narkotikaanvändningen rapporterad kommunvis. Absoluta tal (inom parentes anges antal uppgiftslämnare som svarat på frågorna).

Kommun	tungt missbr			regelbundet			tillfälligt missbr			anv cannabis			inj amf		
	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?
Huddinge (10)	1	8	1	3	7		3	5	2	4	6		1	9	
Botkyrka (4)	2	2		2	2		2	1	1	2	2		2	2	
Stockholm (21)	7	12	2	9	10	1	9	8	4	11	10		5	13	2
Solna (4)	1	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	1		1	1
Uppsala (4)		2	1	1	2	1		3	1	1	2	1		1	1
Linköping (6)	1	5		1	5		1	4		2	4			6	
Norrköping (4)	1	2	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1		3	1
Jönköping (6)	2	4		3	3		4	1	1	3	3			6	1
Växjö (4)	1	1	2		2	2	1	1	2	2	1	1		1	2
Karlskrona (4)	2	1	1	1	2	1		3	1	1	1	1		3	1
Malmö (14)	4	10		4	9	1	3	9	2	3	10	1	1	10	2
Lund (2)		2			2			2			2			2	
Helsingborg (5)	3	1	1	1	3	1	1	2	2	1	3	1	1	3	1
Varberg (3)		2	1		3		1	1	1		2	1		1	2
Göteborg (13)	5	7	1	8	4	1	4	6	3	5	8		2	11	
Borås (4)		3		2	2		2	2			4		1	3	
Örebro (3)	3			2	1		1	2			1	2		1	2
Surahammar (3)	2		1	1	2		1		2	2	1		1	2	
Västerås (5)	1	4		2	3		2	1	2	3	2			5	
Falun (2)		2			1		1	1		2				2	
Söderhamn (3)	2	1		1	2			2	1		3			3	
Sundsvall (5)	2	3		2	3		2	3		1	4		1	4	
Örnsköldsvik (4)		2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1		2	1
Östersund (4)		3	1	1	2	1	3		1	3		1		2	1
Umeå (4)		3	1	2	2		1	3		2	2			3	1
Lycksele (2)					2		1	1			2			2	
Luleå (4)	1	3		1	3		1	3		2	2			3	1

Kommun	amf ann sätt			inj heroin			röker heroin			anv kokain			anv ecstasy		
	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?
Huddinge (10)	1	9		1	8	1	2	5	1	2	2	6	1	1	2
Botkyrka (4)	1	3		2	2		1	1	1	1	3	1		2	2
Stockholm (21)	7	8	6	3	12	2	4	12	1	4	11	8	2	4	9
Solna (4)	1	1	2		2	2		2	2		1	1	2		1
Uppsala (4)	1	2	1		2	1		3	1		1	2	1	1	2
Linköping (6)	1	5		1	5			5	1		1	5		4	2
Norrköping (4)	2	1		1	1	2		1	3		2	1	1	2	1
Jönköping (6)	4	2		1	3	1	1	2	1	1		5		3	2
Växjö (5)	1	2	1		1	3	1	1	2		1	3		1	3
Karlskrona (4)	1	2	1	1	1	1	1	1	1		2	2		3	1
Malmö (14)	1	9	1	3	5	9	3	10	1	4	7	3	8	6	
Lund (2)		2			2			2			2			2	
Helsingborg (5)	2	3		2	3		1	3	1	2	2	1	3	2	
Varberg (3)		2	1			3			3			3		1	2
Göteborg (13)	4	6	3	2	9	2	2	8	3	2	6	5	2	8	3
Borås (4)	2	2				1	2		1	4			2	2	
Örebro (3)		3			2	1	2	1		1	2		1	1	1
Surahammar (3)	1	1	1		1	1		1	1		1	1		1	2
Västerås (5)	2	2	1	1	4		1	4		2	2	1	3	1	1
Falun (2)	1	1			1	1		1	1		1	1		1	1
Söderhamn (3)	1	2		1	2			2	1		1	2		2	1
Sundsvall (5)	2	3		2	3		1	4			3	1	2	2	1
Örnsköldsvik (4)	1	2			2	2	1	1	2	1		3	1	2	1
Östersund (4)	2	1	1		1	1			1		1	1	2	1	1
Umeå (4)	1	2	1		4			3	1		2	2	1	2	1
Lycksele (2)		2			1	1		1	1				1	1	
Luleå (4)	1	3			2	2		2	2		2	2		2	1

Där antalet uppgiftslämnare inte stämmer med antal svarande har rapportörerna fyllt i "förekommer ej".

