

# Missbruket, Kunskapen, Vården

*Missbruksutredningens forskningsbilaga*

*Delbetänkande av Missbruksutredningen*

*Stockholm 2011*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2011:6

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst. För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-598 191 91  
Ordertel: 08-598 191 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

*Svara på remiss. Hur och varför. Statsrådsberedningen (SB PM 2003:2, reviderad 2009-05-02)*  
– En liten broschyr som underlättar arbetet för den som ska svara på remiss.  
Broschyren är gratis och kan laddas ner eller beställas på  
<http://www.regeringen.se/remiss>

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice.

Tryckt av Elanders Sverige AB  
Stockholm 2011

ISBN 978-91-38-23525-6  
ISSN 0375-250X

# Förord

Missbruksutredningen har som målsättning att senare i vår till regeringen överlämna förslag som skapar förutsättningar för en svensk missbruks- och beroendevård av högsta internationella standard. Den nya svenska missbruks- och beroendevården ska vara kunskapsbaserad och utgå från den enskildes behov.

Det är min ambition som regeringens särskilde utredare att utredningens analys och förslag ska vila på aktuell forskning. Jag har därför valt att anlita flera av landets ledande forskare och experter inom missbruksområdet för att ta fram kunskapsunderlag för utredningens arbete.

För flera av utredningens centrala frågeställningar har det tidigare saknats systematiska kunskapsöversikter och för andra har det funnits ett behov att uppdatera och komplettera tidigare kunskapssammanställningar. I föreliggande forskningsbilaga har jag valt att presentera ett urval av de forskningsrapporter och kunskapsöversikter som utredningen har initierat och finansierat.

Arbetet med att beställa och granska de olika forskningsrapporterna och kunskapsöversikterna, samt att sammanställa forskningsbilagan, har letts av huvudsekreterare Hans Wiklund, fil. dr och kanslichef, med stöd av utredningssekreterare Mikael Sandlund, med. dr och psykiater.

Det är min förhoppning att forskningsrapporterna och kunskapsöversikterna ska vara till nytta för yrkesverksamma och brukare och andra som önskar aktuell information om förhållandena på missbruksområdet i Sverige.

Jag vill tacka samtliga författare i forskningsbilagan som lämnat viktiga underlag till utredningens analys och stundande förslag.

Stockholm i januari 2011

Gerhard Larsson  
Regeringens särskilde utredare

/ Hans Wiklund  
Mikael Sandlund

# Innehåll

1	Särskilde utredarens introduktion.....	7
2	Missbruksvården och samhället .....	15
3	Drogutvecklingen i Sverige .....	51
4	Alkoholsjukdomar i Sverige .....	79
5	Anabola androgena steroider och blandmissbruk .....	87
6	En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index...	97
7	Narkotika i ett framtidsperspektiv .....	169
8	Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom.....	223
9	Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom .....	237
10	Riskbruk av alkohol, dolt beroende, tidig upptäckt och möjliga insatser .....	279
11	Läkemedelsbehandling av beroendetillstånd .....	329
12	Läkemedelsmissbruk .....	365
13	Rapport om dopning .....	411

14	Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården .....	493
15	Kvinnor och män i behandling för missbruksproblem – lika och olika? .....	527
16	Sprutbytesprogram.....	575
17	Etnicitet och missbruks- och beroendevård.....	601
18	Tvångsvård vid missbruk – effekt och kvalitet .....	653
19	Missbrukets ekonomiska börda i Sverige .....	771

# 1 Särskilde utredarens introduktion

## 1.1 Uppdraget

Utifrån målsättningen att skapa förutsättningar för en kunskapsbaserad missbruks- och beroendevård som utgår från den enskildes behov har regeringen genom Socialdepartementet givit Gerhard Larsson i uppdrag (dir. 2008:48) att se över bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453) (SoL), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL), lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM) samt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lämna förslag till förändringar.

I utredningsuppdraget ingår särskilt att ta ställning till hur kommunernas och landstingens ansvar kan tydliggöras samt överväga behovet av förändringar av ansvarsfördelningen mellan de två huvudmännen. Utredningen ska även se över hur ansvaret för tillnyktringsverksamhet enligt lagen (1976:516) om omhändertagande av berusade personer mm (LOB) bör organiseras. Därutöver avser utredningen lägga fram förslag som rör bland annat utbildning och kompetens, kvalitet och statistik, samt forskning och utveckling.

Utredningen ska enligt regeringens direktiv överlämna sina förslag senast den 15 april 2011.

Den särskilde utredaren, Gerhard Larsson<sup>1</sup>, har biståtts av ett sekretariat under ledning av huvudsekreterare Hans Wiklund, fil. dr. och kanslichef, och i övrigt bestående av utredningssekreterarna Mikael Sandlund, med. dr och psykiater, samt Lars Grönvall, jurist.

Därutöver har den särskilde utredaren biståtts av en expertgrupp med företrädare för berörda departement och myndigheter, en forskargrupp med ledande svenska forskare inom missbruksområdet och en brukargrupp med representanter för olika brukar-

---

<sup>1</sup> Den särskilde utredarens bakgrund är bland annat som ansvarig för uppbyggnad och därefter koncernchef för Samhall, landshövding och av flera regeringar anlitad utredare i frågor såväl direkt inom detta område som inom andra områden, främst social-, sjukvårds- och arbetsmarknadspolitik.

och klientorganisationer inom missbruksområdet, samt en referensgrupp med yrkesföreträdare.

## 1.2 Syftet med forskningsbilagan

Utredningens ambition är att analysen och förslagen om en ny missbruks- och beroendevård av högsta internationella standard, som överlämnas till regeringen under våren 2011, ska utgå från aktuell forskningsbaserad kunskap. Inom ramen för översynen av missbruks- och beroendevården har utredningen därför låtit ett antal ledande svenska forskare och experter inom missbruksområdet ta fram olika kunskapsunderlag i form av olika forskningsrapporter och kunskapsöversikter. I föreliggande forskningsbilaga presenteras ett urval av dessa bidrag.

Under utredningsarbetet har det framkommit att det för flera centrala frågeställningar som utredningen har att ta ställning till saknas systematiska kunskapsöversikter och att det för andra finns ett behov av att uppdatera och komplettera befintliga kunskaps-sammanställningar. De forskningsrapporter och kunskapsöversikter som ingår i forskningsbilagan behandlar bland annat följande områden: missbruks- och beroendevårdens historia, förekomsten av missbruk och beroende, förekomsten av samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk eller somatisk sjukdom, vård och behandling vid missbruk eller beroende, vård och behandling för olika målgrupper, vård utan samtycke, samt missbrukets samhällsekonomiska kostnader.

Utredningen vill genom att publicera detta urval av forskningsrapporter och kunskapsöversikter tillgängliggöra viktiga delar av det material som ligger till grund för utredningens analys och förslag. Förhoppningen är också att forskningsrapporterna och kunskapsöversikterna ska vara till nytta för yrkesverksamma och brukare och andra som önskar aktuell information om förhållandena på missbruksområdet i Sverige.

Utredningen avser utöver detta publicera en separat rapport med en internationell översikt av missbruks- och beroendevården i ett antal länder.



### 1.3 Kvalitet och ansvar

Utredningen har initierat och finansierat de forskningsrapporter och kunskapsöversikter som ingår i forskningsbilagan. Forskarnas och experternas bidrag har granskats och diskuterats i utredningens forskargrupp, expertgrupp och brukargrupp.

De uppgifter och uppfattningar som redovisas i de olika rapporterna och översikterna är dock författarnas egna och delas inte nödvändigtvis av utredningen. I betänkandets analys- och förslagsdel redovisar utredningen den analys och de bedömningar som ligger till grund för utredningens förslag.

### 1.4 Författarpresentationer

Nedan följer kortare presentationer av de forskare och experter som författat bidragen i forskningsbilagan.

**Marianne Alanko-Blomé** är läkare och doktorand vid Enheten för infektionssjukdomar, Lunds universitet.

**Sven Andréasson** är läkare och specialist i socialmedicin. Han är verksam som överläkare vid Beroendecentrum Stockholm. Han är också docent i hälso- och sjukvårdsforskning och knuten till Institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet. Han är expert i alkohol- och narkotikafrågor på Statens folkhälsoinstitut och vetenskapligt råd på Socialstyrelsen.

**Bengt-Åke Armelius** är professor emeritus vid Institutionen för Psykologi, Umeå universitet. Hans forskningsinriktning är mot metodfrågor av olika slag, bland annat metoder för att beskriva psykiska störningar och missbruk samt metoder för utvärdering av psykoterapi och annan behandling.

**Kerstin Armelius** är professor emerita vid Institutionen för Psykologi, Umeå universitet. Hennes forskningsintressen är interpersonell psykologi både teoretiskt och metodiskt, behandlingsforskning samt grundläggande frågor om design, kausalitet och evidens inom klinisk psykologi.

**Stefan Arvér** är överläkare och docent i endokrinologi. Han är verksam vid Institutionen för medicin, Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge.

**Mats Berglund** är professor emeritus i klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet. Han är läkare och specialist i psykiatri. Han har sedan slutet av 1960-talet arbetat vid Lunds universitet och utnämndes till professor i klinisk alkoholforskning 1988 i kombination med överläkartjänst vid beroendecentrum vid universitetssjukhuset MAS i Malmö. Han blev professor emeritus 2008. Han har publicerat mer än 200 vetenskapliga artiklar, bland annat inom områdena farmakologisk och psykosocial behandling av alkoholberoende. Under senare år har han utvecklat metoder för intervention vid riskfylld konsumtion av alkohol och för prevention av överdoser vid heroinnarkomani.

**Bo Bergman** är psykiater och docent i psykiatri och verksam som utredare vid Läkemiddelsverket.

**Per Björkman** är docent vid Enheten för infektionssjukdomar, Lunds universitet.

**Stefan Borg** är docent vid Karolinska Institutet och specialist i psykiatri. Han har under många år varit verksamhetschef för Beroendecentrum Stockholm.

**Eva Edin** är överläkare och specialist i psykiatri och allmänmedicin. Hon är verksam vid Beroendekliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg.

**Solvig Ekblad** är legitimerad psykolog och docent i transkulturell psykologi vid Institutionen för lärande, informatik, management och etik, Centrum för medicinsk pedagogik, Karolinska institutet, Stockholm. Hennes forskning rör bland annat migration, socialmedicin och global psykisk hälsa.

**Johan Franck** är professor i klinisk alkohol- och narkotikaforskning vid Institutionen för klinisk neurovetenskap, Karolinska institutet.

**Arne Gerdner** är professor i socialt arbete vid Högskolan i Jönköping och Mittuniversitetet. Han är socionom och internationellt certifierad alkohol- och drogbehandlare och har arbetat många år med behandling av personer med grava alkohol- och drogproblem. Hans forskning rör ofta gränslandet mellan psykiatri och socialt arbete, främst behandling för alkohol- och drogberoende och samsjuklighet samt insatser vid hemlöshet.

**Ulf Guttormsson** är forskningssekreterare vid Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN). Han är bland annat redaktör för den årliga rapporten Drogutvecklingen i Sverige och koordinator för den återkommande drogvaneökningen bland skolelever i Europa. Han har också ansvarat för flera nationella och regionala enkätundersökningar om drogvanoer.

**Monica Hagman** är legitimerad apotekare och chef för hälsa och farmaci, Apoteket AB.

**Anders Håkansson**, är läkare och med. dr och verksam inom klinisk alkoholforskning vid Lunds universitet och Beroendecentrum Malmö.

**Anna Häger Glenngård** är pol. mag. i nationalekonomi och ekon. kand. i företagsekonomi. Hon är verksam som projektledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund och som doktorand vid Institutionen för företagsekonomi, Lunds universitet.

**Pinelopi Lundquist** är apotekare, farm. dr och verksam som utredare vid Socialstyrelsen.

**Helena Löfgren** är fil. mag. i statsvetenskap och verksam som utredare vid Statens folkhälsoinstitut.

**Kajsa Mickelsson** är verksam som utredare vid Statens folkhälsoinstitut.

**Lars-Håkan Nilsson** är läkare och specialist i psykiatri. Han är verksam som medicinsk rådgivare vid Kriminalvården.

**Annika Nordström** är socionom och med. dr i psykiatri. Hon arbetar som hälsoutvecklare vid Landstinget i Västerbottens län.

Hon är även adjungerad lektor i folkhälsovetenskap vid Institutionen för folkhälsa och klinisk medicin, Umeå universitet.

**Lars Oscarsson** är professor i socialt arbete vid Örebro universitet. I sin forskning har han främst studerat alkohol- och narkotikamissbrukets orsaker, yttringar och konsekvenser ur ett kultursociologiskt perspektiv samt den socialtjänstbaserade missbruksvårdens, barn- och ungdomsvårdens organisering, innehåll, utfall och konsekvenser.

**Ulf Persson** är fil. dr och verkställande direktör för Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund. Han är också adjungerad professor i hälsoekonomi vid Ekonomihögskolan, Lunds universitet. Han har publicerat mer än 200 artiklar och rapporter i hälsoekonomi och trafiksäkerhetsekonomi.

**Anders Rane** är överläkare i klinisk farmakologi och professor emeritus i klinisk farmakologi vid Institutionen för laboratoriemedicin, Karolinska institutet.

**Thord Rosén** är docent och verksam vid centrum för endokrinologi och metabolism vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

**Annica Rhodin** är med. dr och överläkare vid Akademiska sjukhuset, Uppsala.

**Christina Scheffel Birath** är legitimerad psykolog och med. dr vid Karolinska institutet. Hon är verksam som klinisk psykolog vid Beroendecentrum Stockholm och arbetar för närvarande med en prevalensstudie om missbrukande kvinnors utsatthet för våld. Hennes viktigaste forskningsområden är kvinnor med alkoholproblem och behandlingsaspekter vid missbruk.

**Vera Segraeus** är fil. dr i sociologi med särskild inriktning mot behandlingsforskning. Hon har varit verksam som metodutvecklare inom socialtjänsten i Uppsala kommun och senare forskningsdirektör vid Statens institutionsstyrelse. Hon har också varit adjungerad professor vid Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning, Stockholms universitet och gästprofessor vid dåvarande Växjö universitet.

**Jenny Sjödin** är ordförande i arbetsgruppen för läkemedel och hälsa, Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL).

**Kurt Skårberg** är socionom och med. dr. Han är verksam vid Beroendecentrum i Örebro.

**Per Sternbeck** är förbundssekreterare vid Riksförbundet för hjälp åt narkotika- och läkemedelsberoende (RFHL).

**Bengt Sternebring** är chefsöverläkare vid Beroendecentrum, Universitetssjukhuset i Malmö.

**Bengt Svensson** är professor i socialt arbete med inriktning missbruk vid Malmö högskola. Han har tidigare bland annat bedrivit forskning om narkotikaanvändares vardagsliv, tvångsvårdens innehåll, rymningar från tvångsvård och kriminalvård samt om ungdomskultur, droger och prevention.

**Johanna Svensson** är pol. mag. i nationalekonomi vid Lunds universitet och biträdande projektledare vid Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi i Lund. Hon arbetar med projekt som rör ekonomisk utvärdering av läkemedel samt läkemedelsmarknaden.

**Bo Söderpalm** är med. dr, universitetslektor och specialistläkare vid Sektionen för psykiatri och neurokemi, Göteborgs universitet.

**Ingemar Thiblin** är professor i rättsmedicin vid Institutionen för kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet och överläkare vid Rättsmedicinalverket. Han har under de senaste 15 åren bedrivit forskning om sambandet mellan användning av anabola androgena steroider (AAS) och våldsamt beteende och förtidig död. Han har även bedrivit epidemiologisk forskning om narkotikarelaterad död, främst orsakad av heroin och metadon.

**Karin Trulsson** är socionom och fil. dr i socialt arbete. Hon har under många år arbetat med missbrukande kvinnor och socialt utsatta familjer som barnpsykiatrisk kurator, socialsekreterare och arbetsledare i kommunal socialtjänst. Trulsson har också som föreståndare varit med om att starta institutionsbehandling för miss-

brukande kvinnor i Malmö. Hennes forskning har kretsat kring kvinnor, missbruk och behandling.

**Sara Wallhed** är legitimerad psykolog vid Beroendecentrum Stockholm och kliniskt verksam med ansvar för implementering av evidensbaserade behandlingsmetoder.

**Anders Widell** är överläkare och docent och verksam inom medicinsk mikrobiologi vid Beroendecentrum Malmö och Lunds universitet.

**Agneta Öjehagen** är socionom, legitimerad psykoterapeut och professor i psykosocial forskning vid Institutionen för kliniska vetenskaper, Lunds universitet. Hon har tidigare arbetat som socialsekreterare och kurator vid alkoholmottagning samt vid specialenhet för personer med självmordsbeteende. Hennes forskning har rört självmordsproblematik, bland annat närståendes situation och samsjuklighet mellan psykisk sjukdom och missbruk eller beroende.

## 2 Missbruksvården och samhället

*Lars Oscarsson, professor i socialt arbete, Örebro universitet*

### **Sammanfattning**

Det offentliga syn på missbrukaren och missbruksvården, liksom missbruksvården faktiska gestaltning, kan relateras till större socio-ekonomiska och politisk-ideologiska strukturer i samhället: Från en i början av 1900-talet individbaserad moralisk syn på missbrukare och en lekmanstyrd missbruksvård byggd på arbete och social fostran, till dagens likaledes individbaserade syn på problemet – men nu med en inom ramen för en medicinsk kontext på forskning och professionell grund byggd missbruksvård; och därmed, närmast som en parentes, det sena 1960- och 1970-talets avindividualiserade syn på missbruket som ett symptom på strukturella brister i välfärdssamhället, och med ökat medvetandegörande och kollektiva samhällsförändrande aktioner som korrekationsmedel.

Som en konsekvens av analysen är missbruksvårdens utveckling i första hand inte ett resultat av professionella eller vetenskapliga framsteg. Istället visar den att missbrukaren, vare sig han eller hon i missbruksvårdens namn tvingas till arbete och social fostran eller erbjuds psykoterapi eller farmakologisk behandling, ställs inför alternativ som i grunden vilar på politisk-ideologiska överväganden. Och det i sin tur innebär att missbruksvården ur såväl ett brukarsom allmänt medborgarperspektiv är en offentlig verksamhet som bör förstås ur såväl ett humanistisk-samhällsvetenskapligt som ett medicinskt perspektiv.

## 2.1 Inledning

### 2.1.1 Syfte och utgångspunkter

Sverige har en lång tradition att bedriva en statligt reglerad och med skattemedel finansierad missbruksvård i form av en långtgående decentralisering och delegering av tillämpningen av lagstiftningen och genomförandet av vården till en politiskt vald kommunal förvaltning och i hög utsträckning icke-offentliga utförare av olika insatser. Och de medborgare som varit föremål för insatserna har i allmänhet haft en socio-ekonomiskt utsatt position i samhället.

Syftet med föreliggande text är att för Missbruksutredningens räkning ge en översiktlig beskrivning av hur utvecklingen av den svenska missbruksvårdens form och innehåll kan förstås i relation till dels den bredare samhällsutvecklingen sett till ekonomiska, sociala, kulturella och politiska förändringar i Sverige (och i viss mån övriga västvärlden), dels den politiska och professionella diskursen kring missbruket och missbruksvården. Fokus ligger på synen på missbruket, dess orsaker och yttringar, och på vilken typ av insatser som ansetts lämpliga gentemot missbrukaren. Däremot kommenteras frågor om huvudmannaskap, organisation i övrigt och finansiering bara när det anses ha betydelse för syftet. Texten belyser perioden från den så kallade Alkoholistlagens tillkomst 1913 fram till i dag, och den utgår ifrån två perspektiv – ett statsvetenskapligt och ett social-konstruktivistiskt.

Det statsvetenskapliga perspektivet bygger på Rothsteins syn på politikens genomförande i Sverige som ett exempel på en korporativistisk förvaltningsmodell (Rothstein 1992) och hans analys av välfärdspolitikens inriktning och omfattning visavi medborgarna (Rothstein 1994). Rothstein menar att den traditionella svenska välfärdsmodellen med en långtgående statlig ambition att bidra till medborgarnas bästa också på individnivå kräver en långtgående decentralisering och delegering från central till lokal politisk nivå och från politiker till tjänstemän. Den i Sverige sedan 1913 års alkoholistlag dominerande synen på alkoholmissbruket som ett i huvudsak socialt problem, till skillnad från t.ex. ett medicinskt-professionellt, har också lett till att statsmakterna öppnat upp för ett korporativistiskt handhavande av problemet, som inneburit att olika icke-offentliga och lekmanbaserade intressenter gjorts delaktiga i framför allt utförandet av de individriktade insatserna.



Det socialkonstruktivistiska perspektivet innebär här att studera sociala, ekonomiska och kulturella processer i ett samhälle som leder fram till att vissa förhållanden etableras såsom varande sociala problem, och att vissa förhållningssätt och aktiviteter uppfattas som legitima visavi dessa problem (se t.ex. Becker 1963; Gusfield 1963; Goffman 1971; Cohen 1987). Social-konstruktivismen har sina rötter i det kunskaps sociologiska perspektiv som formulerades av Berger och Luckmann (1966) där den sociala verkligheten, samhället, det sociala livet och "världen", och vår kunskap om den, inte betraktas som givna utifrån objektiva förhållanden eller fakta, utan som socialt konstruerad.

### 2.1.2 Analysmodell

Sett till utgångspunkterna ovan innehåller missbruksfrågan åtminstone två delfrågor – en som rör problemets karaktär och en som rör dess handhavande. Om vi ser till den första frågan så kan vi i Västeuropa och Nordamerika urskilja två grunddimensioner i svaret. En innebär att förlägga orsakerna till problemet till antingen samhället eller individen, och den andra att se individen såsom drabbad av eller själv skyldig till sina problem. I det första fallet har orsakerna tillskrivits allt från kvarvarande brister i utbyggnaden av välfärdssamhället eller det post-industriella samhällets avtraditionalisering, till synd eller sjukdom. Och svaret på den andra frågan ges delvis av svaret på den första – individen som drabbad av brister i samhället eller av en sjukdom, eller som en syndfull eller intentionellt handlande varelse (se t.ex. Bergmark & Oscarsson 1987, 2000a; Blomquist 1999).

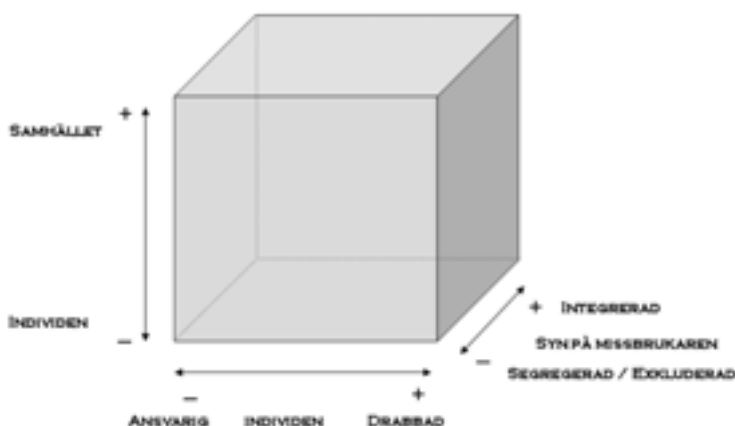
Om vi ser till missbruksvården ställning eller uppgift i samhället så kan vi särskilja två historiska grundperspektiv (Edman 2004): ett rekommodifieringsperspektiv och ett samhällsreformistiskt perspektiv. Det förra innebär att missbruksvården ska återföra den avvikande missbrukaren till ett skötsamt liv, och det senare att missbruksvården utgör en del i ett större politiskt välfärdsprojekt för att minimera utslagningen och avstigmatisera olika former av sociala och medicinska avvikelser. Det förstanämnda, rekommodifieringsperspektivet, kan i sin tur uppträda i två varianter; ett moraliserande som skuldbelägger missbrukaren såsom ansvarlös, karaktärsvag eller liknande, och där missbruksvården har ett närmast (upp)fostrande syfte; och ett medicinskt som söker patolo-

giska förklaringar till det individuella missbruket och där missbrukaren via olika former av vård ska bli ”frisk”.

Till dessa två kan vi lägga ett tredje, ett avkommodifieringsperspektiv (för att behålla begreppsapparaten), som innebär att orsakerna till och lösningen på missbruksproblem ska sökas i samhället istället för hos individen. Det är olika förtryckande processer i (företrädesvis den borgerliga) familjen, på arbetsmarknaden, i det kapitalistiska systemet och i samhällsstrukturen i övrigt, som leder till missbruksproblem på individnivå, och lösningen ligger i att förändra dessa destruktiva processer och strukturer i samhället.

Mot bakgrund av ovanstående kommer missbruksvårdens utveckling att analyseras utifrån två perspektiv eller ”rum” – det problemkaraktäriserande respektive det problemlösande rummet. Det problemkaraktäriserande rummet innehåller tre dimensioner (se figur 1): En som gäller förläggandet av orsakerna till missbruksproblemen till antingen samhället eller till individen, en som gäller individen som ansvarig för eller drabbad av missbruket, och en som handlar om en inkluderande eller exkluderande syn på missbrukaren som ”avvikare”.

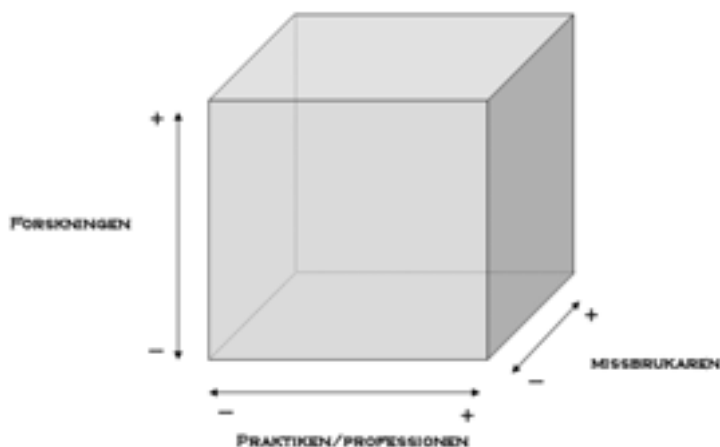
Figur 1 Det problemkaraktäriserande rummet



Också det problemlösande rummet (figur 2 nästa sida) består av tre dimensioner. Dessa representerar de huvudsakliga resurser eller

instanser som samhället under den aktuella tidsperioden sett till eller förlitat sig på för att rehabilitera de medborgare som uppfattats som missbrukare av alkohol – och under senare decennier också narkotika. En sådan resurs är forskningen, en annan en viss praktik eller profession, och en tredje utgörs av missbrukaren själv.

Figur 2 Det problemlösningsansvariga rummet



### 2.1.3 Källor

När det gäller den svenska missbruksvårdens utveckling, relation till politiken och samhällsutvecklingen i övrigt från början av 1900-talet fram till och med 1990-talet finns det ett antal studier som har tjänat som underlag för den här aktuella framställningen. Det gäller framför allt Bergmark & Oscarsson 1994a, 1994b, 1998, Blomquist 1999, Stenius 1999, Oscarsson 2000, 2001 och Edman 2004. Till detta kommer statliga utredningar och propositioner på området. För utvecklingen hittills under 2000-talets första decennium finns det av naturliga skäl färre relevanta studier som kan ge ett perspektiv. Analysen av de senare åren ska därför ses som mer tentativ än den av de tidigare, och mer som ett försök att pekande på tendenser i utvecklingen än på faktiska och kanske bestående förändringar.

## 2.2 Lagen om behandling av alkoholister – utvecklingen under 1900-talets första hälft

Dagens offentliga reglering av svensk missbruksvård har sitt ursprung i den av riksdagen 1913 beslutade och med öppnandet av tvångsvårdsanstalten Venngarn 1916 ikraftträdande lag (1913:102) om behandling av alkoholister ("Alkoholistlagen") – en reglering som sett till praktiken i stor utsträckning var oförändrad fram till 1970-talet. Alkoholistlagen, som kan sägas ha brutit loss missbruksproblemet ur lagstiftningar som reglerat lösdriveri- och fattigdomsfrågor, byggde liksom dessa på ett moraliskt perspektiv, vars utgångspunkt var att individen så långt han eller hon förmår ska försörja sig själv och sina närstående genom arbete. Genom att avvika från denna norm och genom de negativa sociala konsekvenser missbruket medförde sågs missbrukaren som en fara eller olägenhet för samhället; dvs., samhällsskyddet och inte omsorgen om individen var primärt. Och det var den (primär-) kommunala nivån som fick det offentliga ansvaret att tillämpa den nya lagstiftningen visavi medborgarna.

Perspektivet kan föras tillbaka på både dygdetik och luthersk moral, men också på den växande arbetarrörelsens upplevda behov av att distansera sig från den icke skötsamme arbetaren ("trasproletären"), som sågs som en fara och ett hinder för arbetarrörelsens ambitioner att utvecklas till en samhällsbärande institution (Ambjörnson 1988). På det sättet kom missbrukaren så att säga i kläm mellan en äldre traditionell samhällsmoral byggd på klassisk och kristen grund, och en transformering av denna moral till en del i ett politisk-fackligt projekt; i båda fallen med den ansvarstagande, skötsamme samhällsmedlemmen och arbetaren som förebild, och med en väntande belöning för den som levde upp till de moraliska imperativen – antingen i livet efter detta eller i form av makt över sitt liv här på jorden (och med parallella möjligheter till negativa konsekvenser vid bristande moralisk följsamhet).

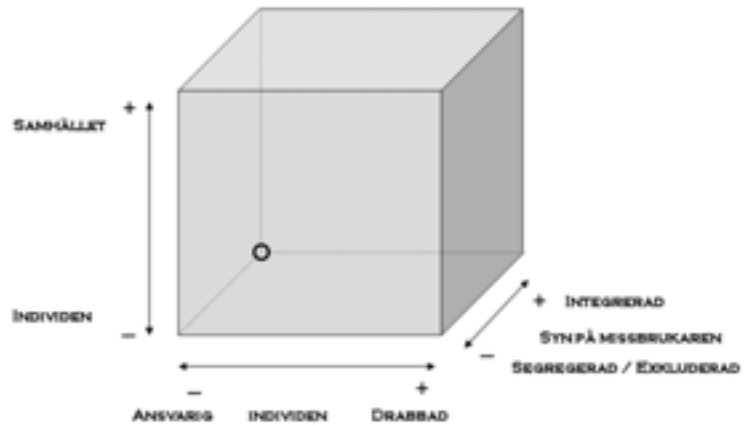
Alkoholistlagen byggde på möjligheten till tvångsinternering om olika så kallade hjälpåtgärder av kontrollerande, övervakande karaktär inte åstadkom en förbättring. Omhändertagandet av personer med missbruksproblem fick således inom ramen för en egen offentlig reglering antingen karaktären av kontroll, där indragning av motboken var det mest frekventa medlet, eller disciplinär fostran för att göra missbrukaren till en skötsam och duglig samhällsmedlem – ytterst via institutionalisering med arbete och moralisk på-

verkan. Olika former av ”öppna” kontrollåtgärder dominerade under perioden, men det skedde också en kraftig utbyggnad av antalet institutioner och institutionsplatser – framför allt under 1930-talet, vilket kan kopplas till den ekonomiska krisen och den ökande arbetslösheten. Lagen reviderades 1922, 1931 och 1938 varvid ytterligare kriterier för ingripande tillkom, något som också kan ha bidragit till utbyggnaden av institutionsvården.

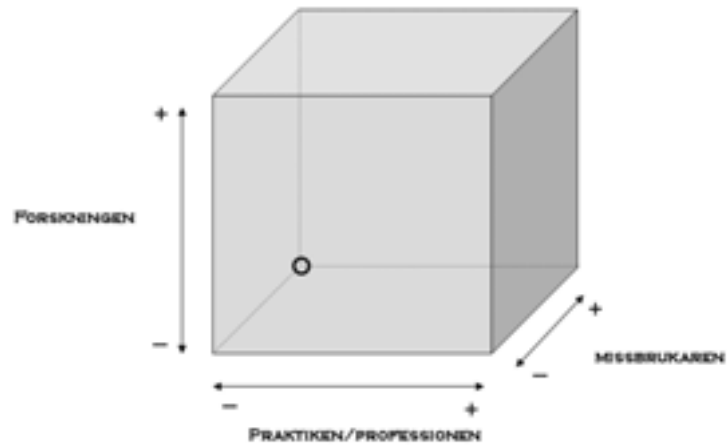
Om vi ser till analysmodellens problemkaraktäriserande rum (figur 3 nästa sida) så förläggs orsakerna till missbruket under denna period till individen; till dennes bristande moral eller karaktär. Ansvar är därför också missbrukarens genom denna avvikande moral eller karaktär och hans eller hennes underlåtelse att ta ansvar för sin egen och eventuella närståendes försörjning. Samtidigt har lagen en inkluderande syn på missbrukaren; han eller hon ska återföras till ett produktivt liv som skötsam samhällsmedlem.

Om vi ser till det problemlösande rummet (figur 4 nästa sida) så var forskningen under den här perioden inte en framträdande kunskapskälla, då problemet sågs som ett i huvudsak moraliskt problem med social fostran och arbete som lämpliga åtgärder. Det fanns inte heller en profession som utifrån unika professionsspecifika kunskaper och arbetsmetoder fick ansvaret för samhällets insatser, utan det lades på lekmanbesatta nykterhets- eller fattigvårdsstyrelser och anstaltspersonal med kompetens för arbetsdrift med det ordinarie arbetslivet som förebild. Ansvar kom istället att falla på missbrukaren själv att ta varning och lärdom av samhällets olika hjälpåtgärder och med betoning på arbetets primat.

Figur 3 Det problemkaraktiserande rummet 1900-talets första hälft



Figur 4 Det problemlösningsansvariga rummet 1900-talets första hälft



Sammanfattningsvis karakteriserades missbruksvården således under första hälften av 1900-talet av ett moraliserande rekommodifieringsperspektiv syftande till att återföra den karaktärssvage missbrukaren till ett liv som skötsamt arbetande samhällsmedlem.

## 2.3 Alkoholistsvårdsutredningen och perioden 1948–1964

1946 års Alkoholistsvårdsutredning, som presenterade sitt betänkande 1948 (SOU 1948:23), innebar sett till synen på missbruksproblemet ett brott mot den tidigare lagstiftningens moraliskt-kontrollerande perspektiv och introducerandet av ett mer komplext medicinskt och socialt synsätt; något som dock inte fullföljdes i lagtexten och bara delvis inom vården. Den tidigare orsaksförklaringen förlagd till individen och dennes bristande karaktär eller moral fick nu en utformning som både innebar möjligheten att vissa individer hade en fysiologisk eller psykologisk predisposition att utveckla ett missbruk, att missbruket i sig kunde leda till olika sjukliga tillstånd, och att den sociala miljön också kunde spela in. Samtidigt betonades de för omgivningen och samhället negativa konsekvenserna av missbruket som ett huvudskäl för samhället att ingripa – fortfarande inte omsorgen om missbrukaren själv. Av betänkandet framgår också att det råder stor osäkerhet kring den närmare karaktären och innebörden hos, och sambanden mellan, de olika av fysiologiska, psykologiska och sociala faktorerna.

Det finns flera förklaringar till det förändrade perspektiv som Alkoholistsvårdsutredningen gav uttryck för. En tydlig sådan är ett missnöje med att den tidigare lagstiftningen och missbruksvården inte ingripit tillräckligt långtgående och effektivt mot missbruket och missbrukarna. En annan är medicinens och läkarnas roll i den rational som kännetecknade framväxten av den svenska välfärdsstaten, av det moderna projektet. Den medicinska vetenskapen och läkarna utgjorde tillsammans med andra (i huvudsak naturvetenskapligt och tekniskt grundade) professioner verktyg för att utveckla välfärdsstaten och för att korrigera dess brister – från infrastruktur och industrialisering till fysiologiska, genetiska och psykologiska defekter hos befolkningen; ett politiskt reformperspektiv som kännetecknade den svenska socialdemokratins in på 1970-talet och som brukar betecknas som social ingenjörskonst (se t.ex. Hirdman 2000). Om missbrukaren tidigare setts som moraliskt eller karaktärsmissigt avvikande på religiösa eller andra samhällsmoraliska grunder, så var han eller hon nu fysiologiskt eller psykologiskt avvikande på medicinska grunder – om än oklart av vilken närmare karaktär.

I linje med det förändrade perspektivet lyfte utredningen fram behovet av ett ökat medicinskt inslag i missbruksvården och av

utbildad, professionell personal. Insatserna skulle vara individuella i form av så kallad ”summationsbehandling” bestående av såväl somatiska som psykiatriska och sociala moment. Liksom ifråga om synen på missbrukets natur så präglas utredningen dock också här av vad som kan beskrivas som en kluvenhet eller osäkerhet i syn på åtgärderna. Å ena sidan lyfts behovet av en mer professionell missbruksvård fram, å den andra betonas det fortsatta behovet av insatser inte minst i form av institutionsvård grundat på ett allmänt engagemang i missbruksfrågan. Man kan här säga att Alkoholistsvårdsutredningen bekräftar och befäster den arbetsdelning mellan det offentliga och det privata, lekmanna-baserade som kännetecknat svensk missbruksvård allt sedan Alkoholistlagen 1913.

Sett till rekvisiten för och innehållet i vården, så skedde dock i praktiken inga radikala förändringar. Inga medicinska indikatorer för ingripande skrevs in i den nya lag (1954:579) om nykterhetsvård (”Nykterhetsvårdslagen”) som kom 1954; och även om ”behandling” var den föreskrivna formen för samhällets insatser så var de repressiva inslagen tydliga i form av kontrollerande ”hjälpåtgärder” eller institutionsvistelse präglad av arbetsdrift. Och arbetsdriften fick snarare formen av arbetsträning för att klara den moderna industrins krav på skicklighet och tempo, än av allmänt fysiskt och moraliskt stärkande. Insatserna riktade sig också fortsatt mot socio-ekonomiskt marginaliserade grupper i välfärdssamhällets utkanter. Någon större professionalisering av vården i riktning mot behandling i mer snäv bemärkelse genomfördes inte heller – med ett undantag. Under 1950- och 1960-talet ökade antalet så kallade alkoholpolikliniker. Liksom övrig offentligt driven missbruksvård drevs dessa ofta i kommunal regi, men hade jämfört med övriga vårdformer och insatser mer välutbildad personal och större inslag av behandling. Här öppnades också en möjlighet för socialt integrerade missbrukare att själva söka hjälp under en mindre stigmatiserande medicinsk rubrik än Alkoholist- och Nykterhetsvårdslagens (under-)klasslagskaraktär.

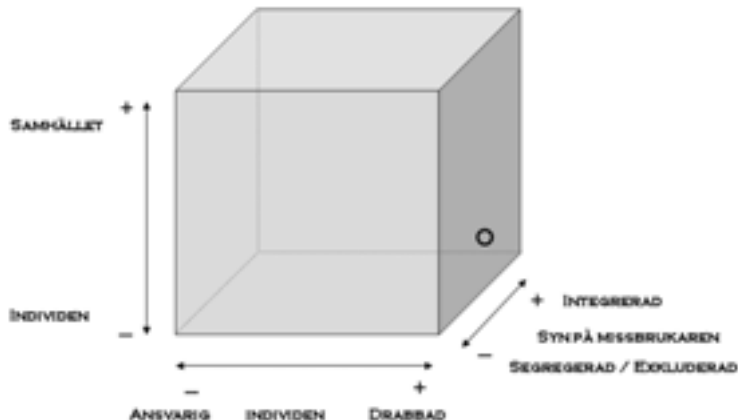
Det kanske främsta skälet till att Nykterhetsvårdslagen inte kom att innehålla några medicinska indikatorer och inte heller ledde till några större förändringar sett till missbruksvårdens innehåll, är att införandet av det medicinska perspektivet inte åtföljdes av några nya effektiva behandlingsmetoder – det var mer just ett perspektiv än en ”verkstad”. Att det individuella missbrukets sociala och ekonomiska skadeverkningar fortsatt kom att utgöra grunden för samhällets ingripande kan förstås mot bakgrund av dels



denna avsaknad av alternativ, dels de förväntade negativa konsekvenserna av motbokens avskaffande 1955. Det ökade antalet alkoholpolikliniker liksom en kraftig expansion av antalet institutioner och institutionsplatser under 1950-talet, understött av ökade statsbidrag till missbruksvården, ska också ses i ljuset av denna händelse.

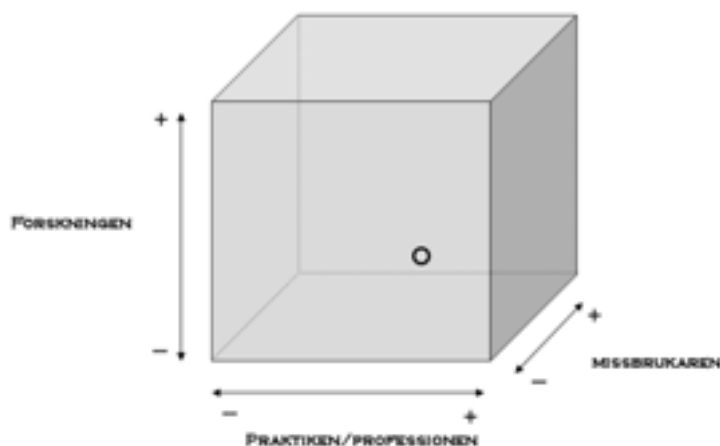
Utifrån den analysmodell vi använder så innebär utvecklingen under perioden 1948–1964, när det gäller problemets karaktär (figur 5), att orsakerna till missbruket fortfarande förläggs till individen. Men de tidigare moraliskt grundade beskrivningarna av missbrukarens tillkortakommanden har här ersatts av en medicinsk begreppsapparat som öppnar upp för att härleda orsakerna till såväl en individuell predisposition att utveckla missbruk som att följderna av ett missbruk kan leda till olika sjukdomstillstånd. Även om vi beaktar den osäkerhet som uttrycks kring den närmare naturen av en predisposition eller de sjukdomstillstånd missbruket kan leda till, så innebär Alkoholistsvårdsutredningen här definitivt en förskjutning av perspektivet från den moraliskt förkastlige missbrukaren som ansvarig för sitt tillstånd till den av någon form av patologi drabbade individen. Förutom att det medicinska perspektivet också innebar att vissa missbrukare beskrevs i termer av eventuella kroniker, så fanns för övriga ett inkluderande synsätt som innebar att de skulle återinlemmas som produktiva samhällsmedlemmar.