+ = stor ökning/viss ökning

0 = ingen förändring

- =viss minskning/stor minskning

? = vet ej

Kommun	anv kat				anv LSD				anv GHB				Sniffar lösn				Lugn/sömn			
	+	0	-	?	+	0	-	?	+	0	-	?	+	0	-	?	+	0	-	?
Huddinge (10)	.	1	1	6	1	3	1	5	1	.	1	5	.	5	.	4	3	6	.	1
Botkyrka (4)	.	.	1	3	.	.	1	3	.	.	1	5	.	.	1	3	2	1	1	.
Stockholm (21)	2	7	.	11	1	11	.	9	1	6	.	13	6	4	1	6	8	9	1	3
Solna (4)	.	1	.	3	.	.	1	3	.	.	.	3	1	1	.	2	2	.	.	2
Uppsala (4)	.	1	.	3	.	3	.	1	.	3	.	1	.	2	.	1	.	2	.	1
Linköping (6)	.	1	.	5	.	2	.	4	.	1	.	5	1	4	.	1	1	5	.	.
Norrköping (4)	.	.	.	4	.	.	.	4	.	.	1	3	.	1	1	2	2	1	.	1
Jönköping (6)	.	1	.	4	.	4	.	1	2	2	.	1	1	1	.	3	.	6	.	.
Växjö (4)	.	1	.	3	.	1	.	3	.	1	.	3	1	2	.	1	1	3	.	.
Karlskrona (4)	.	1	.	1	.	2	.	2	.	1	.	3	.	.	1	1	.	3	.	1
Malmö (14)	.	2	.	11	.	5	.	9	.	2	.	11	3	1	.	7	.	11	.	2
Lund (2)	.	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.	1	1	.	1	.	.	1	.	1
Helsingborg (5)	.	2	.	3	.	3	.	2	2	1	1	1	.	1	.	4	1	3	.	1
Varberg (3)	.	.	.	3	.	.	.	3	.	1	.	2	1	.	2	.	1	.	.	2
Göteborg (13)	2	5	.	5	1	6	2	4	4	7	1	1	1	3	3	5	3	7	1	2
Borås (4)	.	1	.	2	1	.	.	2	2	1	1	.	1	.	2	.	1	3	.	.
Örebro (3)	1	2	.	.	.	3	.	.	3	.	.	.	.	2	.	1	.	3	.	.
Surahammar (3)	1	.	.	2	.	1	.	1	.	1	.	2	.	.	.	2	1	1	.	1
Västerås (5)	1	1	.	2	.	2	1	2	.	1	1	3	.	2	.	3	3	1	.	1
Falun (2)	1	.	.	1	.	1	.	1	.	1	.	1	.	2	.	.	2	.	.	.
Söderhamn (3)	.	.	.	.	.	1	.	.	.	.	.	1	.	.	.	2	.	1	.	2
Sundsvall (5)	.	3	.	2	1	3	1	.	.	3	.	.	1	3	.	1	1	3	.	1
Örnsköldsvik (4)	.	1	.	2	.	1	.	2	1	1	1	1	.	2	.	1	1	1	.	2
Östersund (4)	.	.	.	1	.	1	.	1	.	1	.	2	.	3	.	1	1	3	.	.
Umeå (4)	.	1	.	3	.	1	.	3	.	1	1	2	.	.	.	4	1	2	.	1
Lycksele (2)	.	.	.	1	.	1	.	.	.	.	1	.	.	.	.	1	.	2	.	.
Luleå (4)	.	2	.	2	.	2	.	2	.	2	.	2	.	4	.	.	.	4	.	.

Kommun	AAS				Missbr alkoh				Ungd berusn			
	+	0	-	?	+	0	-	?	+	0	-	?
Huddinge (10)	.	6	.	4	3	6	1	.	3	2	.	5
Botkyrka (4)	.	1	1	2	.	3	1	.	1	.	.	3
Stockholm (21)	3	8	.	10	12	8	.	.	10	3	.	8
Solna (4)	.	1	.	3	3	.	.	1	2	1	.	1
Uppsala (4)	.	2	.	1	1	2	.	.	2	1	.	1
Linköping (6)	.	4	.	2	2	4	.	.	1	4	.	1
Norrköping (4)	1	1	.	2	2	1	.	1	2	1	.	1
Jönköping (6)	1	3	.	2	1	4	.	1	1	2	1	2
Växjö (4)	.	2	.	2	1	2	.	1	1	3	.	.
Karlskrona (4)	.	2	.	1	.	2	1	1	.	2	.	2
Malmö (14)	.	3	.	9	2	10	.	1	.	5	1	7
Lund (2)	.	.	.	2	.	1	.	1	.	1	.	1
Helsingborg (5)	.	2	.	3	1	3	.	1	1	2	.	2
Varberg (3)	.	.	.	3	.	1	.	2	1	2	.	.
Göteborg (15)	3	5	1	4	5	6	.	2	2	7	.	4
Borås (4)	1	2	.	1	2	2	.	.	1	1	.	1
Örebro (3)	.	3	.	.	1	2	.	.	1	2	.	.
Surahammar (3)	1	2	.	.	2	1	.	.	2	1	.	.
Västerås (5)	.	3	.	2	1	3	.	1	2	1	.	2
Falun (2)	1	.	.	1	1	1	.	.	1	1	.	.
Söderhamn (3)	.	1	.	2	.	3	.	.	1	2	.	.
Sundsvall (5)	1	2	1	1	1	3	.	1	1	3	.	1
Örnsköldsvik (4)	.	2	1	1	1	2	.	1	1	3	.	.
Östersund (4)	.	3	.	1	1	3	.	.	1	3	.	.
Umeå (4)	.	2	.	2	2	.	.	2	1	1	.	2
Lycksele (2)	.	2	.	.	.	2	.	.	.	2	.	.
Luleå (4)	.	4	.	.	1	3	.	.	1	3	.	.