Figur 5 Det problemkaraktäriserande rummet perioden 1948–1964



Om vi ser till synen på lösningen på missbruksproblemet (figur 6) så är forskningen fortfarande inte en framträdande kunskapskälla. Däremot lyfts den medicinska praktiken och ett generellt behov av en mer professionell missbruksvård fram, samtidigt som ett socialt, politiskt, ideellt engagemang i missbruksproblemet fortsatt betonas som en viktig grund för arbetet med missbrukare. Och om vi ser till innehållet i vården, så faller det fortfarande på missbrukaren att underkasta sig olika hjälpåtgärder eller tillgodogöra sig en arbetslivsanpassad träning för en blivande position som produktiv samhällsmedlem.

Figur 6 Det problemlösningansvariga rummet perioden 1948–1964



Sammanfattningsvis karakteriseras missbruksvården vid tillkomsten av Nykterhetsvårdslagen 1954 av en förskjutning från ett moraliserande mot ett medicinskt rekommofierings-perspektiv syftande till att inlemma den i någon form patologiskt drabbade missbrukaren till ett liv som produktiv medborgare – dock i flertalet fall utan större inslag av behandlande insatser. Här finns således en diskrepans mellan en ökad medikaliserings av synen på missbrukets orsaker och innehållet i missbruksvården.

## 2.4 1964 års nykterhetsvårdsundersökning och perioden fram till socialtjänstlagen 1980

Under andra hälften av 1960-talet restes i Västeuropa och Nordamerika allt starkare röster som från ett vänsterpolitiskt perspektiv ifrågasatte de rådande ekonomiska och politiska maktstrukturerna i samhället; en utveckling som fick sitt mest dramatiska uttryck i Frankrike där protester och strejker från studenter och arbetare våren 1968 var på väg att leda till en samhällsomstörtande situation som också fått ge namn åt den historiska utvecklingen – ”68-rörelsen” eller ”68-vänstern”. Och inte bara ekonomiska skillnader utan också sociala och psykiatriska problem sågs som konsekvenser av grundläggande socio-ekonomiska och politiska ojämlikheter.

I Sverige kom innehållet i betänkandet från den 1964 tillsatta Nykterhetsvårdsundersökningen (SOU 1967:36) att tydligt spegla denna utveckling. I betänkandet, som publicerades 1967, framfördes stark kritik mot en missbruksvård som kännetecknades av bristande kunskaper och kompetens, av att vara en klasslagstiftning riktad mot socialt och ekonomiskt utsatta grupper, och med en repressiv institutionsvård som mer hade karaktären av förvaring än av vård. Man ifrågasatte också ett vårdtvång på sociala indikationer. Utredningens syn på missbrukets orsaker var också ”i takt med tiden” och innebar ett brott mot det tidigare individperspektivet då den anger såväl samhälleliga strukturella som psykologiska brister hos missbrukaren och i dennes närmiljö som det primära problemet och orsakerna till missbruket – det så kallade symptomteoretiska perspektivet (se t.ex. Lindgren 1993).

Trots sin betoning på de sociala, samhälleliga orsakerna bakom missbruket inkluderade också Nykterhetsvårdsundersökningen ett medicinskt perspektiv. Alkoholmissbruket beskrevs som ett sammansatt socialmedicinskt problem som krävde ett helhetsperspektiv och möjligheten till insatser med motsvarande bredd. Förklaringen till denna dubbelhet kan delvis sökas i samma tro på den sociala ingenjörskonstens möjligheter som också kom till uttryck i Alkoholistvårdsutredningens introducerande av ett mer komplext medicinskt och socialt perspektiv på alkoholmissbruket. Och även om orsakerna till missbruket låg utanför individen så var insatserna riktade mot missbrukaren själv – ett förhållande som i dåtidens socialdemokratiska socialpolitik inkluderade bidrag från såväl medicinska som sociala professioner. I utredningen framfördes också allmänhetens positiva syn på och förtroende för sjukvården

som en förebild för en framtida socialvård som utgick från en helhetssyn på de sociala problemen.

Nykterhetsvårdsundersökningens kritik av missbruksvården kan ses som ett av många bidrag som under 1960-talet ifrågasatte hela den hittillsvarande synen på sociala problem såsom orsakade av brister hos individen vare sig dessa beskrivits i moraliska eller mer patologiska termer. En syn på sociala problem såsom kopplade till samhällsstrukturer och samhällsutvecklingen i stort kom att allt mer dominera den offentliga debatten och 1967 tillsattes den så kallade Socialutredningen. Utredningens uppdrag var att utifrån helhetsperspektivet ta fram en samlad lagstiftning som kunde ersätta de dittillsvarande barnavårds-, socialbidrags- och nykterhetsvårdslagarna.

Socialutredningen lade fram ett principbetänkande 1974 (SOU 1974:39) och sitt slutbetänkande 1977 (SOU 1977:40), och dess arbete kom att i hög grad både präglade och präglas av den intensiva samhällsdebatten under dessa år. Utredningen slog fast att socialvårdens arbete skulle avse både individens totala livssituation och de samhällsstrukturer som låg bakom de sociala problemen, vara av servicekaraktär och bygga på frivillighet. Men när det kom till missbruk, som nu också inkluderade narkotikamissbruk, så försatte sig utredningen i en likartad situation som Nykterhetsvårdsutredningen: Man inkluderade ett medicinskt perspektiv i synen på missbruket och förespråkade behandling, samtidigt som man inte ville inkludera en medicinsk begreppsapparat i en social vårdlagstiftning. Man var också vacklade i frågan om det riktiga i tvångsvård på sociala grunder.

Parallellt med Socialutredningens försök att hantera frågan om missbrukets medicinska status skedde en fortsatt medikalisering av missbruket inom delar av socialförsäkringssystemet, nämligen i 1974 års sjukpenningsreform och i ändrade regler för förtidspensionering 1977. Förändringarna innebar att intagna på allmänna alkoholistanstalter fick rätt till sjukpenning och att alkoholmissbruk kunde utgöra en grund för förtidspension. En dom i Arbetsdomstolen 1978 som avvisade frånvaro från arbetet på grund av alkoholmissbruk som grund för avskedande, då missbruket var att betrakta som en sjukdom, befäste medikaliseringsperspektivet ytterligare.

Den nya socialtjänstlagen (1980:620), som antogs 1980 och trädde i kraft 1982, utgick från en helhetssyn på de sociala problemen och hur de skulle hanteras, byggde på frivillighet och på en närhetsprincip som innebar att insatser skulle ske i olika former av

öppenvård i medborgarnas närmiljö – institutionsvård var ett undantag. Socialtjänstens insatser skulle vidare inte bara vara riktade mot redan tungt problembelastade individer och grupper utan också vara förebyggande; och när det gäller missbrukare inte bara omfatta dem med ett redan utvecklat missbruk, utan också dem som riskerade att utveckla ett missbruk. Lagen var en ramlag som angav målen för samhällets insatser, men inte närmare preciserade vägarna för att nå dem. Staten behöll dock möjligheten till tvångsvård av missbrukare genom en speciallagstiftning – lagen (1981:1243) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM). Genom att grunden för tvångsingripande kunde vara såväl missbrukarens eget som "andras" liv och hälsa, kom lagstiftningen att inte bara bekräfta behandlingsperspektivet inom missbruksvården, utan att också prolongera ett, om än individbaserat, samhällsskydd.

Tillkomsten av LVM kan ses som ett resultat av och ett försök att tillmötesgå olika åsikter och krafter i socialvårdsdebatten, som i tvångsfrågan präglades av en stark polarisering. Å ena sidan uttrycktes ett önskemål om att en gång för alla rensa ut de repressiva, kontrollerande inslagen ur sociallagstiftningen – en ståndpunkt som fanns företrädd inom bl.a. socialutredningen och som kan ses som en tro på en fortsatt reformistisk utveckling av välfärds-samhället enligt svensk modell. Inom den under 1970-talet framväxande narkomanvården, och då speciellt ungdomsvården, framfördes samtidigt starka krav på fortsatta möjligheter till tvångsvård. Kravet grundades i en radikal socialdemokratisk syn på missbrukarna som ett trasproletariat skapat av det kapitalistiska samhället, och där tvångsvård kunde vara nödvändigt för att inlemma dem i en på arbetsklassens värderingar byggd gemenskap.

I och med socialtjänstlagens tillkomst övertog kommunerna och landstingen också ansvaret för de tidigare statligt drivna nykterhetsvårdsanstalterna och möjligheten att bedriva tvångsvård förbehålls det offentliga. Redan 1968 hade kommuner, landsting och stiftelser fått möjlighet att söka statsbidrag för att driva institutionsvård för narkotikamissbrukare.

Om vi ser till innehållet i missbruksvården så kan den under perioden grovt beskrivas som en utveckling från kontroll och arbetsdrift mot behandling och miljöterapi. Inom öppenvården fortsatte utbyggnaden av alkoholpoliklinikerna som kunde erbjuda medicinsk behandling i form av antabus och också rådgivning och psykoterapi. Inom institutionsvården skedde en gradvis utveckling bort från arbetsdriften i centrum mot ett miljöterapeutiskt sätt att

bedriva verksamheten med större inslag av gruppsamtal, av psyko-dynamisk teoribildning, och av för personal och klienter gemensamma aktiviteter när det gällde såväl institutionens skötsel som själva behandlingsarbetet. Omfattningen och takten i denna utveckling såg dock mycket olika ut på olika institutioner. Också inom öppenvården startades miljöterapeutiskt inspirerade verksamheter för socialt marginaliserade missbrukare.

Miljöterapiens introducerande kan ses som ett steg mot en professionalisering av missbruksvården i riktning mot behandling. Men den bör också förstås i ljuset av att den utvecklades som en närmast politisk-ideologisk reaktion mot en dåtida repressiv, kontrollerande psykiatri, som uppfattades som ett medel eller redskap för de styrande i samhället att kontrollera individer och grupper som upplevdes som hot mot rådande maktförhållanden.

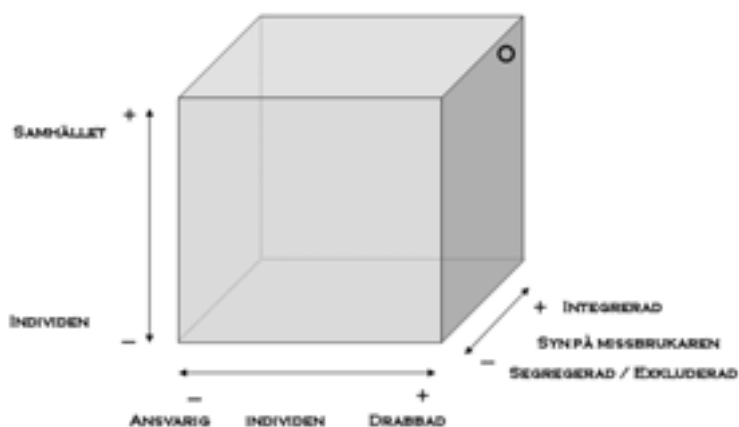
Utvecklingen av missbruksvårdens innehåll kan mot bakgrund av socialvårdsdebatten ses som ett resultat av ett både samhälleligt, politiskt och professionellt dilemma. De statliga utredningarna på området slog fast en syn på sociala problem såsom kopplade till brister i samhällsbygget (symptomteorin) och förordade utvecklingen av en mer professionell socialvård med uppgift att arbeta med såväl individens livssituation som mer strukturellt med de samhällsförhållanden som bidrog till de sociala problemen – dvs. i den sociala ingenjörskonstens anda. Samtidigt saknades såväl effektiva metoder för en professionell missbruksvård, som former för socialvårdens medverkan i mer politiska strukturella frågor på lokal nivå. Mot detta reformistiska i huvudsak socialdemokratiska perspektiv på orsakerna och deras lösning, stod ett mer radikalt eller revolutionärt perspektiv som delvis bejakade orsakerna men menade att det var brister som inte gick att bygga eller reformera bort, utan som krävde radikala förändringar i fördelningen av politisk och ekonomisk makt.

Den institutionella missbruksvården kan ses som en arena där båda dessa perspektiv fick ta plats. För en socialarbetarkår som under perioden genomgick en professionalisering var den psyko-dynamiska teoribildningen ett perspektiv som förenade möjligheterna till ett till synes professionellt behandlingsarbete på individ- och gruppnivå med ett perspektiv som inte skuldbelade missbrukaren, utan istället såg denne som ett offer för sin sociala och psykologiska bakgrund. Och det miljöterapeutiska perspektivet gav möjligheter till gemensamma aktiviteter personal och klienter emellan; något som för personalen manifesterade en solidaritet med

de av samhället och dess institutioner utslagna missbrukarna och en vilja att med förenade krafter förändra dessa förhållanden.

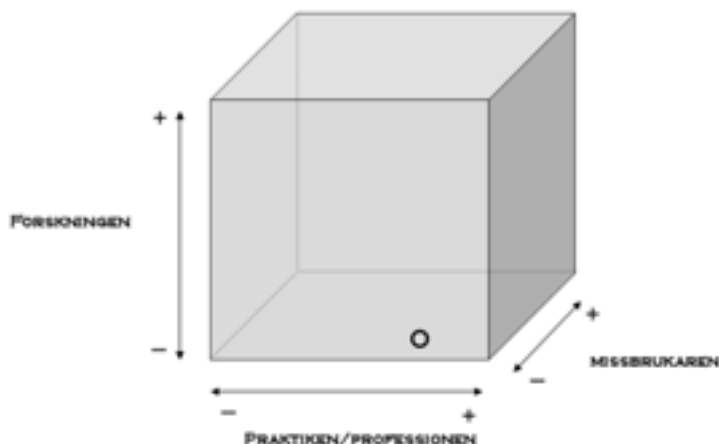
Först i och med socialtjänstlagens tillkomst och utvecklingen av en missbruksvård med "behandling" som reellt ledande begrepp (om än i vid och obestämd form) bröts det repressiva, individkontrollerande perspektivet inom svensk missbruksvård – något som också återspeglas i de dimensioner som ingår i vår analysmodell. Sett till problemets karaktär (figur 7) så förläggs nu orsakerna till missbruket till olika samhälleliga förhållanden, som leder till eller drabbar vissa individer i form av missbruk. Målet med samhällets insatser är fortfarande att integrera missbrukaren i samhällsgemenskapen, men nu som fullvärdig medlem på ett mer generellt sätt utan speciellt fokus på eller via deltagande i produktionen.

**Figur 7** Det problemkaraktäriserande rummet vid socialtjänstlagens tillkomst 1980



När det gäller synen på olika lösningar på problemet (figur 8 nästa sida) så spelar forskningen fortfarande en undanskymd roll, medan missbruksvården som praktik- eller professionsfält, kompletterat med frivilliginsatser, nu tillmäts en stor betydelse. Missbrukaren själv däremot tilldelas en tydlig klientroll såsom drabbad, offer för andra krafter och därmed berättigad till samhällets stöd.

Figur 8 Det problemlösningsansvariga rummet vid socialtjänstlagens tillkomst 1980



Sammanfattningsvis så karakteriseras missbruksvården i början av 1980-talet av ett närmast ideologiskt-professionellt *dekommodifierings*perspektiv, syftande till att medvetandegöra missbrukaren om destruktiva krafter i samhällsutveckling och den egna uppväxten som behöver förändras för att han eller hon, liksom andra utsatta grupper, ska kunna ta del i förändringen av samhället – i antingen en mer reformistisk eller radikal riktning.

## 2.5 Missbruksvården efter socialtjänstlagen och LVM

En av de viktigaste förutsättningarna för missbruksvårdens utveckling under 1980-talet och framåt var att kommunerna och landstingen i och med socialtjänstlagen tog över ansvaret för den institutionsbaserade missbruksvården från staten (dock tog staten tillbaka ansvaret för tvångsvården 1994). Efter socialtjänstlagens och LVM:s ikraftträdande 1982 har det inte skett några mer genomgripande förändringar i lagstiftningen som speglar en förändrad syn på missbrukets orsaker, konsekvenser eller lämpliga åtgärder. De lagändringar som skett har mer varit av förtydligande och administrativ art och bland annat rört ansvarsfördelningen mellan olika huvudmän och tillämpningen av tvångsrekvisiten – med ett undantag.



Mot slutet av 1980-talet utökades möjligheterna till tvångsvård, vilket motiverades med att det är angeläget att alla missbrukare får del av en framgångsrik frivillig vård (SOU 1987:22). Man menar vidare i utredningen att den tvångsvårdade missbrukaren som fått del av samhällets insatser så att säga ”i backspegeln” kommer att vara positiv till att ha utsatts för tvånget i den situation han eller hon då befann sig. Här befasts således något som kan beskrivas som en ”god” paternalistisk motsvarighet till äldre lagstiftnings mer repressiva moraliska syn på vissa grupper av missbrukare. Det växande narkotikaproblemet kan ses som ett skäl bakom utredningens synsätt. Det ökade narkotikamissbruket ledde också till generella avsteg från principen om insatser i öppna former i missbrukarens närmiljö och till ett förespråkande av institutionsvård (Ds S 1984:11). Från samhällets sida markeras således även efter socialtjänstlagens tillkomst att för vissa grupper av missbrukare måste undantag göras från frivillig- och öppenvårdsprincipen.

Däremot har det skett en rad andra förändringar i förutsättningarna för den kommunala förvaltningen, i missbruksvårdens innehåll och i myndigheternas och olika intressenters syn på hur problemet ska åtgärdas. En iakttagelse här är att socialtjänstlagen snarare representerar kulmen på en utveckling än etablerandet av en ny diskurs och praktik inom missbruksvården – ett förhållande som hänger ihop med både politisk-ideologiska förändringar och förändrade förutsättningar för finansiering av offentliga tjänster.

### **2.5.1 Från en socialtjänst för alla till den avvikande missbrukarens återkomst – missbruksvården under 1980- och början av 1990-talet**

Socialtjänstlagens införande sammanföll i stort med att ”vänster-vågen” i samhällsdebatten mattades – och med det också synen på en radikal missbruksvård som en del i en större samhällsförändrande process. Vad som blev kvar var en missbruksvård med behandlingsprincipen som ledstjärna, men fortfarande utan en specifik professionellt utvecklad metodarsenal till sitt förfogande. Detta ”professionella fält utan professionella” (Bergmark och Oscarsson 1990), tillsammans med kommunaliseringen och därmed också decentraliseringen av missbruksvården, statsbidragets utformning och ytterligare faktorer såsom narkotikamissbrukets etablering som ett av samhällets åtminstone retoriskt största pro-

blem, ledde under 1980-talet till en expanderade institutionsvård med ett mycket differentierat behandlingsinnehåll. De radikala samhällskrafternas tillbakagång innebar också en försvagning av den symptomteoretiska synen på missbruket, samtidigt som Minnesota-modellens spridning inom svensk alkoholvård under senare delen av 1980-talet innebar en kraftfull etablering av sjukdomssynen inom framför allt den institutionella missbruksvården, men också som centralt tema i en vidare missbruksdiskurs – en förändring som består än i dag.

Minnesota-modellen med sin grund i AA-rörelsens syn på alkoholmissbrukaren som en person som till skillnad från andra inte kan dricka alkohol på ett kontrollerat sätt, och alkoholmissbruket som en kronisk, progredierande, men behandlingsbar sjukdom, låg rätt i tiden såväl professionellt och politiskt-ideologiskt som socio-kulturellt i en vidare bemärkelse. Professionellt på det sätt att synen på missbruket som en sjukdom och missbrukare som en person som inte är som andra när det kommer till alkoholkonsumtion sammanföll med en bio-medicinsk och psykologisk forskning kring missbrukets natur och missbrukarens personlighet som visade på att alkoholmissbrukare uppvisade såväl bio-kemiska som beteendemässiga olikheter jämfört med ickemissbrukare.

Också politiskt-ideologiskt passade Minnesota-modellen väl in i tidsandan. Under 1980-talets ekonomiska högkonjunktur ersattes det sena 1960- och 1970-talets mer radikala eller reformistiska samhällsdebatt och klimat, som bland annat kom till uttryck i socialtjänstlagen, av nyliberala tankegångar som från det privata näringslivet fördes över till den offentliga sektorn. Det offentliga monopolet på olika välfärdstjänster började ifrågasättas utifrån argument som valfrihet för medborgarna och ett effektivt användande av skattemedel genom konkurrens mellan olika tjänsteproducenter. Genom att introduceras på privat initiativ, med sin för svensk institutionell missbruksvård sensationellt korta vårdtid på fyra till fem veckor, enligt introduktörerna själva dokumenterat positiva behandlingsresultat, och aktiebolag som en av flera former för driften, var Minnesota-modellen närmast ett mönsterexempel på en ”missbruksvård i tiden”.

De nyliberala tankegångarna inom ekonomi och politik tillsammans med den ekonomiska högkonjunkturen påverkade också samhällsklimatet i bredare bemärkelse. Individuell frihet att förverkliga ambitionerna med sitt liv fick ett värde i sig (”självförverkligande”), där statliga och kommunala monopol och andra regleringar upp-

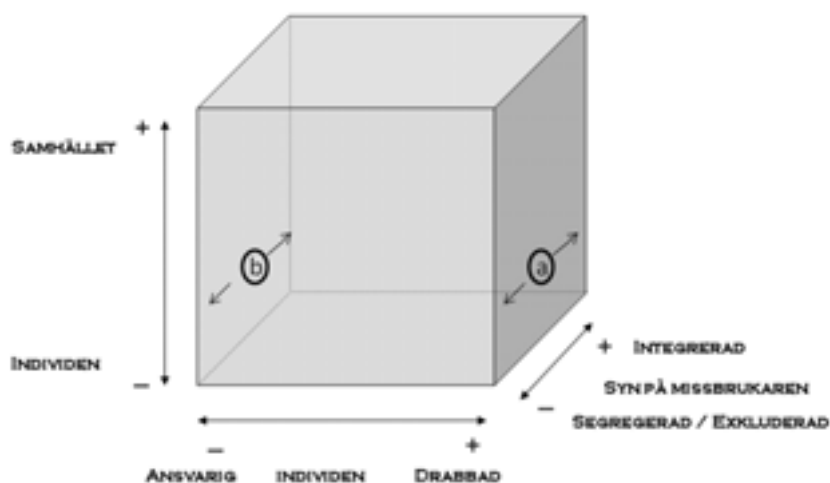
fattades som inskränkningar i denna frihet. Staten skulle svara för vissa grundläggande samhällliga funktioner såsom polis, rättsväsende och försvar (Rothstein, 1994), men i övrigt var det en öppen fråga hur olika funktioner i samhället såsom skola, barnomsorg och sjukvård skulle förvaltas. Att tjänster som dessa i huvudsak skulle vara skattefinansierade ifrågasattes dock inte i någon större utsträckning. Om Minnesota-modellen kan ses som ett politiskt-ideologiskt mönsterexempel på missbruksvården under slutet av 1980-talet, så kan socialdemokraternas valaffisch inför riksdagsvalet 1985 med en ung välklädd ”yuppie” i en öppen sportbil som säger ”Jag röstar på socialdemokraterna – för jag vill ha ordning på Sveriges ekonomi”, ses som sinnebilden för 1980-talets samhällsklimat med jagförverkligandet i centrum och statens uppgift reducerad till att leverera en stabil grund för detta privata projekt. Och parad med denna syn på värdet av individuell frihet finns också en syn på individens eget ansvar för sitt liv när det gäller t.ex. ekonomi, utbildning, och hälsa – inklusive alkoholkonsumtion.

De nyliberala strömningarna och regeringsskiftet 1991, som innebar en borgerlig regering som lyfte fram statlig och kommunal avreglering och införandet av ett konkurrens- och marknadstänkande också inom offentlig verksamhet som eftersträvade förändringar, ledde fram till nya förutsättningar för kommunal verksamhet som kan sammanfattas i begreppen *decentralisering*, *marknadisering* och *differentiering* (SOU 1996:169). Genom kommunernas övertagande av ansvaret för institutionsvården i och med socialtjänstlagen, genom lagstiftningens öppenhet för olika typer av insatser, och genom att vara ett professionellt fält utan en profession som kunde demarkera var gränserna för vad som kan inrymmas i begreppet ”vård och behandling” går, kännetecknades missbruksvården redan under 1980-talet av decentralisering och differentiering; och nu blev den liksom annan kommunal verksamhet också föremål för marknadisering – och under första hälften av 1990-talet också en *ekonomisering* till följd av den stats- och kommunalekonomiska krisen.

Utveckling under senare hälften av 1980- och början av 1990-talet leder till en karaktärisering av missbruksproblemet (figur 9) där individen åter blir bärare av en medicinsk eller social avvikelse, förklarad av bio-medicinska mekanismer eller oförmåga att hantera ”den ny(liberal)a friheten”, och med självförverkligandet som både medel och mål. Förekomsten av såväl ett medicinskt

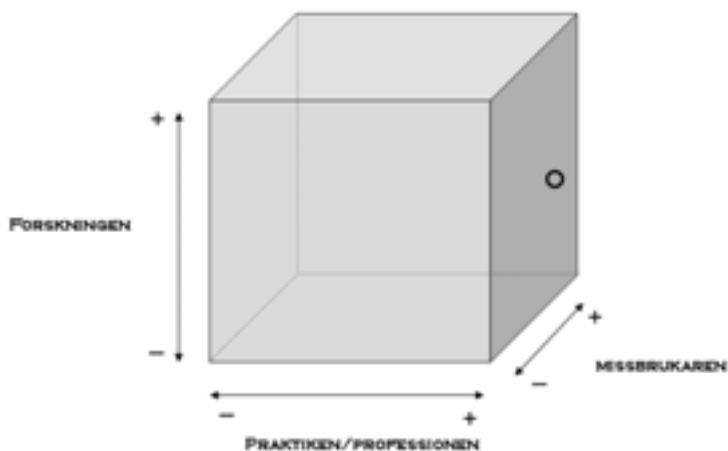
naturvetenskapligt som ett filosofiskt-ideologiskt nyliberalt perspektiv på missbrukets natur innebär att individen, beroende på perspektiv, alltmer börjar ses som antingen drabbad genom att vara bärare av någon form av patologi (a), eller själv ansvarig för sitt misslyckade livsprojekt (b). Och beroende på hur han eller hon hanterar sitt sjukdomstillstånd eller sin misslyckade sociala position så finns möjlighet till såväl social integrering som exkludering – det förra som ”lyckad patient” och det senare som själv ansvarig för sitt liv.

**Figur 9** Det problemkaraktäriserande rummet perioden 1982 – cirka 1995



Problemlösningens ansvar (figur 10 nästa sida) ligger också på missbrukaren, liksom på andra individer med problem, och på den av skattemedel finansierade marknaden av vårdtjänster som nu utgör praktiken och som ersatt staten och till stor del också kommunerna som vårdgivare. Men också (den bio-medicinska) forskningen träder fram som en bidragsgivare i sökandet efter olika svar på problemet.

Figur 10 Det problemlösningansvariga rummet perioden 1982 – cirka 1995



Sammanfattningsvis så utvecklas under perioden fram till och med första hälften av 1990-talet en missbruksvård som karakteriseras av ett nyliberalt kvasimarknads- och reifieringsperspektiv (individen och mänskliga relationer förtingligas), där olika producenter erbjuder ett utbud av vårdprodukter till missbrukare med olika behov – ”kvasi-” då någon annan än missbrukaren själv (annat än via skatten) betalar vården, nämligen fortfarande det offentliga.

### 2.5.2 Missbruksvården i början av det tjugoförsta århundradet – effektstudier och evidensbaserad praktik...

Situationen mot slutet av innevarande decennium kan ses som en fortsättning på den utveckling som skedde under senare delen av 1980- och första hälften av 1990-talet – med ett undantag där det skett en radikal förändring. Synen på missbruket som en sjukdom och en individuell avvikelse har förstärkts genom en fortsatt biomedicinsk och psykiatrisk forskning kring missbrukets orsaker och konsekvenser och genom introducerandet av flera nya farmakologiska behandlingsmetoder inom missbruksvården – ett perspektiv som understöds av en samhällsutveckling som sätter individen och

det individuella i centrum såväl privat som offentligt. En långt gången managementkultur i nyliberal anda har också fått fullt genomslag inom offentlig förvaltning med avskaffandet av styrelserna i olika statliga myndigheter som ett av de tydligaste exemplen. Vi kan också se en allt bredare acceptans av privata alternativ inom vården, som dock i huvudsak fortfarande är offentligt finansierad.

Den radikala förändring som skett under det senaste decenniet är kravet på att missbruksvårdens insatser ska kunna uppvisa dokumenterade behandlingseffekter och kopplingen av detta till så kallad evidensbaserad praktik (Wigzell 1999; Socialstyrelsen 2000; SOU 2008:18). Det på Socialdepartementets initiativ 1993 med koppling till Socialstyrelsen bildade Centrum för utvärdering av socialt arbete (CUS) med SBU, Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering, som förebild, och CUS ombildning och breddning 2004 till Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete (IMS), är ett tydligt statligt initiativ för att stödja och skynda på en sådan utveckling. Med kravet på dokumenterade behandlingseffekter har också kravet på effektstudier inom vården ökat, och då framför allt så kallade randomiserade kontrollerade studier där klienterna slumpas till två olika grupper varav bara den ena får del av den insats vars effekt man vill pröva; likaså efterfrågas sammanställningar av sådan forskning. SBU publicerade 2001 (SBU 2001) en kunskaps-sammanställning i form av en så kallad metaanalys av behandlingseffekter vid alkohol- och narkotikamissbruk; och 2007 publicerade Socialstyrelsen (Socialstyrelsen 2007) för första gången nationella riktlinjer för behandling av alkohol- och narkotikamissbrukare, gemensamma för socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Evidensdiskussionen och de nationella riktlinjerna har inneburit ett förstärkt fokus på framför allt farmakologiska och psykologiska behandlingsmetoder riktade mot individer med diagnosticerat missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika; och har också på det sättet förstärkt bilden av missbruket som en individuell (patologisk) avvikelse.

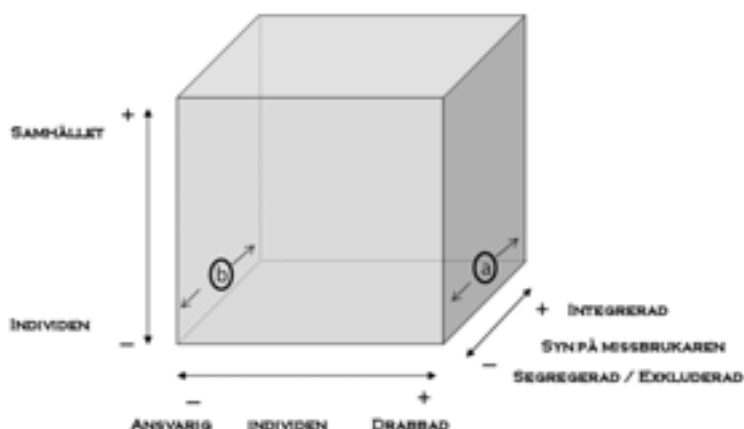
Under senare år har regeringen också genomfört en rad satsningar med hjälp av stimulans- och utvecklingsmedel riktade till kommunerna för att understödja utvecklingen av en effektivare missbruksvård. Exempel på sådana satsningar är *Vårdkedjeprojektet* som pågick 2004 till 2006, *Ett kontrakt för livet* 2005–2007, och *Vårdöverenskommelsen 2006–2007*. För närvarande (hösten 2009) pågår flera satsningar kopplade till bl.a. de nationella riktlinjerna

och till förslagen i SOU 2008:18 – allt i syfte att stimulera utvecklingen av en så kallad evidensbaserad missbruksvård.

För missbruksvårdens praktik har kravet på evidensbaserad insatserna via effektstudier inneburit ett brott i det ”fria marknadstänkande” som kännetecknat 1980- och 1990-talen. Istället har de metoder och tjänster som marknaden erbjuder ifrågasatts sett till behandlingseffekter och evidensbaserad. Men vi saknar jämförbara studier på nationell nivå för att kunna se till den faktiska utvecklingen under de senaste tio åren. Utifrån tillgängliga data (se t.ex. Socialstyrelsen 2005; Socialstyrelsen 2008) är det samlade intrycket dock att genomslaget för metoder med stöd i effektstudier än så länge är måttligt.

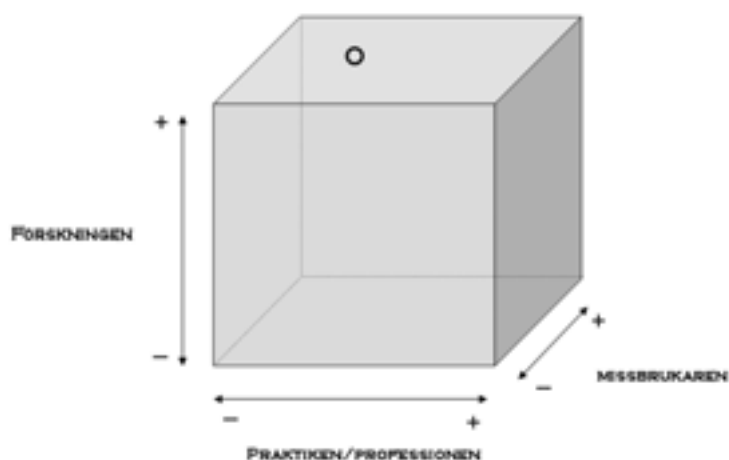
Sett till problemkarakteriseringen (figur 11), och jämfört med senare hälften av 1980- och början av 1990-talet, så har individperspektivet accentuerats ytterligare genom såväl en alltmer framträdande bio-medicinsk förståelse av missbrukets natur, som en fortsatt nyliberal betoning på individens eget ansvar för sitt liv. Därav följer också en fortsatt tudelning av synen på missbrukaren som antingen drabbad (a) eller ansvarig (b) för sitt missbruk – och med åtföljande möjligheter till social integrering eller segregering beroende på hur man förvaltar sin position som antingen ”sjuk” eller som individ med eget ansvar.

Figur 11 Det problemkarakteriserande rummet slutet av 2010-talet



Om problemkaraktiseringen mot slutet av 2010-talet är en fortsättning på en utveckling som startade under senare hälften av 1980-talet, så har det skett en tydlig förändring i synen på problemlösning(-ar) (figur 12). Missbrukaren har fortfarande ett ansvar att åtgärda sin situation såsom antingen behandlingssökande patient eller ansvarstagande samhällsmedborgare. Tilliten till en praktik som kan förse vårdmarknaden med ett utbud av effektiva behandlingsinsatser har däremot kraftigt försvagats på grund av knappheten på evidensbaserade metoder. Istället har (den kliniska effekt-) forskningens ställning stärks genom sin antagna kompetens att utveckla och peka ut ”evidensbaserade metoder”.

Figur 12 Det problemlösningsansvariga rummet slutet av 2010-talet



Sammanfattningsvis så befinner sig missbruksvården i dag i ett initialt transformationsskede som syftar till en radikal förändring av dess karaktär – från ett konkurrensbaserat mer eller mindre fritt marknadstänkande till ett expertkontrollerat och forskningsstyrkt professionellt fält (jämför den tidigare karakteriseringen av svensk missbruksvård som ”ett professionellt fält utan professionella”).



### 2.5.3 ...och det närmaste årtiondet?

Om vi sett till utvecklingen under efterkrigstiden tolkar socialtjänstlagen som ”ett barn av sin tid”, som ett uttryck för en radikal samhällskritik till vänster om socialdemokratins i tid begränsad till en femtonårsperiod från slutet av 1960-talet till början av 1980-talet, så kan vi med början i 1946 års Alkoholistsvårdsutredning se en utveckling över tid mot en alltmer etablerad syn på missbruket och missbrukaren som en social och medicinsk individuell avvikelser. Alkoholistsvårdsutredningen innebar en förskjutning i synen på missbrukaren från en moraliskt förkastlig individ till en utsatt för någon form av patologisk störning. 1964 års Nykterhetsvårdsundersökning inkluderade vid sidan av sociala, samhälleliga orsaker bakom missbruket, också ett medicinskt perspektiv, och sjukpenningssystemet 1974 och de ändrade reglerna för förtidspensionering 1977 innebar att staten inom ramen för socialförsäkrings-systemet erkände alkoholmissbruk som en sjukdom – ett synsätt som blev alltmer spritt inom såväl vårdapparaten som delar av samhället i övrigt i och med Minnesotamodellens genomslag i Sverige under senare hälften av 1980-talet. Minnesotamodellens i grunden lekmanbaserade förståelse av missbruksproblemet som en individuell ”sjukdom” har kompletterats och förstärkts av de senaste decenniernas utveckling inom bio-medicinen och psykiatrin, som inom sitt naturvetenskapliga paradig bekräftar missbruket som en individuell patologisk avvikelse möjlig att fastställa med hjälp av etablerade diagnostiska kriterier – något som också det senaste decenniets diskussion kring begreppet evidensbaserade metoder bidragit till.

Vad ska vi då tro om utveckling under de kommande tio åren i ljuset av den bredare samhällsutvecklingen? Vi har tidigare beskrivit hur ett reformistiskt socialdemokratiskt perspektiv på samhällsutvecklingen från och med senare hälften av 1980-talet alltmer ersatts av nyliberala tankegångar som utgår från såväl individens frihet att själv forma sitt liv som att också ta ansvar för konsekvenserna av sina val. Vi kan se detta på snart sagt alla samhällsområden – från avskaffandet av de kommunala bostadsförmedlingar som länk mellan den bostadssökande och fastighetsmarknaden, till införandet av en premiepensionsdel i det allmänna pensionssystemet vars placering på marknaden individen förväntas själv ta ansvar för.

Om fokuseringen på individen är ett centralt karakteristika för politiken och samhällsutvecklingen under de senaste decennierna så

är internationaliseringen ett annat. Om orsakerna till den ekonomiska krisen under 1990-talet delvis kan förläggas till den svenska politiken, finans- och arbetsmarknaden så är alla bedömare överens om att orsakerna till den nuvarande krisen finns utanför Sveriges gränser. Samtidigt har både 1990-talskrisen och den nuvarande visat att den nationella politikens möjligheter att skapa trygghet och stabilitet för samhällsmedborgarna, oavsett deras socio-ekonomiska status, är starkt begränsad i en tid då snart sagt alla delar av samhällslivet, och därmed också det privata individuella livet, är beroende av framför allt politiska och ekonomiska förändringar i ett globalt perspektiv.

Sociologer som Beck och Giddens (Beck et al 1994; Giddens 1991) beskriver det "posttraditionella" samhället som en livsvärld där industrisamhällets krav på självdisciplin och konformitet å ena sidan ersatts av inte bara individens möjligheter till utan också krav på att själv utveckla och ta ansvar för sitt livsprojekt; och å den andra en politisk-ekonomisk och social problematisering av denna frihet om yttringarna av den hotar breda och inflytelserika grupper och intressen. Också här avkrävs individen således självdisciplin för "det allmännas bästa". Det posttraditionella samhället har samtidigt inneburit en losskoppling av generationer och av traditionella socio-ekonomiskt och socio-kulturellt signifikanta grupper från varandra och från en primär- eller lokalgruppsgemenskap – en utveckling som började redan i och med industrialismen och landsbygdsbefolkningens inflytning till städerna. I och med socialdemokratiens position som statsbärande parti och den svenska modellens ambition att via en stark stat "lägga livet till rätta" (Hirdman 2000) i form av t.ex. offentlig barn- och äldreomsorg, skapades en vidgad privatsfär och ett handlingsutrymme för många medborgare utan traditionellt moraliskt eller praktiskt givna uppgifter. Också en nyliberal samhällsvision utgår ifrån en individ befriad från av traditionen determinerade val och livsprojekt. Den livsvärld som konstitueras av det posttraditionella samhället är på det sättet ett faktum oberoende av om vi ser det i ljuset av ett socialdemokratiskt, reformistiskt samhällsprojekt eller ett nyliberalt.

Det postindustriella samhället har således medfört ett gradvist upplösande eller försvagande av de traditionella källorna för såväl moraliska som kulturella och politiska samhälleliga värden; tidigare kyrkan och familjen, och under mellankrigsåren och fram till 1960-talet i stor utsträckning arbetarrörelsen med den skötsamme och (fort-)bildade industriarbetaren som individuella förebilder; och

med en för det gemensammas bästa också ansvarstagande industriägargrupp inom ramen för Saltsjöbadsavtalet som bas för en reformistisk samhällsutveckling.

Genom frikopplingen av regleringen av våra individuella handlingar och livsprojekt från "traditionella värden", och därmed också från beroendet av och lojalitet med klassrelaterade eller lokala sociala strukturer, uppstår ett behov för samhället att på annat sätt reglera handlingar och beteenden som ses som hot mot det allmännas bäst; och det oberoende av om detta bästa har, med Tönnies begrepp, "gemeinschaft" eller "gesellschaft" (se Asplund 1991) som samhällsideal; eller annorlunda uttryckt, kan kopplas till den socialdemokratiska svenska modellen eller till ett nyliberalt marknadssamhälle. Definierandet av vad som är normalt eller icke normalt när det gäller t.ex. alkoholkonsumtion, och ansvaret för att agera i det senare fallet, flyttas från primärgruppen och lokalsamhället till professioner och offentliganställda såsom läkare, psykologer och socialarbetare – ett val som i Sverige politiskt kan ledas tillbaka till socialdemokratin och den sociala ingenjörskonsten. Och dessa professioners bedömningar och agerande utgår inte från lokala, kollektivt delade ritualer med tillhörande traditionella norm- och värdesystem, utan bygger på vetenskaplig kunskap och en rationalitet uttryckt i nationslösa diagnos- och klassifikationssystem såsom DSM och ICD (jfr Bergmark & Oscarsson 2000b).