Där antalet uppgiftslämnare inte stämmer med antal svarande har rapportörerna fyllt i "förekommer ej".

+ = stor ökning/viss ökning

0 = ingen förändring

- =viss minskning/stor minskning

? = vet ej

**Tabell 9.** Uppskattad förändring i tillgången på narkotika, AAS och svartsprit rapporterad kommunvis. Absoluta tal (inom parentes anges antal uppgiftslämnare som svarat på frågorna).

Kommun	tillg hasch			tillg mariju- ana			tillg vitt heroin			tillg brunt heroin			tillg amfeta- min			tillg kokain		
	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?
Huddinge (10)	3	5	2	1	6	3	.	7	3	2	4	4	1	7	2	1	5	4
Botkyrka (4)	1	3	.	1	3	.	.	4	.	1	2	1	1	3	.	1	2	1
Stockholm (21)	4	12	5	3	7	11	3	7	10	1	7	11	7	8	6	7	6	8
Solna (4)	1	1	2	1	1	2	2	.	2	1	1	2	1	1	2	1	1	2
Uppsala (4)	.	3	1	.	3	1	.	2	2	.	2	2	.	3	1	.	3	1
Linköping (6)	.	6	.	.	5	1	2	2	2	1	3	2	.	6	.	1	5	.
Norrköping (4)	.	4	.	.	3	1	1	.	2	1	3	.	.	2	2	4	.	.
Jönköping (6)	.	5	1	1	3	2	.	1	5	.	2	1	3	1	5	.	5	1
Växjö (4)	2	1	1	2	1	1	.	1	3	.	1	3	1	1	2	.	1	3
Karlskrona (4)	.	3	1	.	3	1	.	1	2	.	1	2	.	3	1	.	2	2
Malmö (14)	4	8	2	.	9	5	.	9	5	3	7	4	4	7	3	2	5	7
Lund (2)	.	1	1	.	1	1	.	.	1	.	.	1	1	1	.	1	1	1
Helsingborg (5)	1	3	1	1	3	1	.	2	3	1	3	1	.	4	1	1	2	2
Varberg (3)	.	2	1	.	1	2	.	1	1	.	1	1	1	1	1	.	1	2
Göteborg (13)	4	7	2	3	6	4	2	6	5	5	4	4	4	8	1	3	7	3
Borås (4)	2	2	.	.	3	1	.	1	2	1	2	1	1	3	.	3	1	.
Örebro (3)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	.	1	2	1	.	2	.	1
Surahammar (3)	.	3	.	.	1	2	.	.	2	.	.	2	2	1	.	1	.	1
Västerås (5)	.	3	2	.	3	2	.	2	3	.	2	3	1	2	2	1	2	2
Falun (2)	1	1	.	1	1	.	.	1	1	.	1	1	1	1	.	1	1	1
Söderhamn (3)	.	3	.	.	2	1	1	2	.	.	1	2	1	1	1	.	.	2
Sundsvall (5)	.	3	2	.	3	2	1	2	2	2	1	2	3	2	.	1	4	.
Örnsköldsvik (4)	1	1	2	1	1	3	.	1	3	.	1	3	1	2	1	1	2	2
Östersund (4)	2	1	1	1	1	2	.	1	1	.	1	1	1	2	1	1	1	2
Umeå (3)	.	3	.	1	1	1	.	2	1	.	2	1	.	1	1	1	2	2
Lycksele (2)	.	2	.	.	1	1	.	1	1	.	.	1	.	1	1	.	.	1
Luleå (4)	2	2	.	1	2	1	.	2	2	.	2	2	1	2	1	2	2	.