Den analys av några av villkoren för och yttringarna av det posttraditionella samhället som skisserats ovan innebär, om vi blickar ett tiotal år framåt i tiden, att politikens möjligheter att bygga, och medborgarnas tilltro till, ett kooperativt samhällsprojekt, där staten står som garant "för det allmännas bästa" oavsett individens bakgrund och socio-ekonomisk status, har ersatts av ett nyliberalt samhällsbygge där individer inom ramen för en ökad valfrihet själv tar ett allt större ansvar för och konkurrerar om grundläggande sociala och ekonomiska resurser på olika former av marknader eller kvasimarknader (Oscarsson 2001) – en utveckling som i grunden är oberoende av om det sett till dagens politiska landskap är en borgerlig allians eller ett rödgrönt alternativ som är i majoritet.

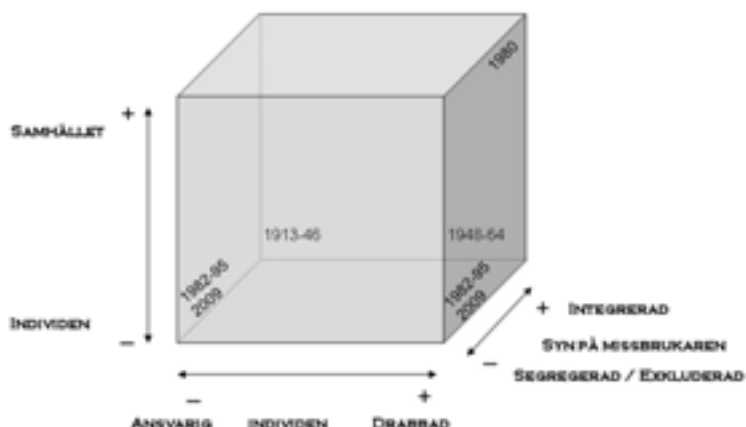
I en samhällsutveckling som kännetecknas av individens eget ansvar för såväl framgångar som misslyckanden i livet, inklusive ansvaret för den egna hälsan, där politiken inte längre har vare sig ekonomin eller den legitimitet som krävs för att i den starka statens namn ta ansvaret för medborgarnas väl och ve på livets alla områ-

den, och där såväl definitionen som åtgärdandet av vad som anses som "avvikande" överlämnats till på vetenskaplig grund agerande människovårdande professioner (jfr Haselfeldt 1983), så är den troliga utvecklingen när det gäller samhällets syn på missbrukets karaktär och på problemets handhavande en fortsättning på den utveckling som började med 1946 års Alkoholistsvårdsutredning och dess syn på missbruket och missbrukaren som en, förutom social, också medicinsk individuell avvikelse; en utveckling som, paratetiskt ifrågasatt under 1960- och 1970-talet vänsterrörelse, i dag bärs fram av en bio-medicinskt grundad psykiatrisk förståelse av (gravt) missbruk som ett "beroendetillstånd" – och understött av kravet på behandlingsmetoder vars effekter bevisats i experimentella metoder hämtade från en naturvetenskaplig forsknings-tradition.

## 2.6 Sammanfattande bild av utvecklingen

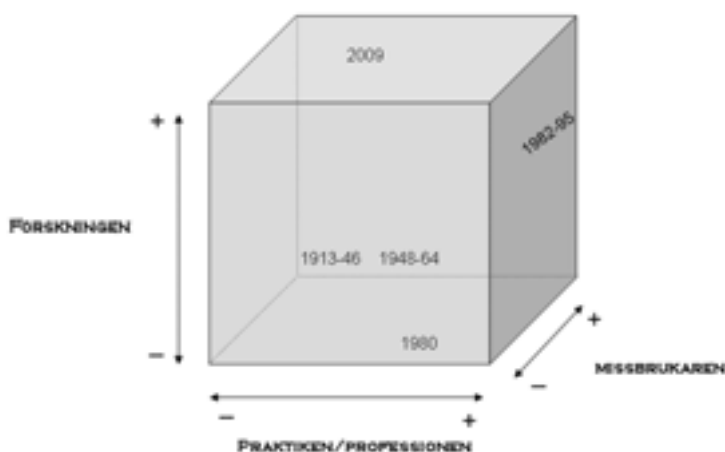
Om vi försöker sammanfatta utvecklingen från tiden för Alkoholistlagens tillkomst 1913 fram till i dag när det gäller synen på missbruket och missbrukaren (figur 13 nästa sida) så har den gått från ett moraliskt förklarad individperspektiv, över ett ospecificerat medicinskt sådant, till ett individperspektiv förankrat i såväl, eller antingen eller, en medicinsk alternativt politisk-ideologisk syn på individens utsatthet och handlingsfrihet. Det offentliga har under hela tidsperioden haft en inkluderande syn på missbrukaren i förhållande till samhällsgemenskapen – ett förhållningssätt som under de senaste decennierna dock blivit mindre stipulativ med hänvisning till individens frihet och egna ansvar för sina handlingar och livsval. Det som bryter utvecklingsmönstret är den utveckling som började i mitten av 1960-talet, som kulminerade i och med socialtjänstlagens tillkomst 1980, och som innebar att missbruket sågs som symptom på strukturella problem på samhällsnivå – en "avvikelse" som syns tydligt i figur 13 på nästa sida.

Figur 13 Det problemkaraktiserande rummet utvecklingen 1913–2009



Om vi istället går till hur samhället sett på och hanterat problemet på individnivå (se figur 14 nästa sida) kan vi se en utveckling från en lekmannastyrd på arbete, moralisk och social fostran baserad missbruksvård, över 1970- och 1980-talets professionalisering och marknadsiering i form av ett brett utbud av (psyko-) terapier, till dagens forsknings- och expertbaserade ambitioner att utveckla och implementering en evidensbaserad missbruksvård. Missbrukaren eller individen har under hela perioden, med ett undantag, tillskrivits ett eget ansvar att antingen såsom i behov av moralisk och social fostran underkasta sig samhällets (tvångs-)åtgärder, eller att som patient eller klient söka samhällets hjälp för sina behov av behandling och andra insatser. Undantaget är också perioden från mitten 1960-talet till cirka 1980 då missbrukaren sågs som ett offer för, eller drabbad av strukturella samhällsproblem; och det var missbruksvårdens ansvar att hjälpa missbrukaren och att göra denne delaktig i ett gemensamt förändringsarbete.

Figur 14 Det problemlösningsansvariga rummet utvecklingen 1913–2009



Två genomgående teman under hela perioden är relationen mellan dels synen på missbruket som ett i huvudsak medicinskt eller socialt problem sett till orsakerna och yttringarna, dels samhällets insatser som grundade på arbete och fostran eller på behandling; teman som glider in i varandra och ibland kompletterar, ibland befinner sig i konflikt med varandra. Så ökade under efterkrigstiden efterfrågan på medicinsk medverkan också i den på arbetsdrift baserade institutionsvården, och i såväl 1960- och 1970-talets miljöterapi som dagens evidensbaserade metoder för tyngre missbrukare, t.ex. Community Reinforcement Approach (CRA), utgör arbete ett centralt inslag i behandlingen. Och samtidigt som arbetsförmåga på grund av missbruk berättigar till sjukpenning sedan 1974 konstaterar Socialstyrelsen mer än trettio år senare i sina riktlinjer för missbruksvården (Socialstyrelsen 2007) att det saknas underlag för att ta ställning till frågan om missbrukets karaktär av sjukdom – ett av de kanske tydligaste exemplen på det svenska samhällets kluvna och motsägelsefulla syn på missbrukets natur.

## 2.7 En avslutande kommentar

Det socialkonstruktivistiska perspektivet har dominerat samhällsvetenskapliga analyser av bland annat sociala och medicinska problem under en lång rad av år. Perspektivet innebär att vi söker efter de sociala, samhälliga processer som leder till att vissa förhållanden eller fenomen uppfattas som ett visst slags problem, t.ex. ett medicinskt eller socialt, och till av vi väljer vissa sätt att bemöta problemet – t.ex. via arbete och moraliskt påverkan eller farmakologisk behandling. Etablerandet av ett fenomen som ett socialt *eller* medicinskt problem, sker i en process där olika individer och grupper i ett samhälle ger mening och betydelse åt olika fenomen och där, beroende på maktförhållanden, rådande uppfattningar om människan, samhället och olika delar av det sociala livet, vissa fenomen *tillskrivs* karaktären av t.ex. socialt eller medicinskt problem (Bergmark & Oscarsson 2000).

Att missbruk under tidigare århundraden setts som ett tecken på synd, lättja eller bristande moral kopplas till att inte bara mänskliga handlingar utan samhället i stort tolkades utifrån en religiös förståelse av världen – att vissa mänskliga handlingar och positioner ledde till att en individ betraktades som en ”usel syndare” och till att andra var ”konung av guds nåde”. På motsvarande sätt kan dagens syn på missbruket och missbrukaren som ett resultat av någon form av patologi, psykologisk eller medicinsk, kopplas till det posttraditionella samhällets avtraditionalisering när det gäller förståelsen och reglering av vardagliga mänskliga handlingar, inklusive missbruk, och överlämnandet av ”avvikande beteenden” till i förhållande till individen eller medborgaren anonyma professioner som agerar på vetenskaplig istället för traditionell grund. Ett sådan individualiserat, bio-medicinskt perspektiv på vad som av majoritetssamhället eller inflytelserika grupper i samhället uppfattas som avvikande beteenden, förstärks ytterligare av ett nyliberal samhällsprojekt med en på olika ”marknader” i olika livs- och samhällssfärer fritt och under eget ansvar agerande individ som ideal.

Och på samma sätt som missbruksvårdens form och innehåll under Alkoholistlagens tid kan ses i ljuset av dåtidens moraliskt baserade syn på den rättskaffens medborgarens skyldighet att försörja sig själv och sina närstående, kan 1960- och 1970-talet miljöterapi och Hasselapedagogik båda ses som reaktioner på den dåtida samhällsutvecklingen; miljöterapi mot bland annat vad man uppfattade som ett traditionellt auktoritärt och kärnfamiljbaserat sam-

hällsideal; och Hasselapedagogiken mot vad som sågs som ett kapitalistiskt samhälle byggt på en (ohelig) allians mellan en förborgligad socialdemokrati och kapitalägarna (Oscarsson 2000).

Synen på missbruket liksom missbruksvårdens form och innehåll är således här en spegel av rådande och förändrade strukturer och uppfattning i samhället. Och under den aktuella tidsperioden så har synen på missbruket och på missbruksvården i huvudsak speglat de etablerade strukturerna och uppfattningarna i samhället – med 1960- och 1970-talets miljöterapi och Hasselarörelse som oppositionella undantag.

## Referenser och bakgrundslitteratur

- Ambjörnsson, R. (1988) Den skötsamme arbetaren. Idéer och ideal i ett norrländskt sågverkssamhälle 1880–1930. Stockholm: Carlsson.
- Asplund, J (1991) Essä om Gemeinschaft und Gesellschaft. Göteborg: Korpen.
- Beck, U., Giddens, A. & Lash, S. (1994) Reflexive Modernization. Politics, Traditions and Aesthetics in the Modern Social Order. Cambridge: Polity Press.
- Becker, H. S. (1963) Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance. New York: The Free Press.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1991) The Social Construction of Reality. London: Penguin.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1987) Bergmark, A. & Oscarsson, L.: The Concept of Control and Alcoholism. British Journal of Addiction, 11, 1203–1212.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1990) Vad får det kosta att bota missbrukare? En text kring etik och missbrukarvård inom Socialtjänsten. I Pettersson, U. (red.). Etik och socialt arbete. Stockholm: Skeab and Socialstyrelsen.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1994a) Från producenternas paradis till marknadens retorik – den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1980- och 90-talet. I Pettersson, U. (red.) Socialtjänstens klientarbete – från vision till marknad? Lund: Studentlitteratur.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1994b) Swedish Alcohol Treatment in Transition? Nordic Alcohol Studies, 11, 43–54.



- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1998) Hur styrs missbrukarvården? Om utvecklingen under 1990-talet, *Socionomen*, 4, 47–53.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (2000) Sociala problem. I Meeuwse, A., Sunesson, S. & Swärd, H. (red) *Socialt arbete. En grundbok*, Stockholm, Natur och Kultur.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (2000b) Vilket är problemet? Perspektiv på alkoholproblemen karaktär. I Berglund, M., Andreasson, S., Bergmark, A., Blomqvist, J., Lindström, L., Oscarsson, L., Ågren, G. & Öjehagen, A. *Behandling av alkoholproblem – en kunskapsöversikt*, Stockholm: CUS/Liber utbildning.
- Blomqvist, J. (1999) *Inte bara behandling – vägar ut ur alkoholmissbruk*. Vaxholm: Bjurner och Bruno AB.
- Ds S 1984:11 Offensiv narkomanvård II.
- Edman, J. (2004) *Torken. Tvångsvården av alkoholmissbrukare I Sverige 1940–1981*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.
- Giddens, A. (1991) *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Goffman, E. (1961) *Asylum*. New York: Double-day.
- Gusfield, J. R. (1963) *Symbolic Crusade: Status, Politics and the American Temperance Movement*. Urbana: University of Illinois Press.
- Cohen, S. (1987) *Folk Devils & Moral Panic – the Creation of Mods and Rockers*. Cambridge & Oxford: Basil Blackwell.
- Hazelfeldt, Y. (1983) *Human Service Organizations*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice & Hall.
- Hirdman, Y. (2000) *Att lägga livet tillrätta*. Stockholm: Carlsson.
- Lag (1913:102) om behandling av alkoholister
- Lindgren, S.-Å. (1993) *Den hotfulla njutningen. Att etablera drogbruk som samhällsproblem 1890–1970*. Stockholm: Stehag.
- Oscarsson, L. (2000) Den socialtjänstbaserade missbrukarvården under 1990-talet – förutsättningar, utveckling och behov. I *Välfärd, vård och omsorg*, SOU 2000:38, 57–105.
- Oscarsson, L. (2001) Missbrukarvården och samhället – utvecklingen under 90-talet. *Socionomen*, 5, 20–25.
- Rothstein, B. (1992) *Den korporativa staten. Intresseorganisationer och statsförvaltning i svensk politik*. Stockholm: Norstedts.

- Rothstein, B. (1994) Vad bör staten göra? Om välfärdsstatens moraliska och politiska logik. Stockholm: SNS förlag.
- SBU (2001) *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem. En evidensbaserad kunskapssammanställning*. SBU-rapport 156/I & 156/II.
- Socialstyrelsen (2000) Nationellt stöd för kunskapsutveckling inom socialtjänsten. Sos-rapport 2000:12.
- Socialstyrelsen (2005) Insatser och klienter i behandlingsenheter för vuxna alkohol- och drogmissbrukare.
- Socialstyrelsen (2007) Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevården. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblematik.
- Socialstyrelsen (2008) Individ- och familjeomsorg. Lägesrapport 2007.
- SOU (1948:23) Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m.m.
- SOU (1967:36) Nykterhetsvårdens läge. Del I. Klientel och behandlingsresurser.
- SOU (1974:39) Socialvården. Mål och medel.
- SOU (1977:40) Socialtjänst och socialförsäkringstillägg. Lagar och motiv.
- SOU (1987:22) Missbrukarna, Socialtjänsten, Tvånget.
- SOU (1996:169) Förnyelse I kommuner och landsting.
- SOU (2008:18) Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten – till nytta för brukarna.
- Stenius, K. (1999) Privat och offentligt I svensk alkoholistvård. Arbetsfördelning, samverkan och styrning under 1900-talet. Lund: Arkiv förlag.
- Wigzell, K. (1999) Personalen skyddas – inte klienterna. DN Debatt 1999-01-26.

## 3 Drogutvecklingen i Sverige

*Ulf Guttormsson, forskningssekreterare, CAN*

### Sammanfattning

Även om alkoholkonsumtionen minskat under de senaste åren ligger den fortfarande på en relativt hög nivå jämfört med 1980- och 1990-talen. Enligt totalkonsumtionsmodellen är förändringar i konsumtionens storlek centrala vad det gäller att förutspå problemens omfattning. Eftersom det i dagsläget inte finns något som pekar på att alkoholtillgängligheten kommer att minska, exempelvis genom skattehöjningar eller införselregleringar, är det rimligt att förvänta sig att de höga nivåerna består.

Tecken på ökade alkoholskador finns. Tidigare sjönk den alkoholrelaterade dödligheten men sedan något tiotal år har nedgången upphört och en liten uppgång kan nu skönjas. Den alkoholrelaterade sjukhusvården visar tydliga uppgångar sedan millennieskiftet. Samtidigt utgörs konsumtionen alltmer av svagare alkoholsorter och det finns tecken på att drickandet sker mera utspritt jämfört med tidigare. Detta sätter i sin tur spår i sjuk- och dödlighetsstatistiken, liksom i uppgifter om exempelvis rattonykterhet samt omhändertaganden av berusade.

Narkotikatillgängligheten bedöms i Sverige, utifrån ett fyrtioårsperspektiv, i dag vara hög och det finns inga uppenbara tecken på att tillgängligheten skulle minska inom en snar framtid. Narkotikamarknaden torde i än högre grad påverkas av förhållanden utanför Sveriges gränser, särskilt som den mesta narkotikan importeras. Under 1990-talet ökade inte minst den problematiska narkotikaanvändningen i Sverige. Utvecklingen därefter är ytterst sparsamt undersökt men det finns inga indikatorer som pekar på att någon förbättring skulle ha skett. Utvecklingen av läkemedelsmissbruket är alltför dåligt belyst för att det skall gå att säga något säkert om detta medan dopningsmissbruket förfaller ligga på en relativt låg och stabil nivå, även om en mindre grupp mera frekventa användare nu tycks existera.

### 3.1 Inledning

Denna text belyser användningen av alkohol och narkotika i Sverige från 1960-talet och framåt, i synnerhet med avseende på mera missbruksorienterad konsumtion. I viss mån förekommer även beskrivningar av utvecklingen för snifnings- och dopningsmedel.

Vad avses med termen missbruk? I dagligt tal åsyftas normalt någon form av droganvändning som leder till negativa konsekvenser för individen, och ofta även för samhället i stort. Ibland inbegrips även konsekvenser för den missbrukande personens omgivning, t.ex. anhörigas oro och utsatthet och därmed sänkta livskvalitet. Den sistnämnda typen av konsekvenser är dåligt belysta och kommer inte att beröras i det följande. Eftersom det även saknas bra och konsistenta mått på olika missbrukargrupperns storlek och utveckling över tid kommer uppgifter som på samhällsnivå indirekt speglar missbruksutvecklingen att användas.

Om inte annat sägs har indikatorer på missbruksutvecklingen hämtats ur Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings årliga publikation *Drogutvecklingen i Sverige* (CAN 2009). Från denna hämtas även uppgifter om försäljningsutveckling, liksom data från olika frågeundersökningar om konsumtionsvanor. Efter att konsumtions- respektive skadeutvecklingen beskrivits följer ett avslutande avsnitt om utvecklingen framöver.

### 3.2 Bakgrund – synen på missbruk

Synen på missbruk förändras över tid. Innan narkotika, snifnings- och dopningsmedel introducerades handlade missbruk främst om alkohol, men sedan förra sekelskiftet delvis också om läkemedel. Under första hälften av 1900-talet torde sinnebilden av en ”missbrukare” ha varit en (äldre) mansperson med rödsprängt ansikte som hankade sig fram på tillfälliga arbeten, möjligen kunde ibland även den morfinberoende läkaren inräknas. Ungdomsgrupper med alternativa livsstilar och droganvändning som en komponent var emellertid ännu inte aktuella.

Flera av de i dag dopnings- och narkotikaklassade ämnena har haft en omfattande användning som läkemedel men har transformerats till att bli (även) illegala substanser. Olsson (1994) påpekar att så länge bruket av sådana medel skedde inom medicinens ram och läkarna kontrollerade förskrivningen så uppfattades ofta inte

ens en konsumtion med uppenbara negativa effekter som missbruk. Först när någon kom över medlen illegalt, och eventuellt använde dem i berusningssyfte, blev konsumenten missbrukare. Enligt samma författare var bruket av centralstimulerande medel (olika amfetaminvarianter) relativt utbrett i bredare folklager under 1940- och 1950-talen (och delvis receptfritt); de svenska användarna kunde räknas i 100 000-tal. Detta bruk stävjades relativt enkelt med information och administrativa åtgärder från myndigheterna, när konsumtionen upplevdes som för omfattande. När vissa subkulturella användargrupper fortsatte att använda de allt hårdare kontrollerade medlen, kom drogkonsumtionen alltmer att betraktas som ett missbruk.

Olsson menar alltså att det inte bara är preparaten och dess konsekvenser som har betydelse för synen på användningen, utan också vilka grupper som använder medlen. När amfetaminpreparaten kom att koncentreras till olika redan befintliga subkulturer som kriminella, prostituerade, mera "asociala" ungdomsgrupper och alkoholister blev såväl missbrukskopplingen som reaktionen starkare. Synen på beroende och missbruk försköts därmed, från att ha betraktats framför allt som ett personligt medicinskt problem till att mera ses som ett samhällsproblem. Det är så vi i dag ser på missbruk av flera olika substanser, inte minst narkotika men även dopningsmedel. De trots allt någorlunda oförargliga ölgubbarna från förr<sup>1</sup> förvandlades under 1960-talet till de mer utmanande "Kenta och Stoffe", vilka använde nya sorters droger och hängde i tunnelbanan och provocerade den arbetande massan<sup>2</sup>.

Även om begreppet tonåring börjat existera redan under 1950-talet<sup>3</sup> var det snarare på 1960-talet som dessa började exponera sig som en tydligare grupp. Det var då inte längre givet att man skulle gå direkt från barn- till vuxenstadiet. Nu uppstod möjlighet till en allt längre ungdomstid med längre studiegång och utrymme att

---

<sup>1</sup> Tänk de bohemiskt utstyrda luffarna vilka förekom i den danska ölproducentens reklamkampanjer, tecknade av Robert Storm Petersen 1943, där replikskiftet går: – Du Perikles – ka Du sige mig – hvornaar smager en Tuborg bedst? – Hvergang!

<sup>2</sup> "Små knegarna, små knegarna, är lustiga att se" sjunger de i Jarls och Lindqvists dokumentär "Dom kallar oss mods" från 1968, första delen i Mods-triologin. En av de på 1960-talet mera tongivande debattörerna inom narkotikapolitiken blev så pass oroad över den sociala kontaktsmitta som skulle kunna tänkas uppstå runt de dåtida narkomanerna att han i sin skrift *Narkotika och narkomani* föreslog att dessa skulle vistas på någon sorts "knarkö" tills missbruket upphört (Bejerot N, 1969).

<sup>3</sup> Knuttar och raggare hade tidigare väckt uppmärksamhet och vuxenvärldens ogillande, och ännu tidigare hade "dansbaneländet" uppmärksammats i samhällsdebatten. Då handlade det dock fortfarande främst om alkoholanvändning bland personer som var mer eller mindre etablerade i arbetslivet.

prova på olika aspekter av livet innan man på allvar etablerade sig i vuxenvärlden<sup>4</sup>. Detta tillstånd, med en allt längre mellanfas med eget boende och självbestämmande innan vuxenlivet börjar på allvar, är i dag det normala. Gruppen unga vuxna är av särskilt intresse, inte minst eftersom olika vanor grundas i ungdomen men också för att detta i synnerhet är en grupp vars levnadsförhållanden påverkas av konjunkturförändringar, något som i sin tur visat sig kunna ha betydelse för olika hälsorelaterade beteenden.

Att synen på missbruk och åtgärderna mot detta förändrats över tid försvårar tolkningen av de missbrukrelaterade indikatorerna. Till exempel har statistiken över omhändertaganden av berusade i offentlig miljö påverkats av detta, liksom en utökad kriminalisering (t.ex. förbudet mot bruk av narkotika) påverkar antalet anmälda brott. Vidare har även vårdinsatser mot missbruk förändrats med åren; i modern tid har det exempelvis skett en övergång från institutionsvård till öppenvård, med minskat inslag av tvång, vilket i sin tur gör behandlingsstatistiken svårtolkad över en längre tidsrymd.

Dessutom är gränserna mellan beroende, missbruk, riskabel eller problematisk konsumtion av alkohol och andra droger flytande och ibland svåra att precisera. Detta leder till definitionsproblem och flera olika mått förekommer således vid beskrivningar av problematisk droganvändning. När det gäller användning av droger som narkotika, snifnings- eller dopningspreparat, är det förvisso relativt enkelt att benämna all konsumtion som missbruk, eftersom dessa ämnen kontrolleras av lagstiftning, alternativt har klart avgränsade användningsområden. Samtidigt kan det talas om användning av exempelvis narkotika, för att på så sätt skilja ut dem som konsumerar medlen så pass sällan eller i så små mängder att det är osannolikt att det leder till nämnvärda skador. Benämningen narkotikamissbruk används då alltså snarare med en skadeorienterad innebörd än en rent juridisk, dvs. mer i analogi med alkoholområdet. Så även i denna framställning.

### 3.3 Konsumtionsutvecklingen

Den individuella alkoholransoneringen via motbok avskaffades 1955. Detta fick till följd att spritförsäljningen ökade, vilket delvis parerades med en åtföljande skattehöjning. Även om en viss

---

<sup>4</sup> Den ökande medelåldern bland förstföderskor kan tjäna som en illustration av denna utveckling: i början av 1970-talet låg den enligt SCB på 24 år och 2008 var den 29 år.

liberalisering skedde (starköl tilläts samma år) var den svenska restriktiva alkoholpolitiken alltså i högsta grad aktiv, trots att man fick finna delvis nya sätt att begränsa förbrukningen.

Strategin att dämpa alkoholkonsumtionens storlek för att i sin tur begränsa skadornas omfattning har existerat länge och brukar benämnas totalkonsumtionsmodellen. Enkelt uttryckt säger denna att konsumtionens och skadornas omfattning står i proportion till varandra. Detta har påvisats i flera olika studier, men det står samtidigt klart att även om den totala konsumtionen är en viktig faktor så har också konsumtionsmönstren stor betydelse. Norström och Ramstedt (2005) har visat att alkoholkonsumtionens storlek i ett land samvarierar med den totala dödligheten och att detta samband är starkare i länder med mera berusningsinriktat drickande eller med större inslag av spritkonsumtion.

Faktorer som särskilt visat sig dämpa konsumtionen är relaterade till begränsningar i tillgängligheten, dels den fysiska som i Sverige inskränks via Systembolagets monopol med åldersgränser och begränsat öppethållande men dels genom begränsningar av den ekonomiska tillgängligheten via särskilda punktskatter för alkoholdrycker. Också restaurangernas antal och öppettider är föremål för alkoholpolitiska hänsyn. Statens folkhälsoinstitut (2005) menar att pris och tillgänglighet inte bara är de viktigaste styrinstrumenten för att påverka konsumtionen, utan också för att direkt påverka alkoholskadorna.

I diagram 1 redovisas den registrerade alkoholförsäljningen 1950–2008. I diagrammet ingår alkohol försåld via systembolag, restauranger och livsmedelsaffärer och uttrycks i liter ren (100 procent) alkohol per invånare 15 år och äldre. Som framgår inträffade en 50 procentig ökning av försäljningen mellan slutet av 1950-talet och toppåret 1976. Detta förklaras bl.a. av ett ökat ekonomiskt välstånd – alkohol är delvis en lyxkonsumtionsvara – men även av den tillgänglighetsökning det innebar att mellanöl såldes i livsmedelshandeln mellan hösten 1965 och sommaren 1977.<sup>5</sup>

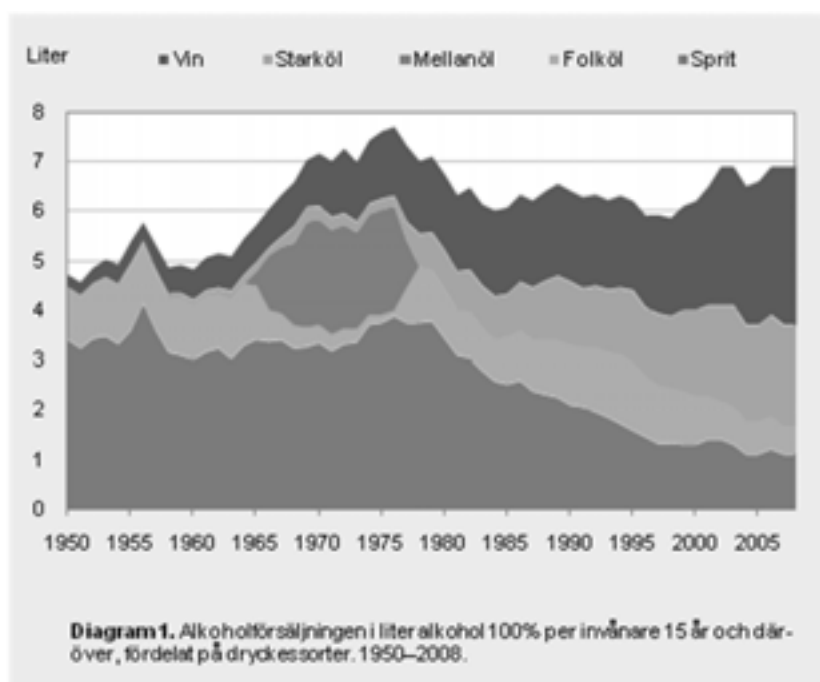
Efter 1976 sjönk försäljningen och låg drygt 20 procent lägre under 1990-talets slut. Alkoholpolitiken under 1970- och 1980-talen var tämligen aktiv med realprisjustering av skattesatser, spola krökenkampanjer, lördagsstängda systembolag<sup>6</sup> m.m. Redan i slutet av 1950-talet inledde Systembolaget kampanjer för att väcka

<sup>5</sup> 1 oktober 1965–1 juli 1977. Alkoholstyrkan var 4,5 volymprocent och (den inledningsvis frivilliga) åldergränsen var 18 år.

<sup>6</sup> Mellan 1982 och 2000.

intresset för vin som ett alkoholsvigare och mera socialt accepterat alternativ till spriten<sup>7</sup>. I vilken mån programmet bidragit till utvecklingen får vara osagt men målsättningen torde numera i vart fall vara uppfylld; Sverige är inte längre det spritland det en gång var utan vin och öl bidrar numera var för sig med högre dryckesandelar än vad spriten gör.

**Diagram 1** Alkoholförsäljningen i liter alkohol 100 procent per invånare 15 år och däröver, fördelat på dryckessorter. 1950–2000



Under 2000-talet har det åter skett en uppgång i försäljningen och 2008 uppgick den till närmare 7 liter ren (100 procent) alkohol per invånare 15 år och äldre. Ett problem med den registrerade försäljningen som mått på konsumtionen är att alkohol ibland anskaffas via källor som inte officiellt registreras. Sedan millennieskiftet skattar SoRAD (Centrum för socialvetenskaplig alkohol-

<sup>7</sup> "Operation vin" har beskrivits av Jenny Björkman (2004). Författaren menar att syftet var att påverka människor att dricka "rätt och bättre", dvs. att förmå folk att överge den omoderna och ohälsosamma spriten och i stället anamma de högre klassernas alkoholvanor med ett större inslag av vin.



och drogforskning) den faktiska konsumtionsvecklingen<sup>8</sup>, samtidigt som vissa äldre data också existerar. Detta ger en uppfattning om den totala konsumtionens utveckling alltsedan sedan försäljningstoppen 1976<sup>9</sup>.

Som framgår av diagram 2 ligger dagens konsumtion på knappt 10 liter ren alkohol per vuxen invånare och detta är en högre nivå jämfört med det justerade värdet för toppåret 1976. Trots att det skett en viss minskning sedan 2004 är dagens konsumtion fortfarande historiskt hög. Merparten av den oregistrerade konsumtionen härrör från den privatinförsel från lågskatteländer (inte minst Tyskland) som möjliggjordes i och med att införselkvoterna successivt sänktes efter EU-inträdet, och i praktiken var helt borttagna 2004.

Utöver möjligheten till privatinförsel av lågbeskattad alkohol har även den fysiska tillgängligheten ökat såväl i form av fortsatt växande restaurangtäthet som utökat öppethållande och utbud på Systembolaget. Ytterligare en faktor som säkert har påverkat utvecklingen är att i reala termer är priset för i synnerhet öl, men också för vin, lägre jämfört med läget för såväl tio som tjugo år sedan. Med beaktande av dagens relativt sett goda alkoholtillgänglighet, såväl fysiskt som ekonomiskt, kan det tyckas något paradoxalt att totalkonsumtionen – förvisso historiskt hög – faktiskt sjunkit de fyra senaste åren. Främst är detta ett resultat av att privatinförseln sjunkit.

Enligt totalkonsumtionsmodellen ökar alla i grova drag sin konsumtion lika mycket vid en uppgång, relativt sin tidigare konsumtionsvolym, och vid konsumtionsuppgångar skulle därmed detta innebära att ytterligare ett antal personer hamnar i gruppen där konsumtionen är av skadlig omfattning. Så mekanistiskt måste man dock inte betrakta modellen över en längre tidsrymd. Samtidigt som dagens konsumtionsnivå är hög är den också mera utspädd jämfört med 1970-talet; vi inte bara dricker svagare sorter (endast 22 procent av konsumtionen härrör numer från sprit även när man räknar med oregistrerade källor) – de tidigare lågkonsumerande kvinnorna står för en ökande andel av förbrukningen och

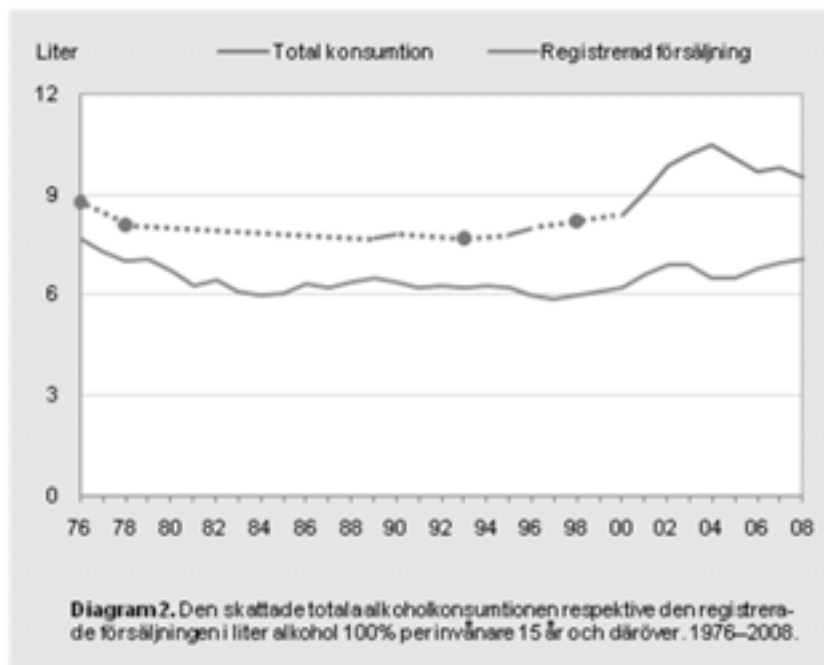
---

<sup>8</sup> Genom att relatera information från månatliga intervjuundersökningar om anskaffningssätt till den kända försäljningen skattas den faktiska konsumtionen. Alternativa källor som undersöks i Monitorundersökningen är hemtillverkad, smugglad, internetbeställd samt privatinförd alkohol (se Boman et al 2007). Försäljningsdata i diagram 2 kommer från SoRAD och kan skilja sig något från Folkhälsoinstitutets data.

<sup>9</sup> De äldsta uppskattningarna är av mer osäker natur (och existerar bara punktvis) men har bedömts kunna ge en relativt god bild av utvecklingen (SOU 2004:86).

det finns tecken på att vi spridit ut drickandet något under veckan, exempelvis i samband med måltider eller i ”after work”-sammanhang.

**Diagram 2** Den skattade totala alkoholkonsumtionen respektive den registrerade försäljningen i liter alkohol 100 procent per invånare 15 år och däröver 1976–2008



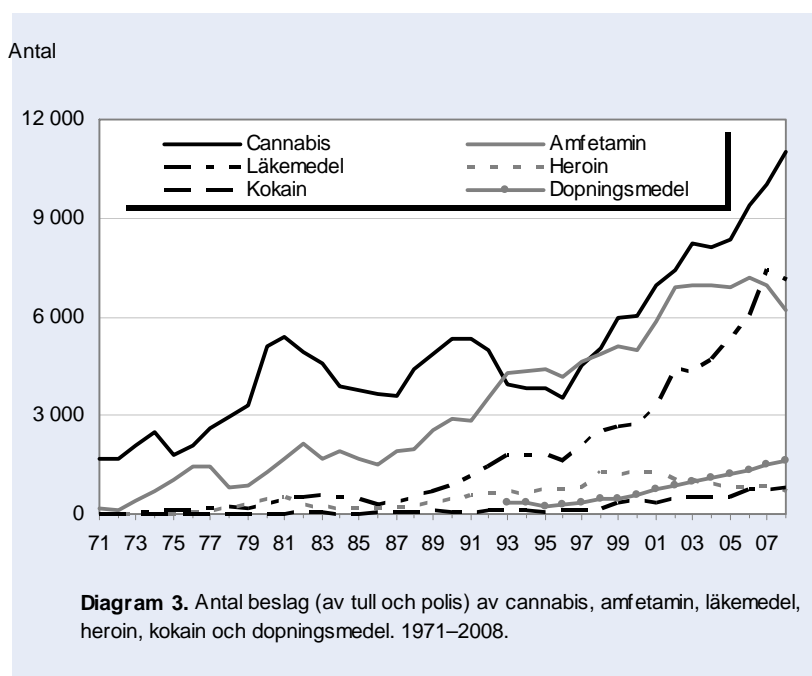
Sådana förändringar kan vara viktiga att ta hänsyn till när man utifrån totalkonsumtionsmodellen bedömer skadeutvecklingen utifrån konsumtionsförändringar. Är det då så att vi dricker mera utspritt och mindre berusningsorienterat? Detta är inte klarlagt och det finns tecken på att den s.k. intensivkonsumtionen ökat, dessvärre är utvecklingen av dryckesmönstren relativt bristfälligt följd. Detta berörs i nästkommande avsnitt.

Inte bara alkoholkonsumtionen steg under 1960- och 1970-talen. Detta gällde även konsumtionen av narkotikaklassade substanser, delvis för att flera läkemedel blev klassade som narkotika, men inte minst eftersom nya preparat, särskilt cannabis, blev allt vanligare under andra hälften av 1960-talet. Statistik över narkotikakonsumtionen – analogt med alkoholkonsumtionens utveckling – saknas av naturliga skäl. Rättsväsendets narkotikabeslag kan dock ge en viss

uppfattning om vilka preparat som förekommer på marknaden samt i grova drag visa hur detta utvecklats över tid. Självfallet spelar varierande prioriteringar och effektivitet inom rättsväsendet stor roll för beslagsutvecklingen, samtidigt torde inte den beslagtagna andelen av den narkotika som finns på marknaden ha förändrats så pass att inga slutsatser överhuvudtaget kan dras om förändrad förekomst och konsumtion.

I diagram 3 redovisas tullens och polisens antal beslag av sex preparat kategorier från 1971 och framåt. De beslagtagna mängderna följer antalen relativt väl över tid. Statistik över preparat klassade enligt dopningslagen finns sedan dess tillkomst 1993 och med läkemedel avses narkotikaklassade läkemedel avsedda att användas i icke-medicinskt syfte<sup>10</sup>.

**Diagram 3** Antal beslag (av tull och polis) av cannabis, amfetamin, läkemedel, heroin, kokain och dopningsmedel. 1971–2008



<sup>10</sup> Enligt Rikspolisstyrelsen handlar det huvudsakligen om sömnmedel eller lugnande medel av bensodiazepintyp men också vissa smärtstillande läkemedel förekommer.

Jämför man 1970-talet med 2000-talet framgår att beslagen är på en betydligt högre nivå i dag. Cannabis och amfetamin förekommer oftast, men även kategorin läkemedel är numera vanlig. Sedan slutet av 1980-talet följs även priserna på detaljistnivå ("gatupriserna") för de vanligaste narkotikasorterna och grovt sett har realpriserna halverats sedan dess, vilket indikerar att de ökande beslagen inte lett till några bestående marknadsunderskott. Dagens narkotika-tillgänglighet är alltså tvärtom hög.

Dopningsbeslagen visar också på en uppgång. Motsvarande ökningsbeslagen visar dock inte att finna i exempelvis frågeundersökningar, kanske för att fenomenet – i likhet med exempelvis kokainmissbruk – är tämligen sällsynt och att förändringar av missbruksmönster därmed blir svåra att spåra via befolkningsundersökningar<sup>11</sup>. Att dopningsbeslagen ökat kan också delvis förklaras av att rättsväsendet blivit bättre på att göra sådana beslag sedan lagens tillkomst. Antalet personer lagförda för dopningsbrott har ökat jämfört med 1990-talet och legat mellan 200 och 300 alltsedan 2005. Detta motsvarar endast någon procent av narkotikalagföringarna.

Det har under många år talats om ett ökande blandmissbruk, eller multipelberoende, med läkemedel som en komponent. Inte minst därför är det värt att notera att läkemedelsbeslagen ökat kraftigt under 1990-talet och nu ligger på samma nivå som amfetaminbeslagen. Läkemedelsstatistik baserad på apoteksexpediering finns sedan en tid tillbaka men har inte upplevts som meningsfull att redovisa här, eftersom kopplingen till missbruk, exempelvis analogt med totalkonsumtionen för alkohol, är mindre given och sparsamt utforskad.