Kommun	tillg ecstasy			tillg kat			tillg LSD			tillg GHB			tillg AAS			tillg svart- sprit		
	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?	+	0	- ?
Huddinge (10)	.	6	4	.	1	6	.	4	6	.	1	7	.	1	9	2	3	4
Botkyrka (4)	.	3	1	.	1	3	.	.	4	.	.	4	.	1	3	.	3	.
Stockholm (21)	4	7	9	1	4	15	.	5	15	1	2	18	2	2	16	6	2	12
Solna (4)	1	1	2	.	1	3	.	1	3	.	.	4	.	1	3	1	.	3
Uppsala (4)	.	3	1	.	.	4	.	2	2	.	3	1	.	2	2	.	2	2
Linköping (6)	.	4	2	.	1	5	.	1	5	.	1	5	.	2	4	3	2	1
Norrköping (4)	.	4	.	.	.	4	.	.	4	.	.	4	1	1	2	4	.	.
Jönköping (6)	3	2	1	.	1	5	1	.	2	3	.	1	4	3	1	2	4	1
Växjö (4)	1	1	2	.	1	3	.	1	3	.	1	3	.	1	3	1	1	2
Karlskrona (4)	.	2	2	.	1	3	.	1	3	.	1	3	1	1	2	.	3	.
Malmö (14)	.	6	7	2	2	8	.	4	10	.	2	10	.	1	13	4	2	7
Lund (2)	.	1	1	.	.	2	.	.	2	.	.	2	.	.	2	.	.	2
Helsingborg (5)	.	3	2	.	1	4	.	2	3	1	1	2	.	2	3	.	3	2
Varberg (3)	1	1	1	.	.	2	1	1	1	1	1	1	.	.	3	.	1	2
Göteborg (13)	2	7	4	1	4	8	1	5	5	5	3	3	2	1	5	7	3	5
Borås (4)	1	2	1	.	2	1	.	2	2	1	1	1	1	.	4	.	2	.
Örebro (5)	2	.	1	2	.	1	1	1	1	3	.	.	1	1	1	3	.	.
Surahammar (3)	.	1	2	1	.	2	.	.	3	.	.	3	.	3	.	1	2	.
Västerås (5)	.	2	2	.	1	4	.	2	3	.	1	4	1	2	2	2	2	3
Falun (2)	1	1	.	.	1	1	.	1	1	.	1	1	1	.	1	1	1	.
Söderhamn (3)	.	1	2	.	.	1	.	1	1	.	.	2	.	.	3	.	2	.
Sundsvall (5)	1	1	3	.	1	4	.	2	3	.	1	3	.	2	2	.	3	.
Örnsköldsvik (4)	1	2	1	.	1	2	.	1	2	1	1	1	1	3	1	3	1	1
Östersund (4)	2	1	1	.	1	1	.	1	1	.	1	2	.	2	2	.	4	.
Umeå (4)	2	.	1	.	.	3	.	.	4	.	.	3	.	.	4	1	.	3
Lycksele (2)	.	1	1	.	.	1	.	.	1	.	.	1	1	.	1	1	1	1
Luleå (4)	1	2	1	.	1	3	.	1	3	.	2	2	1	2	1	4	.	.

Där antalet uppgiftslämnare inte stämmer med antal svarande har rapportörerna fyllt i "förekommer ej".

+ = ökad tillgång

0 = ingen förändring

- = minskad tillgång

? = vet ej

**Tabell 10.** Uppskattad förändring i användning av narkotika och andra berusningsmedel rapporterad från polismyndigheterna i länen. Antal uppgiftslämnare = 21

Missbruk/ Preparat	Förekommer ej	Ökning	Ingen för- ändring	Minskning	Vet ej
<b>TUNGT MISSBRUK</b>		Östergötland Blekinge Västra Götaland Värmland Örebro Gävleborg Västernorrland	Stockholm Södermanland Jönköping Kronoberg Kalmar Gotland Halland Västmanland Dalarna Jämtland Västerbotten Norrbotten	Uppsala Skåne	
<b>REGELBUNDET MISSBRUK</b>		Östergötland Jönköping Blekinge Värmland Halland Västra Götaland Örebro Dalarna Gävleborg Västernorrland	Stockholm Uppsala Södermanland Kronoberg Kalmar Gotland Skåne Västmanland Jämtland Västerbotten Norrbotten		
<b>TILLFÄLLIGT MISSBRUK</b>		Stockholm Jönköping Blekinge Skåne Halland Västra Götaland Dalarna Gävleborg Västernorrland Norrbotten	Uppsala Östergötland Kronoberg Kalmar Örebro Västmanland Jämtland Västerbotten		Södermanland Gotland Värmland
<b>CANNABIS</b>		Östergötland Jönköping Blekinge Västra Götaland Örebro Gävleborg Norrbotten	Stockholm Uppsala Södermanland Kronoberg Kalmar Gotland Skåne Halland Västmanland Dalarna Västernorrland Jämtland Västerbotten		Värmland

Preparat	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändr.	Minskning	Vet ej
<b>INJEKTION AMFETAMIN</b>		Västra Götaland Örebro Gävleborg	Stockholm Södermanland Östergötland Jönköping Kronoberg Kalmar Blekinge Gotland Skåne Halland Västmanland Västernorrland Jämtland Västerbotten Norrbotten	Uppsala Dalarna	Värmland
<b>AMFETAMIN ANNAT SÄTT</b>		Gotland Blekinge Skåne Västra Götaland Dalarna Gävleborg Västernorrland	Stockholm Uppsala Södermanland Östergötland Jönköping Kronoberg Kalmar Halland Örebro Västmanland Jämtland Västerbotten Norrbotten		Värmland
<b>INJICERAR HEROIN</b>	Jämtland	Östergötland Västra Götaland Värmland Örebro Gävleborg Västernorrland	Stockholm Uppsala Södermanland Jönköping Kronoberg Kalmar Blekinge Skåne Halland Dalarna Västerbotten Norrbotten		Gotland Västmanland
<b>RÖKER HEROIN</b>	Jämtland	Östergötland Jönköping Blekinge Örebro	Uppsala Kronoberg Kalmar Skåne Halland Västra Götaland Dalarna Gävleborg Västernorrland Västerbotten Norrbotten	Stockholm Södermanland	Gotland Västmanland
<b>ANVÄNDER KOKAIN</b>	Västernorrland Jämtland	Stockholm Södermanland Östergötland Blekinge Skåne Västra Götaland Örebro Dalarna Gävleborg Norrbotten	Uppsala Jönköping Kronoberg Kalmar Gotland Halland Värmland		Västmanland Västerbotten

Preparat	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändr.	Minskning	Vet ej
<b>ECSTASY</b>		Jönköping Västra Götaland Värmland Västmanland Gävleborg Västernorrland Norrbotten	Stockholm Uppsala Östergötland Kronoberg Kalmar Gotland Skåne Halland Örebro Jämtland	Södermanland Blekinge Dalarna	Västerbotten
<b>KAT</b>	Jämtland	Skåne	Stockholm Södermanland Östergötland Jönköping Kronoberg Halland Västra Götaland Örebro Västmanland Västernorrland Norrbotten		Uppsala Kalmar Gotland Blekinge Värmland Dalarna Gävleborg Västerbotten
<b>LSD</b>	Västmanland Jämtland		Stockholm Uppsala Kronoberg Kalmar Halland Västra Götaland Örebro Norrbotten	Östergötland Västernorrland	Södermanland Jönköping Gotland Blekinge Skåne Värmland Dalarna Gävleborg Västerbotten
<b>GHB</b>	Jämtland	Halland Västra Götaland	Stockholm Uppsala Södermanland Kronoberg Kalmar Norrbotten	Östergötland Jönköping Örebro	Gotland Blekinge Skåne Värmland Västmanland Dalarna Gävleborg Västerbotten
<b>SNIFFAR LÖSNINGSMEDEL</b>		Stockholm	Uppsala Östergötland Jönköping Kronoberg Kalmar Halland Västra Götaland Dalarna Gävleborg Jämtland Norrbotten		Södermanland Gotland Blekinge Skåne Värmland Örebro Västernorrland Västerbotten
<b>MISSBRUKAR LUGN/SÖMNMEDEL</b>		Blekinge Gävleborg Norrbotten	Stockholm Uppsala Södermanland Östergötland Jönköping Kronoberg Kalmar Gotland Halland Västra Götaland Värmland Örebro Dalarna Jämtland Västerbotten		Skåne Västernorrland

Preparat	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändr.	Minskning	Vet ej
<b>ANABOLA STEROIDER</b>		Stockholm Östergötland Jönköping Skåne Västra Götaland Värmland Dalarna Gävleborg Norrbotten	Uppsala Kronoberg Kalmar Halland Örebro Jämtland Västerbotten		Södermanland Gotland Blekinge Västernorrland
<b>MISSBRUKAR ALKOHOL</b>		Blekinge Skåne Västra Götaland Gävleborg	Stockholm Uppsala Södermanland Östergötland Jönköping Kronoberg Kalmar Gotland Halland Värmland Örebro Dalarna Jämtland Norrbotten		Västernorrland Västerbotten
<b>UNGDOMAR SOM BERUSAR SIG</b>		Västra Götaland Dalarna Gävleborg Norrbotten	Stockholm Uppsala Södermanland Östergötland Kronoberg Kalmar Gotland Skåne Halland Värmland Örebro Jämtland	Jönköping	Blekinge Västernorrland Västerbotten

**Tabell 11.** Uppskattad förändring i tillgång på narkotika, anabola steroider och svartsprit, rapporterad från polismyndigheterna i länen. Antal uppgiftslämnare = 21

Preparat	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändr	Minskning	Vet ej
<b>HASCH</b>		Östergötland Jönköping Västra Götaland Västmanland Jämtland Norrbotten	Stockholm Uppsala Södermanland Kronoberg Kalmar Gotland Blekinge Skåne Halland Värmland Örebro Dalarna Gävleborg Västernorrland Västerbotten		
<b>MARIJUANA</b>		Jönköping Blekinge Norrbotten	Stockholm Uppsala Östergötland Kronoberg Kalmar Gotland Skåne Halland Västra Götaland Värmland Örebro Västmanland Dalarna Gävleborg Västernorrland Jämtland Västerbotten		Södermanland
<b>VITT HEROIN HEROIN</b>	Jämtland	Stockholm Östergötland	Uppsala Södermanland Kronoberg Blekinge Skåne Västra Götaland Värmland Örebro Västernorrland Norrbotten		Jönköping Kalmar Gotland Halland Västmanland Dalarna Gävleborg Västerbotten
<b>BRUNT</b>	Jämtland	Blekinge Västra Götaland Örebro Västernorrland	Uppsala Östergötland Jönköping Kronoberg Kalmar Skåne Halland Värmland Västerbotten Norrbotten	Stockholm Södermanland	Gotland Västmanland Dalarna Gävleborg
<b>AMFETAMIN</b>		Stockholm Södermanland Jönköping Kronoberg Blekinge Västra Götaland Örebro Västmanland Dalarna	Uppsala Östergötland Kalmar Gotland Skåne Halland Värmland Gävleborg Västernorrland Jämtland Västerbotten Norrbotten		