### 3.4 Konsumtionsmönster och missbruk

Att cannabis är det vanligast använda narkotiska preparatet framgår av flertalet källor. Detta är den enda narkotikasorten som omfrågas i Statens folkhälsoinstituts hälsoenkät<sup>12</sup>, vilket i sin tur är den enda studie som för närvarande följer narkotikavanor i befolkningen. Av undersökningen framgår att cirka 11 procent av 16–84-åringarna någon gång prövat cannabis och att 2 procent använt medlet under

<sup>11</sup> Enligt de undersökningar som redovisas i *Drogutvecklingen i Sverige* är det alltsedan 1993 normalt någon procent bland yngre män i olika befolkningsstudier som uppger att de någon gång prövat sådana medel, och i övriga grupper färre eller inga alls.

<sup>12</sup> Denna postenkät om hälsovanor genomförs årligen sedan 2004 med riksrepresentativa urval och bortfallet uppgår till ca 40 procent (se [www.fhi.se](http://www.fhi.se)).

senaste 12 månaderna. Av samma enkät framgår att 13 procent bedöms ha uppvisat riskabla alkoholvanor under senaste 12 månaderna<sup>13</sup>. Detta innebär att ungefär 150 000 använt cannabis senaste året samt att 1 miljon människor haft riskabla alkoholvanor motsvarande period. Som framgår av diagram 4 är det främst yngre personer som rapporterar beteendena och det kan tilläggas att män gör så i dubbelt så stor omfattning som kvinnor.

Ur folkhälsosynpunkt är det framför allt viktigt att följa andelen med riskabla eller mera omfattande drogvanor. Dessvärre saknas kontinuerliga intervjudata som skulle kunna spegla mera långsiktiga förändringar beträffande riskkonsumtion eller dylika mått. Folkhälsoenkäten visar ingen förändring i riskabla alkoholvanor, men har endast följt utvecklingen sedan 2004, dvs. då den stora konsumtionsuppgången redan inträffat. SoRAD har presenterat uppgifter om utvecklingen av storkonsumtion<sup>14</sup> 2003–2006, samt av intensivkonsumtion<sup>15</sup> 2002–2006. Inga uppenbara förändringar märktes under denna korta period, undantaget en liten nedgång i intensivkonsumtionen 2006 (Boman et al 2007).

En sammanställning där de självrapporterade vanorna någorlunda fångar in perioden då konsumtionsökningen skedde har redovisats i SOU 2005:25 och där jämförs andra halvan av 1990-talet med första hälften av 2000-talet. Där framkom en viss ökning i självrapporterad storkonsumtion samt intensivkonsumtion. Förändringarna var dock relativt små och inga uppföljningar har gjorts. Härtill kan läggas att metodskillnader mellan undersökningarna gör resultaten något osäkra. För åren 1996/97 och 2004/2005 finns självrapporterade alkoholdata från Statistiska centralbyråns Undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) och i den senare omgången är resultaten högre både för hög- respektive intensivkonsumtion<sup>16</sup>, såväl för män som för kvinnor (SCB 2007).

---

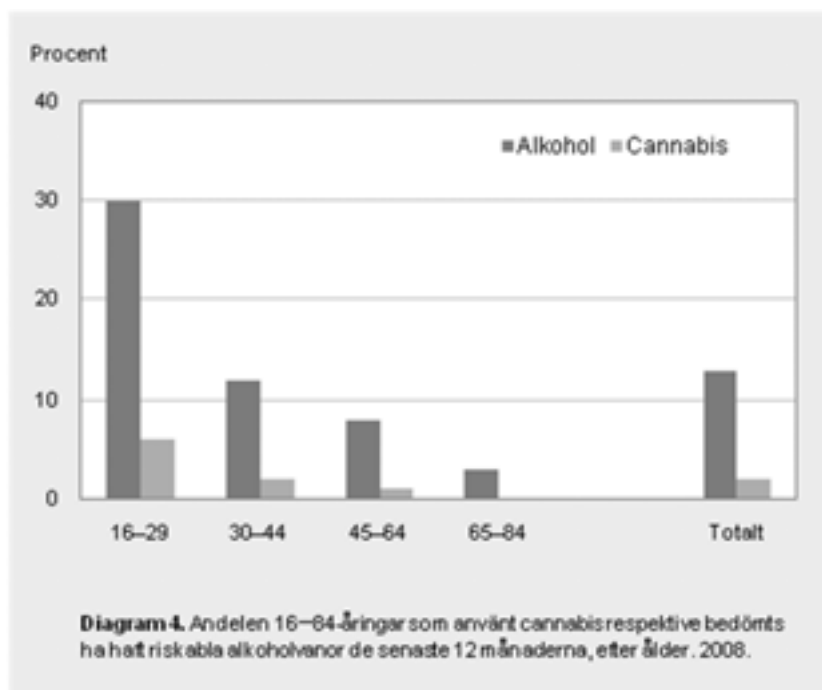
<sup>13</sup> Med riskabla alkoholvanor menas de kvinnor och män som uppnår minst 6 respektive 8 poäng på summaindexet för de tre första AUDIT-frågorna eller de som anger att de berusat sig 2–3 gånger i månaden eller oftare.

<sup>14</sup> 30 gram ren alkohol eller mer om dagen senaste 30 dagarna (20 för kvinnor). 30 gram motsvarar ca två glas vin.

<sup>15</sup> Att dricka motsvarande minst en flaska vin vid ett och samma tillfälle.

<sup>16</sup> Intensivkonsumtionsmättet är detsamma som i det föregående medan gränsen för högkonsumtion gick vid 21 (män) resp. 14 (kvinnor) cl 100 procent alkohol eller mer per vecka.

**Diagram 4** Andelen 16–84 åringar som använt cannabis respektive bedömts ha haft riskabla alkoholvanor de senaste 12 månaderna, efter ålder. 2008



Ett fåtal tecken på att hög- och intensivkonsumtionen av alkohol ökat existerar således, men på det stora hela saknas det bra och mera långsiktiga mått av den typen för utvecklingen av problemrelaterade dryckesmönster. Även utvecklingen och fördelningen av antalet konsumtionstillfällen per månad eller år är dåligt belyst. Vissa enklare generella konstateranden kan självfallet göras utifrån tillgänglig information, t.ex. att så gott som alla vuxna dricker alkohol, att konsumtionsnivåerna skiljer sig mellan olika grupper, att relativt få står för en stor andel av förbrukningen, att kvinnors andel av konsumtionen ökat sedan 1960-talet, att män i 20-årsåldern är den grupp som uppvisar högst konsumtion etc. För att få en bättre bild av alkoholmissbruksutvecklingen måste dock skaderelaterade indikatorer användas, vilket görs i följande avsnitt.

Av hela befolkningen svarade i folkhälsoenkäten 1 procent (motsvarande cirka 75 000 personer) att de använt cannabis under senaste 30 dagarna. Detta mått på aktuell användning avser att

fånga en mera regelbunden konsumtion och tittar man på åldersgruppen 16–29 år, där beteendet främst förekommer, uppgav 2 procent detta. Man kan anta att svaren i viss mån styrts av vad som är socialt önskvärt och att personer som använder droger är överrepresenterade i det relativt höga bortfallet, varför dessa värden bör betraktas som miniminivåer (vilket även gäller frågor om alkoholkonsumtion). Likartade nivåer (cirka 3 procent) för månadsaktuell narkotikakonsumtion har uppmätts av CAN bland 15–16-åriga skolelever alltsedan 1970-talets början, med undantag för 1980-talet då nivåerna var ännu lägre. Jämfört med de kvinnliga skoleleverna är aktuell narkotikaanvändning vanligare bland de manliga.

Vid tre tillfällen (1979, 1992 och 1998) har det gjorts tämligen detaljerade kartläggningar med syfte att skatta antalet ”tungt narkotikamissbrukare”<sup>17</sup>, inklusive mörkertal. Antalet personer med tungt missbruk ökade från omkring 15 000 till 19 000 mellan de två första mätningarna och för 1998 uppgavs estimatet till 26 000.<sup>18</sup> Ökningen var således särskilt stor under 1990-talet. Samtidigt blev också gruppen allt äldre. Vid första kartläggningen var medelåldern 27 år och 1998 var den 35, en konsekvens av att narkotikamissbruk fortfarande var en relativt ny företeelse 1979; då hade endast 19 procent använt narkotika 10 år eller längre jämfört med drygt 50 procent 1998.

Socialstyrelsen har publicerat en uppskattning av antalet personer med tungt eller problematiskt narkotikamissbruk för perioden 1998–2004 som antalsmässigt matchar de tidigare kartläggningarna men utgår från uppgifter i patientregistret<sup>19</sup>. Enligt denna metod uppgick antalet personer med problematiskt missbruk till 26 000 år 1998 och närmare 28 000 år 2001. Beräkningen har uppdaterats t.o.m. 2004 och då beräknades antalet åter vara 26 000, alltså en

---

<sup>17</sup> Definitionen ”tungt missbruk” innefattar i dessa kartläggningar personer som injicerat narkotika under de senaste 12 månaderna (oavsett frekvens) eller använt narkotika dagligen eller så gott som dagligen de senaste 4 veckorna. Skattningarna påverkas givetvis av hur man väljer att definiera tungt missbruk, en given eller entydig definition av detta saknas dock (se SOU 2005:82).

<sup>18</sup> En kartläggning i Storstockholm från 1967 har senare använts för en mindre säker nationell skattning vilken ledde till ett estimat om att ca 6 000 personer skulle ha injicerat eller på annat sätt missbrukat narkotika regelbundet i landet detta år (Ds S 1980:5).

<sup>19</sup> I denna beräkning läggs fokus på problem uppkomna av narkotikaanvändningen (här uttryckt i form av slutenvårdsbehov) snarare än intagningsätt och användningsfrekvenser som i de tidigare kartläggningarna. Ett möjligt problem med skattningen är att den baseras på en enda typ av källa (slutenvårdsregistret) och att förändringar inom vårdens struktur och vårdutbudet i stort kan inverka på resultaten.

återgång till 1998 års nivå. Enligt Socialstyrelsens skattningar var medelåldern oförändrad 37 år under perioden.

I samma uppskattning beräknades även antalet personer med alkoholmissbruk, dessa ökade något mellan 1998 och 2004, från 76 000 till 81 000. Med all säkerhet överlappar grupperna varandra, oklart i vilken utsträckning, men enligt ovanstående studie kan det ha funnits cirka 100 000 personer med tungt eller problematiskt missbruk av alkohol och narkotika vid den senaste mätpunkten.

Skattningar gällande antalet personer med ett läkemedelsmissbruk saknas i stort sett helt. Många av de med tungt narkotikamissbruk använder och missbrukar även olika sorters läkemedel, dock okänt i vilken omfattning. I en rapport från Statens folkhälsoinstitut (Jonasson och Jonasson 2006) beräknas antalet läkemedelsberoende till närmare 250 000, varav cirka hälften var 65 år och äldre. Enligt rapporten ingick emellertid inte ”den så kallade missbrukspopulationen”, dvs. de som eftersträvar bi- och berusningseffekter av läkemedlen.

Den senaste frågeundersökningen om dopning genomfördes 2008 av STAD (Stockholm förebygger alkohol- och drogproblem) bland 18–50-åringar för att utröna omfattningen av erfarenheter av anabola steroider samt tillväxthormon. Man fann att 0,6 procent av männen 0,1 procent av kvinnorna uppgav sådana erfarenheter (Leifman och Rehnman 2008). Detta motsvarar 14 000 personer i åldersintervallet. På grund av den låga svarsfrekvensen (31 procent) gjordes en bortfallsuppföljning men en uppvägning baserad på bortfallsanalysen förändrade inte slutresultatet i någon betydande grad<sup>20</sup>. Resultaten är i linje med tidigare gjorda studier av liknande karaktär; normalt är det någon enstaka procent av de yngre männen i olika frågeundersökningar som säger att de någon gång provat ovan nämnda medel.

STAD-studien gav inget säkert underlag för att bedöma omfattningen av det årsaktuella bruket. Om man ponerar att kvoten mellan att ha provat någonsin respektive ha använt senaste året är densamma för dopning som för narkotika (beräknad utifrån 2008 års folkhälsoenkät) skulle detta kunna innebära att cirka 2 500 personer i åldersintervallet använt anabola steroider eller tillväxthormon under senaste 12 månaderna. Denna beräkning är förvisso

---

<sup>20</sup> Denna bortfallsuppföljning gjordes med postenkäter i stället för webbenkäter varför det inte är helt oproblematiskt att väga samman resultaten. Även i uppföljningen var dessutom svarsfrekvensen låg (38 procent) vilket i sin tur ledde till ytterligare en osäkerhet då gruppen som svarade blev liten till antalet relativt det sällsynta beteende som skulle mätas.



spekulativ, eftersom det inte är känt om rapporteringsviljan eller "fortsättningskvoten" skiljer sig mellan dopning och narkotika i befolkningsstudier.

Uppgifter om missbruk av snifningsmedel är svåra att finna. Att utifrån beslags- eller försäljningsuppgifter bedöma utvecklingen är givetvis inte möjligt eftersom det är mer eller mindre vanliga hushållsprodukter som används. I kartläggningarna av det tunga narkotikamissbruket angavs att 1–2 procent av personerna med tungt narkotikamissbruk även sniffade, samma förekomst gäller även för personer tvångsvårdade enligt LVM. Utgår man från kartläggningen från 1998 skulle det i faktiska antal kunna röra sig om 500 personer – av de 26 000 med tungt narkotikamissbruk – som hade snifningsmedel som en känd komponent i missbruksbilden.

Att döma av CAN:s skolundersökningar i årskurs 9 följer sniffningstrenden narkotikatrenden tämligen väl, och andelarna som anger att de någon gång prövat endera är av ungefär samma storleksordning. År 2009 uppgav 7 procent av pojkarna och 4 procent av flickorna att de någon gång sniffat. Det kan vara värt att notera att till skillnad från narkotika så ökar inte livstidsprevalensen för sniffningen bland de äldre eleverna i gymnasiets årskurs 2.

### 3.5 Missbruksutvecklingen enligt skadeindikatorer

Några mera uppdaterade försök att beräkna missbrukets omfattning finns inte, i stället är man hänvisad till att följa olika indikatorer som är kopplade till konsekvenser av missbruk och utifrån dessa bedöma hur läget förändrats. Dock är det relativt få indikatorer som låter sig jämföras över en längre tidsrymd. Patient- respektive dödsorsaksregistret ger emellertid förhållandevis stringent information. Förvisso finns även långa tidsserier om exempelvis anmälda trafiknykterhetsbrott eller omhändertaganden till följd av berusning, men båda dessa indikatorer har gemensamt att utfallet bestäms mycket av rättsväsendets inställning, resurser och prioriteringar.<sup>21</sup> Detsamma kan sägas om kriminalstatistiken rörande narkotika. Sjuk- och dödligheten får dock betraktas som förhåll-

<sup>21</sup> Jämfört med 1970-talet har exempelvis antalet registrerade LOB-ingripanden per invånare halverats, vilket sannolikt inte är en korrekt bild av utvecklingen av berusningsdrickande. Intressant nog framkommer dock att andelen omhändertagna kvinnor ökat från 3 till 13 procent mellan 1970 och 2008, vilket kan överensstämma bättre med verkligheten. Även kvinnors andel bland misstänkta för trafiknykterhetsbrott har ökat.

andervis beständiga indikatorer över tid (bortsett från problem vid byten av diagnosklassificeringar).

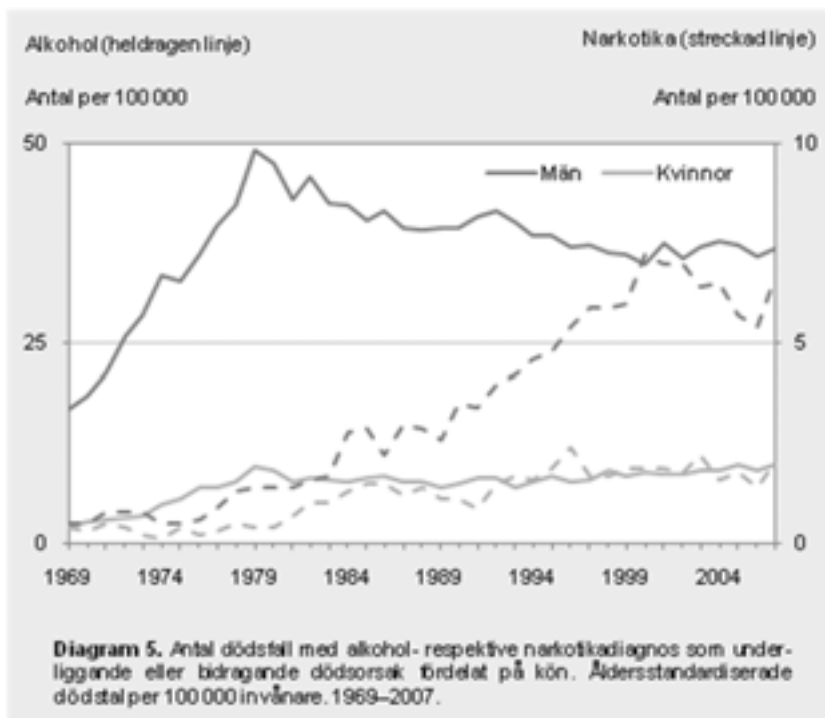
Sedan 1969 följer Socialstyrelsens Epidemiologiska centrum den alkohol- respektive narkotikarelaterade dödligheten genom två olika index sammansatta av ett diagnosurval<sup>22</sup>. Av diagram 5 framgår att den alkoholrelaterade dödligheten ökade kraftigt i befolkningen under 1970-talet, parallellt med den ökande alkoholkonsumtionen, detta såväl bland män som bland kvinnor. Därefter har den sjunkit bland män men ökat ytterligare något bland kvinnor. Även om männens avtryck i statistiken totalt sett minskat sedan 1980 har alkoholdödligheten bland män 65 år och äldre ökat. Ökningen bland kvinnorna återfinns främst också bland ålderspensionärerna. Alkoholdödligheten i yngre åldrar har minskat sedan 1970-talets slut; dödligheten per 100 000 invånare bland dem under 50 år har mer än halverats under perioden.

På diagrammets högra y-axel redovisas den narkotikarelaterade dödligheten, vilken är betydligt lägre än alkoholdödligheten och har uppgått till ungefär en femtedel av denna under 2000-talet. Narkotikadödligheten ökade fram till millennieskiftet, efter en åtföljande nedgång ligger denna åter på i stort sett samma nivå 2007. Andelen avlidna under 30 år sjönk från 82 till 14 procent mellan 1976 och 1997, därefter har andelen unga ökat och uppgick till 25 procent år 2007.

---

<sup>22</sup> Såväl underliggande som bidragande diagnoser inkluderas. Åren 1987 och 1997 genomfördes revisioner av de s.k. ICD-koderna (International Classification of Diseases) vilka möjligen kan ha betydelse för jämförbarheten över tid. Diagnosindexen redovisas i Socialstyrelsens årliga publikation Dödsorsaker.

**Diagram 5** Antal dödsfall med alkohol- respektive narkotikadiagnos som underliggande eller bidragande dödsorsak fördelat på kön. Åldersstandardiserade dödsfall per 100 000 invånare, 1969–2007



Förutom att antalet användare ökade under tidigare decennier skulle uppgången i dödligheten även kunna förklaras av att ökande andelar använder mera toxiska sorter<sup>23</sup>, att narkotika är ett förhållandevis nytt fenomen samt att med en ökande medelålder i användargruppen följer också naturligt ökande hälsoproblem, delvis till följd av drogerna i sig men inte minst av livsstilen i stort. Opiatmissbrukare uppvisar högst dödlighet jämfört med andra preparatgrupper och står för en oproportionerligt stor del av de narkotikarelaterade dödsfallen. En förklaring till att ökningen brutits efter millennieskiftet kan vara att alltfler opiatberoende fått tillgång till behandling där substitutionspreparat (t ex metadon och subutex) utgör en komponent. Enligt uppgifter baserade på rätts-

<sup>23</sup> Heroin introducerades under andra halvan av 1970-talet och vann ytterligare spridning under 1990-talet.

medicinska data<sup>24</sup> har nu såväl antalet som andelen (-27 procent) heroinrelaterade dödsfall minskat jämfört med toppen 2001, samtidigt som den totala narkotikadödssiffran för 2008 är den högsta sedan dataseriens startår, dvs. 1994 (Statens folkhälsoinstitut 2009).

Relaterar man utvecklingen av alkoholdödligheten till utvecklingen av per capitakonsumtionen finner man, i linje med totalkonsumtionsmodellen, en tämligen god parallellitet t o m 1990-talets mitt. De senaste tio årens klart förhöjda konsumtion gör dock inte det väntade avtrycket i dödsorsaksstatistiken. En möjlig förklaring kan vara att dryckesmönstren är annorlunda jämfört med förr. Överensstämmelsen mellan narkotikautbudet (mätt genom beslagen) och dödligheten visar på en likartad utveckling t.o.m. millennieskiftet, varefter beslagen fortsätter öka medan uppgången i dödligheten avtar<sup>25</sup>.