Preparat	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändr.	Minskning	Vet ej
<b>KOKAIN</b>	Jämtland	Stockholm Södermanland Östergötland Jönköping Halland Västra Götaland Örebro Dalarna Norrbotten	Uppsala Kronoberg Gotland Blekinge Skåne Värmland Gävleborg		Kalmar Västmanland Västernorrland
<b>ECSTASY</b>		Jönköping Västra Götaland Värmland Västmanland Västernorrland Norrbotten	Stockholm Uppsala Södermanland Östergötland Kronoberg Kalmar Gotland Blekinge Skåne Halland Örebro Gävleborg Jämtland Västerbotten		Dalarna
<b>KAT</b>	Jämtland		Stockholm Södermanland Östergötland Kronoberg Skåne Halland Örebro Västra Götaland Västmanland Västernorrland		Uppsala Jönköping Kalmar Gotland Blekinge Värmland Dalarna Gävleborg Västerbotten Norrbotten
<b>LSD</b>	Jämtland Västmanland	Stockholm	Uppsala Kronoberg Kalmar Halland Västra Götaland Västernorrland	Östergötland Örebro Gävleborg	Södermanland Jönköping Gotland Blekinge Skåne Värmland Dalarna Västerbotten Norrbotten
<b>GHB</b>	Jämtland	Halland Västra Götaland	Uppsala Södermanland Kronoberg Kalmar	Östergötland Jönköping Örebro Gävleborg Västernorrland	Stockholm Gotland Blekinge Skåne Värmland Västmanland Dalarna Västerbotten Norrbotten

Preparat	Förekommer ej	Ökning	Ingen förändr.	Minskning	Vet ej
<b>ANABOLA STEROIDER</b>		Stockholm Östergötland Jönköping Västra Götaland Värmland Dalarna Norrbotten	Uppsala Kronoberg Kalmar Blekinge Halland Örebro Västmanland Gävleborg Västernorrland Jämtland Västerbotten		Södermanland Gotland Skåne
<b>SVARTSPRIT</b>		Östergötland Jönköping Kronoberg Blekinge Halland Västra Götaland Örebro	Uppsala Kalmar Gotland Skåne Dalarna Västernorrland Jämtland Norrbotten	Västmanland	Stockholm Södermanland Värmland Gävleborg Västerbotten

## Metodfrågor

Rapporteringsystemet har funnits i bruk i 19 år och en mer utvecklad form har funnits sedan år 2000.. I det nu tillämpade systemet har formulären sänts in till en fax, som automatiskt överfört svaren till en dator.

### *Ökad snabbhet*

Det datorbaserade svarssystemet innebär en ökad snabbhet. Huvudsyftet med ett rapporteringssystem av detta slag är att snabbt och enkelt få information om tendenser och förändringar i drogmissbruket. Att både uppnå snabbhet och att få omfattande data av hög kvalitet innebär att vissa kompromisser måste göras. Svaren är avgränsade till en beskrivning av ett förhållande vid en given tidpunkt jämfört med ett förhållande vid en tidigare given tidpunkt. Svaren avser inte att beskriva allt missbruk och alla missbrukare. Enkäten har begränsats till att omfatta ett litet antal centrala frågor. När svaren inrapporterats skall återrapportering ske så snart som möjligt. Det har tyvärr visat sig mycket svårt att få enkät-svaren i tid. I stället för två veckor har det oftast dröjt tre månader innan det antal svar sänts in, som är nödvändiga för att få en bra rapportering.

### *Strategiskt urval*

I den första provomgången 1984, som utfördes av Socialdepartementet, ingick 10 kommuner. I den första rapporteringsomgång som utfördes av CAN 1985 tillkom fem kommuner och i den tredje ytterligare tre. Från början var avsikten att storstäderna skulle ingå samt kommuner av olika storlek relativt jämnt fördelade över landets befolkningsregioner. I några av de små kommunerna fungerade rapporteringen mindre bra. Det tilläggsurval som gjorts inom ramen för det nya utvecklade systemet har gjorts utifrån tre kriterier; att det var befolkningsmässigt stora kommuner, att de var spridda över landet och att flertalet var högskole- eller universitetsanknutna. De kommuner som ingår redovisas i tabell 1. Där framgår också att polismyndigheten i samtliga län medverkar som rapportörer.

### *Val av uppgiftslämnare*

Vid en rundringning till alla tidigare rapportörer i november 1999 var det möjligt att få en bild av vilka som arbetade med narkotikafrågor i de olika kommunerna. Med hjälp av dessa uppgifter rekryterades ytterligare uppgiftslämnare i de tidigare deltagande kommunerna. Med hänsyn till förhållandena i de nytillkomna kommunerna rekryterades personer från socialtjänst, sjukvård, polis och frivård samt skola, fritidssektor och frivilligorganisationer. Antalet uppgiftslämnare varierar beroende på kommunernas storlek och organisatoriska uppbyggnad. Sedan rapporteringssystemet startade har t ex stadsdelsförvaltningar införts i Stockholm, Göteborg och Malmö, vilket betytt att socialtjänsten i dessa kommuner utökats med 6-10 uppgiftslämnare. Skolan och fritidssektorn har senare uteslutits ur undersökningen.

### *Reliabilitet*

Karaktären på denna undersökning ger begränsade möjligheter att kontrollera tillförlitligheten i de lämnade uppgifterna. Reliabiliteten kan kontrolleras genom att jämföra svar. Om olika uppgiftslämnare i samma kommun beskriver tendenser och förändringar i missbruksläget hos samma grupper eller område på ett likartat sätt förekommer en hög interbedömarreliabilitet.

Uppgiftslämnarna har valts ut så att de ska täcka olika grupper och områden inom en kommun för att de tillsammans ska ge en relativt täckande och översiktlig bild över förändringarna på drogområdet. Möjligheterna att kontrollera reliabiliteten är därför begränsade. Det har emellertid funnits en viss möjlighet att studera reliabiliteten på arbetsplatser där rapportering från både kommun- och länsnivå

förekommer. En jämförelse har därför gjorts mellan polisrapporteringen från kommunerna och från länen på frågan om tillgången på olika preparat. Identiska svar har våren 2003 lämnats på 69% av frågorna om tillgången på hasch, 63% på marijuana, 56% på vitt heroin, 88% på brunt heroin, 56% på amfetamin, 69% på kokain, 69% på ecstasy, 44% på kat, 50% på LSD, 63% på GHB, 75% på anabola steroider och 63% på svartsprit (hembränt och smuggelsprit). Överensstämmelsen våren 2004 är sämre än vid de tidigare rapporteringarna.

Samstämmigheten inom kommunerna varierar för de olika frågorna. Detta framgår av tabellerna 10 och 11 i bilagan. Helheten tyder dock på att reliabiliteten i en undersökning av den här karaktären inte är lika tillfredsställande som i t ex case-findingundersökningar, strukturerade forskningsprojekt och större enkätundersökningar. Reliabiliteten bör ändå kunna betraktas som nöjaktig i denna undersökning.

### ***Interaktionen mellan rapportkällorna***

För att se om det finns beroende mellan de olika rapporterande myndigheterna jämfördes rapporteringen från myndigheterna i varje enskild kommun våren 2002. Om t ex polisen har fått kännedom om personer som missbrukar ett visst preparat, ökar detta sannolikheten att även frivården/kriminalvården får kännedom om detta. Resultaten visade att det inte fanns några systematiska beroenden mellan rapportkällorna, vilket visar att rapporteringen gett en tillfredsställande bild av narkotikasituationen.

### ***Validitet***

Med validitet menas att svaren ska överensstämma med verkligheten. Det bästa sättet i detta fall att testa validiteten är att jämföra svaren med data i andra undersökningar, som avspeglar liknande eller samma förhållanden. I en del mer sällsynta fall kan undersökningarna sammanfalla i tid, men mera vanligt är att göra jämförelser i efterhand, t ex antal narkotikabeslag under ett år, enkätbaserade skolundersökningar, nationella och regionala kartläggningar av antalet missbrukare och deras missbrukssituation, d v s undersökningar som det tar längre tid att få fram resultaten på. Sådana jämförelser måste göras i efterhand när det gäller utvecklingen över tid i samma område. Det kan diskuteras vad som är acceptabel validitet. För att studera validiteten behöver man kontrollera riktigheten i de svar som lämnats vid ifyllandet av CRD-formuläret. Eftersom registerdata inte finns att tillgå och inte heller andra data som är tillgängliga för den aktuella perioden, är det svårt att på ett enkelt sätt validera en undersökning av denna karaktär.

Ytterligare bedömningar av riskerna med denna typ av uppgifter behöver göras. Svaren kan ha påverkats av annat än den egna arbetssituationen, t ex av rykten eller antydningar. En annan risk är att benägenheten för många sannolikt är större att rapportera ökningarna än minskningar.

### ***Representativitet***

Undersökningen är framför allt upplagd för att ge en bild av trenderna i missbruksutvecklingen och nya drogformer i deltagande kommuner, d v s större kommuner i landet. 44% av befolkningsandelen täcks in av de 27 kommunerna. Dessutom ingår polismyndigheterna i samtliga 21 län (hela befolkningen). De principer som tillämpats för valet av kommuner som ingår i undersökningen har utgått från att missbruket på dessa orter ska vara förhållandevis utbrett (t ex de tre storstäderna) eller att kommunerna har andra ”strategiska” betydelser (t ex geografisk spridning) eller är en central gränskommun (Helsingborg).

Även om alla svar som ges skulle vara valida kan undersökningen inte göra anspråk på att vara representativ för landet som helhet. Med beaktande av det strategiska urvalet av kommuner är det t ex mer sannolikt att nya droger eller drogformer förekommer i de kommuner som medverkar än i andra kommuner. Detta gäller troligen också mer markanta trendbrott. Detta utesluter emellertid inte att nya drogformer eller nya preparat kan ”dyka upp” tidigare i andra kommuner än i dem som deltar i CRD-systemet.

Representativitet betyder i sammanhanget också att uppgiftslämnarna tillsammans bör kunna ge en god bild av förändringarna i missbruket i respektive kommun. Polisen, socialtjänsten, sjukvården och frivården täcker hela kommunen och har kännedom om olika slag av missbrukare. De har den bästa kännedomen om det tunga missbruket och det missbruk som fått sådana allvarliga följder att det kommit till myndigheternas kännedom. Frivilligorganisationer är representerade i större kommuner. Förändringar i det allvarliga missbruket bör därför vara relativt väl belyst, medan förändringar i det experimentella missbruket bland ungdomar och det tillfälliga i socialt väletablerade grupper inte kan förväntas bli uppmärksammat i samma utsträckning.

### ***Felkällor och bortfall***

För att undvika för stort bortfall har påminnelser sänts ut efter sista rapporteringsdag. Eftersom det nya systemet är helt datorbaserat kan det inte ta emot felaktigt insända enkäter. Programmet är känsligt. Orsaker till fel i faxöverföringen kan vara att någon sida kommit snett, att en sida fattas eller att dubbelmatning skett. I dessa fall har uppgiftslämnarna ombetts skicka formuläret på nytt. De som inte skickade sina formulär har blivit uppringda. Andra orsaker till att formulär inte inkommit är att enheten lagts ned och att rapportörer slutat. I dessa fall kommer nya rapportörer att rekryteras till nästa mätning i september 2004. I vårens undersökning inträffade ett datorhaveri, där närmare 30 formulär som insänts 15-17 mars försvann ur systemet. Alla uppgiftslämnare som ännu inte hade skickat in sina formulär kontaktades. Vi kan dock inte utesluta att några enkäter inte ånyo insänts. Bortfallet i denna undersökning uppgår, som tidigare nämnts, totalt till 15%.

En annan felkälla kan vara tidsaspekten. Frågorna avser förändringar från en tidpunkt sex månader bakåt i tiden (förra rapporteringstillfället) till aktuell tidpunkt. Det kan vara svårt för rapportören att veta om en tidigare redovisad ökning eller minskning fortsätter. Om en uppgiftslämnare vill redovisa att det finns ett omfattande missbruk av något, kan det vara svårt att säga om det ökat eller är oförändrat. Upptäckten av ett fenomen visar inte alltid att missbruket ökat. Det kan indikera att det upptäckts. Om t ex en nyanställd uppgiftslämnare knutits till projektet kan det vara svårt för denne att rätt bedöma förändringarna under det senaste halvåret. Försiktighet bör iaktas vid analysen av svaren. I dessa fall finns risk för tolkningsfel.

Ett av problemen är förändringar i förhållande till vad? Om man jämför med en rapportering för sex månader sedan, finns det risker för överrapportering. Det är svårt att svara på om det blir mer och mer förändringar för varje sexmånadersperiod som går. En annan svår fråga att klargöra är ofta när en ökning börjar. Det kan verka som att situationen blir värre, medan den i verkligheten kanske är oförändrad. Härtill kan läggas att det inte kan uteslutas att många svarar utifrån en allmän känsla, än observerade förändringar på den egna arbetsplatsen, när det gäller förändringar under de senaste sex månaderna.

### ***”Vet ej”-svar***

Vissa frågor i formuläret gäller förhållanden som inte kan förväntas vara kända av alla verksamhetsområden som är representerade bland uppgiftslämnarna. En fråga som fått många vet ej-svar kan ändå ge värdefull information om den t ex avser förhållanden som borde vara kända. Andelen vet ej-svar är högre för de medel som inte förekommer i någon större omfattning. Därför har svarsalternativet ”Förekommer ej” lagts till. När det gäller den första frågan om missbruket av ett antal preparat ökat eller minskat, är andelen svar högst när det gäller cannabis, amfetamin, heroin och ecstasy, dvs de vanligast förekommande preparaten i landet. Av samma skäl ligger vet ej-svaren högt när det gäller kat, LSD och GHB. På den andra frågan, som handlar om tillgång på narkotiska preparat, visar andelen vet ej-svar ett likartat mönster.

Slutsatsen är att det ofta är av mindre betydelse om andelen vet ej-svar är hög på någon fråga, dels för att det inte är rimligt att förvänta att alla skall ha kunskap om alla de förhållanden som efterfrågas och dels för att uppgiftslämnarna ombetts att svara utifrån den kunskap hon/han har från sin egen arbetsplats.

### ***Definitionsfrågor***

Det är svårt att definiera grad av missbruk i termer av tungt missbruk och annat missbruk. I vissa fall kan tungt, regelbundet och tillfälligt missbruk tangera varandra. Vi har dock utgått från att det som varit praktiskt möjligt att tillämpa i andra undersökningar även skall vara möjliga att göra i denna. Med **tungt missbruk** menas allt missbruk där injektion förekommit, samt allt övrigt dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika. Med **regelbundet missbruk** menas att narkotika används någon/några gånger per månad – någon/några gånger per vecka och där intagningsättet är annat än injektion. Med **tillfälligt bruk** menas att man använt narkotika någon/några gånger under de senaste sex månaderna. Detta är samma definition som använts i de undersökningar som gjorts för att mäta det tunga narkotikamissbruket i Sverige (se t ex Olsson et al, Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998, CAN rapport nr 61, 2001).