Både den alkohol- och narkotikarelaterade statistiken innehåller akuta dödsfall men också många fall av mera kronisk karaktär. I viss mån erbjuder slutenvårdsstatistiken en aktuellare bild, i synnerhet om man studerar utvecklingen av tillströmningen av nya patienter. Från 1987 finns rikstäckande uppgifter och i diagram 6 redovisas slutenvårdsdata för både alkohol- och narkotika<sup>26</sup>.

Antalet personer vårdade för alkoholdiagnos var som lägst runt millennieskiftet men 2008 hade antalet ökat och återgått till 1987 års nivå (runt 26 000 personer). Jämfört med 2001 är detta en 25 procentig uppgång. I diagrammet redovisas även antalet unika nytillkomna patienter för respektive drogkategori (dvs. ej tidigare slutenvårdade med alkohol- eller narkotikarelaterade diagnoser). Eftersom register saknas för tiden före 1987 kan eventuella tidigare vårdtillfällen inte spåras och utvecklingen blir därmed missvisande de inledande åren. För exemplets skull kan man utgå från att en person som vårdats för drogdiagnos före 1987, och därefter återkommer, torde göra så åtminstone inom de närmast tio efterföljande åren. Därmed har denna tekniska brist knappast någon betydelse från 1997 och framåt.

Diagrammet visar att antalet unika nytillkomna patienter år 2008 är högre än någonsin för såväl alkohol (cirka 11 500 personer)

<sup>24</sup> Dessa uppgifter baseras inte på ICD-koder utan redovisar antalet fall där man vid rättsmedicinska undersökningar testat för och funnit spår av narkotika. Statistikserien är relativt ny och publiceras endast på [www.fhi.se](http://www.fhi.se).

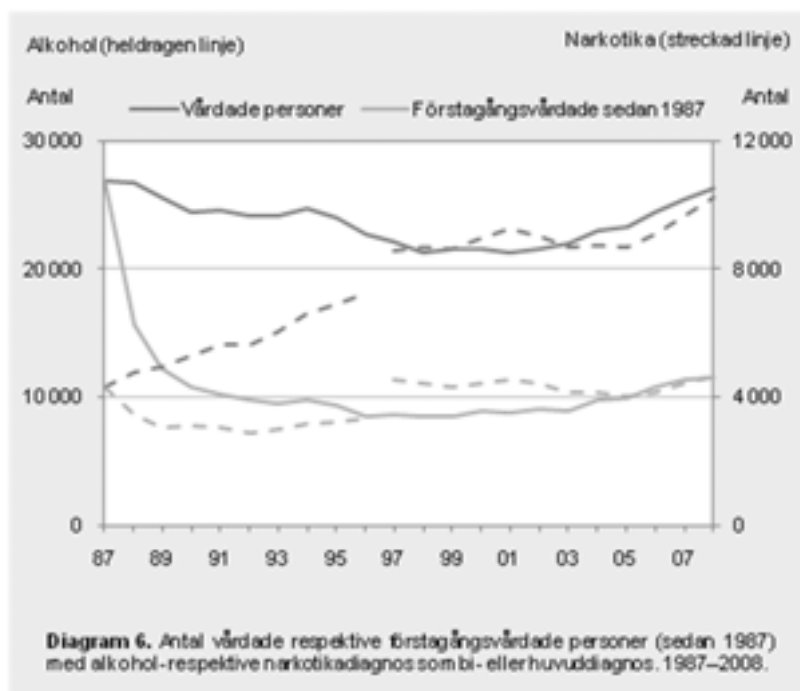
<sup>25</sup> Statens folkhälsoinstituts siffra för 2008 var förvisso historiskt hög och det återstår att se om Socialstyrelsens mera långsiktiga index också kommer att uppvisa en ökning detta år.

<sup>26</sup> Såväl huvud- som bidiagnoser inkluderas. År 1997 genomfördes revisioner av de s.k. ICD-koderna vilket orsakat så pass stora jämförelseproblem att kurvan brutits för narkotikadiagnoserna. Diagnosindexen framgår av Socialstyrelsens statistikdatabas ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)).

som för narkotika (4 700 personer). Mellan 2005 och 2008 är ökningen av tidigare obehandlade 15 procent för båda grupperna. Slutenvårdsuppgifterna uppvisar därmed en bättre överensstämmelse än dödligheten med hänsyn till vad som skulle kunna förväntas utifrån det som är känt om konsumtions- och utbudsutvecklingen.

För narkotika har antalet individer årligen vårdade sedan 1987 mer än fördubblats och uppgick till 10 200 år 2008. Andelen narkotikavårdade kvinnor har legat stabilt runt 34 procent hela perioden medan andelen alkoholvårdade kvinnor ökade från 19 till 26 procent. Åldersmässigt är det uppenbart att det skett förändringar för bland annat de yngsta. Både för alkohol och narkotika har andelen vårdade yngre än 20 år ökat från 4 till 10 procent sedan 1987 och 2008 uppgick antalet unga till 2 700 respektive 1 100 personer. För båda drokkategorierna har även andelen äldre ökat medan andelen medelålders minskat. I absoluta tal är det dock endast för alkohol detta motsvaras av en minskning och detta bara för gruppen 20–49 år.

**Diagram 6** Antal vårdade respektive förstagångsvårdade personer (sedan 1987) med alkohol- respektive narkotikadiagnos som bi- eller huvuddiagnos, 1987–2008



Det kan alltså konstateras att den narkotikarelaterade dödligheten och sjukligheten långsiktigt ökat. Detta är inte enbart en effekt av en åldrande missbrukspopulation; tvärtom är antalet förstagångsvårdade högre än någonsin 2008 och andelen vårdade under 30 år har ökat alltsedan 1996 (andelen under 20 år har ökat hela den redovisade perioden). Även för alkohol har antalet förstagångsvårdade ökat och alltfler unga (under 20 år) vårdas för alkoholrelaterade diagnoser. Samtidigt har alkoholdödligheten inte ökat i den omfattning man kunnat förvänta sig mot bakgrund av den kraftigt förhöjda konsumtionsnivån, huvudsakligen till följd av nedgångar bland medelålders män.

Några motsvarande urval eller analyser av diagnoskoder som speglar sniffning, dopning eller läkemedelsmissbruk existerar inte i dag, varför det inte går att göra motsvarande presentationer för dessa medel. För läkemedlen torde det vara förknippat med särskilda problem, särskilt vad gäller att göra åtskillnad med det legala bruket, vilket är viktigt då felaktig läkemedelsanvändning exempelvis var bakgrunden till en fjärdedel av alla skador som hälso- och sjukvården orsakade patienter som vårdats på sjukhus 2008<sup>27</sup> och att detta kan vara svårt att urskilja från illegitim användning.

### 3.6 Utvecklingen framöver

Enligt totalkonsumtionsmodellen är utvecklingen av alkoholkonsumtionens storlek central när det gäller att förutspå problemens omfattning. Eftersom tillgängligheten påverkar konsumtionen behöver eventuella förändringar i denna förutspås för att förutsäga förändringar i konsumtionsvolymen. För alkohol, och andra produkter med drag av lyxkonsumtionsvaror, har priset liksom konjunkturförändringar betydelse. I goda tider, när folk har en högre disponibel inkomst, är det troligt att konsumtionen ökar. Att förutspå långsiktiga konjunkturförändringar låter sig dock inte göras. Klart är emellertid att Sverige på egen hand inte utan vidare kan förändra alkoholtillgängligheten via politiska styrmedel; i och med EU-medlemskapet är detta ofta en fråga med internationell bäring.

I dagsläget finns inget som pekar på att alkoholtillgängligheten skulle minska i Sverige, sannolikt kommer denna att vara fortsatt

---

<sup>27</sup> Enligt Socialstyrelsens nationella studie om vårdskador från 2008.

hög eller rent av öka, även om diskussioner förkommer i dag exempelvis beträffande sänkningar av införselkvoterna. Det förefaller därför rimligt att 2000-talets förhöjda konsumtionsnivå om bortåt 10 liter ren alkohol per vuxen invånare kommer att bestå en tid framöver.

Socialstyrelsen (2006a) påpekar att konsumtionsuppgången inte lett till den ökning av alkoholdödligheten man hade kunnat förvänta sig utifrån tidigare erfarenheter. Dödligheten ökar förvisso bland äldre men totalt sett har det skett en nedgång. Allt annat oförändrat prognostiseras alkoholdödligheten i en åldersstrukturanalys att minska fram till 2025, eftersom kommande generationer, som inte vuxit upp med omfattande spritkonsumtion eller lättillgängligt mellanöl, ersätter äldre generationer där dödligheten är högre. Analyser av födelsekohorter visar att personer födda under 1950-, 1960-, och 1970-talen hittills uppvisat klart lägre alkoholdödlighet jämfört med vad föregående generationer gjorde i motsvarande åldrar.

Det kan dock konstateras att dagens unga generationer växer upp med mer lättillgänglig alkohol och därmed kan befaras anlägga mer omfattande alkoholvanor. Eftersom de flesta alkoholdödsfallen inträffar i 60-årsåldern dröjer det innan detta eventuellt påverkar dödlighetsstatistiken. Socialstyrelsen har emellertid påvisat att antalet alkoholförgiftningar ökat bland unga och i föregående avsnitt framkom också att personer under 20 år totalt sett gör ett allt större avtryck i vårdstatistiken. Mot bakgrund av detta förefaller det extra viktigt att följa utvecklingen i gruppen unga vuxna.

Utöver den totala konsumtionens storlek är det alltså viktigt att ta hänsyn till förändringar i konsumtionsmönstren. Socialstyrelsen (2009) påpekar att man i en internationell jämförelse inom ramen för det europeiska GENACIS-projektet har visat att könsvisa skillnader i konsumtionsvanor är mindre i länder som är mer jämställda och där kvinnor har en högre grad av oberoende. Kvinnors konsumtion i Sverige har ökat, dels i absoluta tal men också relativt männen. Jämställdheten mellan könen förbättras alltjämt i Sverige och i den mån fenomenen hänger samman pekar detta på en fortsatt konsumtionsökning bland kvinnor. Att män och kvinnor har olika vårdbehov vid missbruk och beroende har ofta framhållits. Detta bör beaktas vid planering av framtida insatser.

Att kvinnor dricker allt mer, och en allt större andel av den totala konsumtionen, tar på ett sätt något udden av den totala konsumtionsökningen. Den förhöjda konsumtionen sprids alltså ut

på flera individer jämfört med 1960- och 1970-talen. Som tidigare nämnts har det även skett en övergång till alkoholsvaga drycker, faktorer som skulle kunna innebära förbättringar i relation till berusningsdrickandet<sup>28</sup>, i synnerhet om detta kombineras med ett mera utspritt ("kontinentalt") drickande. Hur konsumtionsmönstren utvecklats senaste 40 åren är dock dåligt belyst, även om det finns vissa indikationer på att antalet intensivkonsumtionstillfällen kan ha ökat i samband med den totala konsumtionsökning som varit under 2000-talet.

Om alkoholtillgängligheten har starka internationella kopplingar torde detta i än högre grad gälla narkotika. I stort sett all narkotika produceras utanför Sveriges gränser och smugglas hit. Produktion av organiska droger sker ofta i länder eller områden där konflikter råder och den statliga kontrollen är låg. Syntetiska droger produceras dock i en rad olika länder, varav flertalet politiskt stabila.

Narkotikaprisförändringarna på den svenska marknaden följer den internationella utvecklingen tämligen väl. Att bedöma hur det internationella samarbetet kommer att utvecklas runt dessa frågor, och vilken effekt som eventuellt uppnås, låter sig inte göras här. Att globaliseringen med ökat resande, större varuströmmar och informationsutbyte skulle avta förefaller dock osannolikt. Att komma tillrätta med internationell droghandel skulle vara ett positivt biresultat av en förbättrad konfliktlösningsförmåga hos det internationella samfundet. En annan internationell fråga är att komma åt vinsterna av droghandeln, dvs. att bättre kunna följa penningströmmar och förhindra penningtvätt. Program för ersättningsgrödor liksom utökat internationellt underrättelsesamarbete har dock hittills inte uppvisat några avgörande effekter på drogmarknaderna. Dessutom förs diskussioner om att kontrollskadorna på nationsnivå i flera länder i Latinamerika börjar bli så pass omfattande att kriminaliserings- och repressionsstrategierna kommit att ifrågasättas. Hursomhelst bedöms narkotikatillgängligheten i Sverige, utifrån ett fyrtioårsperspektiv, i dag vara hög och det finns inga uppenbara tecken på att tillgängligheten skulle minska inom en snar framtid.

I diagram 7 redovisas en indexerad utveckling (startår 1987) för narkotikabeslag, misstänkta för narkotikabrott, sjukhusvårdade

---

<sup>28</sup> En internationell jämförande analys visar att i jämförelse med vinkonsumtion tycks i synnerhet sprit – men även ölkonsumtion vara mera associerat med alkoholskador och att dryckesmönstren är av mer explosiv karaktär i länder med hög spritkonsumtion (se Norström och Ramstedt 2005).



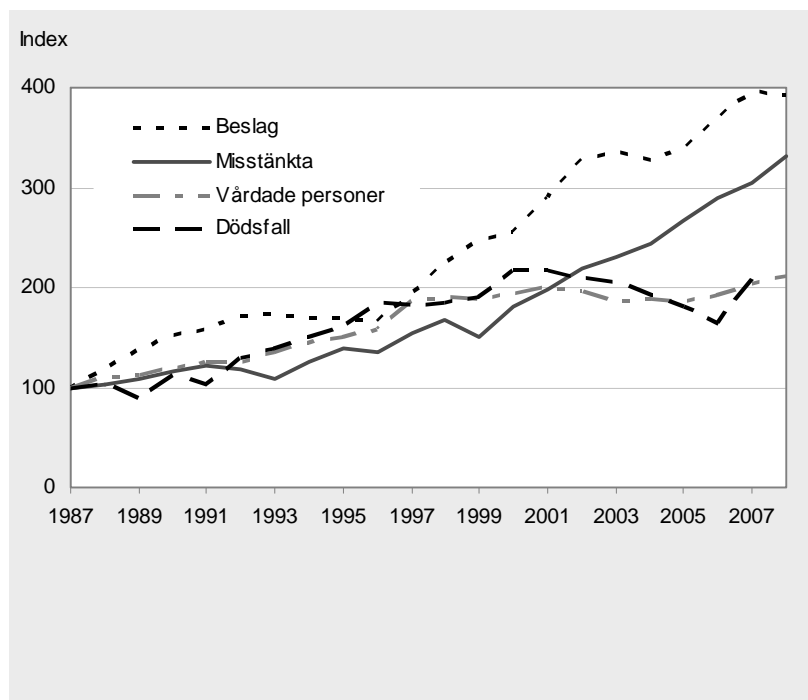
respektive avlidna med narkotikadiagnoser. De indikatorer som är kopplade till rättväsendets insatser visar en kraftigare ökning än de andra kurvorna, sannolikt till följd av ökade prioriteringar. Den sjunkande dödligheten kan som tidigare nämnts i sin tur vara kopplad till en utbyggd substitutionsbehandling. Förmodligen är det av dessa fyra indikatorer vårdstatistiken som bäst speglar utvecklingen av antalet personer med tungt narkotikamissbruk. Om så är fallet måste det konstateras att läget inte förbättrats utan tvärtom är sämre i dag än de 20 föregående åren. Det finns i nuläget inga indikationer som uppenbart pekar på att läget kommer att förbättras inom de närmsta åren.

Ett faktum på narkotikaområdet som det är viktigt att förhålla sig till, i relation till framtida vårdbehov, är att närmare 30 000 personer inrapporterats som hepatit C-smittade sedan 1990<sup>29</sup>, där den kända smittvägen utgjorts av intravenöst missbruk. Närmare två tredjedelar av de kända hepatit C-fallen tillskrivs intravenös smittväg och detta torde vara en miniminivå då smittvägen inte alltid blir klargjord. Majoriteten av de hepatit C-infekterade utvecklar kronisk leverinflammation, som med tiden kan leda till skrumplever och levercancer. Som en jämförelse kan nämnas att i dagsläget har drygt 1 000 personer inrapporterats som hiv-smittade med intravenöst missbruk som känd smittväg.

---

<sup>29</sup> Det var först 1990 sådan diagnostik blev möjlig varför antalet inrapporterade fall är särskilt stort under 1990-talets början.

**Diagram 7** Utvecklingen av antalet narkotikabeslag av tull och polis, antalet personer misstänkta för narkotikabrott, antalet vårdade med narkotikadiagnos samt antalet narkotikarelaterade dödsfall, per invånare, 1987–2008. Index 1987=100



Inga tydliga förändringar i konsumtionsmönstren för narkotika tycks ha skett, exempelvis är könsfördelningen stabil över tid enligt tillgängliga indikatorer. Möjligen blev heroin vanligare på amfetaminets bekostnad bland personer med tungt missbruk under 1990-talet, men det måste konstateras att om förändringarna i alkoholkonsumtionsmönstren är dåligt utforskade gäller detta i än högre grad för narkotika. Jämfört med alkoholmissbruket förekommer åtminstone den mera omfattande narkotikakonsumtionen företrädesvis i mindre och mera avgränsade subgrupper. Dessa uppvisar i högre grad multipel problematik, både avseende andra droger och beträffande psykisk och fysisk hälsa, liksom vad gäller kriminalitet och andra sociala problem.

Förutom tillgängligheten på olika droger finns givetvis ett stort antal andra faktorer på samhällsnivå som är kopplade till missbruk.

Exempelvis kan sociala faktorer som fattigdom, brist på karriärmöjligheter och låg social integration vara viktiga vid förståelsen av bakomliggande mekanismer (se t.ex. UNDCP 2000). Lenke och Olsson (1996) har påvisat en, på internationell aggregerad nivå, samvariation för etableringen av heroinmissbruk bland unga med en utbredd ungdomsarbetslöshet.

På en mera individuell nivå är psykosociala faktorer betydelsefulla för att förklara uppkomst av missbruk, exempelvis olika negativa erfarenheter och förhållanden under uppväxten, liksom brist på olika skyddsfaktorer. Individer eller grupper med vissa karakteristika är mer benägna eller sårbara när det gäller att utveckla beroende och missbruk av droger. I Folkhälsorapport 2009 (Socialstyrelsen 2009) konstateras exempelvis att depression och ångestsymtom är vanligt bland personer med hög alkoholkonsumtion och att detta samband är dubbelriktat. Vidare konstateras att hälsan generellt förbättrats de senaste decennierna, med en ökad medellivslängd etc., men att de senaste uppgifterna om det självupplevda hälsotillståndet är från 2005 och speglade ett samhälle under högkonjunktur och att detta tillstånd kan ha försämrats i samband med den efterkommande ekonomiska krisen. Symtom på psykisk ohälsa ökade förvisso under 1990-talet men utvecklingen bröts under 2000-talet. Detta gällde emellertid inte för ungdomsgruppen; det psykiska välbefinnandet har försämrats för båda könen bland unga. Folkhälsorapporten slår även fast att hälsan generellt är ojämnt fördelad, till nackdel för socioekonomiskt svagare grupper.

I Social rapport (Socialstyrelsen 2006b) var huvudslutsatsen att det skett en polarisering av den sociala välfärden; majoriteten av befolkningen har fått det bättre samtidigt som 6–7 procent inte fått ta del av den förbättrade utvecklingen. Det sägs vidare att särskilt psykiska och alkoholrelaterade sjukdomar hänger samman med starka överrisker för utsatthet. I rapporten konstateras även att unga vuxnas etablering på arbetsmarknaden försenas alltmer. De som under en längre tid vare sig studerar eller arbetar riskerar såväl psykisk ohälsa som missbruk och svårigheterna för denna grupp tycks variera med konjunkturläget. Svårast att etablera sig på arbetsmarknaden har unga vuxna som bor i ekonomiskt resurssvaga storstadsområden. I Folkhälsa och sociala förhållanden (Socialstyrelsen 2007) sägs att unga vuxna fått ”försämrade sociala förhållanden med högre – och ökande – andelar fattiga jämfört med befolkningen i andra åldersgrupper”.

Också Ungdomsstyrelsen påpekar att samtidigt som flertalet ungdomar har det bra och lever under goda villkor har de haft en sämre hälsoutveckling än andra grupper, liksom att andelen unga med låg ekonomisk standard ökat. I rapporten *Ung i dag 2009* (Ungdomsstyrelsen 2009) framhålls särskilt relationen mellan ungdomars hälsa och livsvillkor, i synnerhet kopplad till sysselsättningen. Arbetslösheten i ungdomsgruppen är mycket hög i dag<sup>30</sup>, detta samtidigt som gruppen växer i storlek till följd av höga födelsetal i början av 1990-talet. Enligt rapporten ökar risken för att ”ungas situation försvåras och att fler unga hamnar i ett utanförskap”. För att förhindra sådana negativa konsekvenser föreslås att ytterligare resurser sätts in för att underlätta ungas inträde på arbetsmarknaden.

Med andra ord är framtida konjunkturer väsentliga vid en bedömning av olika framtida folkhälsorelaterade trender, där drogmissbruk är en komponent. En särskilt viktig faktor för utfallet synes vara inte bara hur folkhälsopolitiken utformas, utan inte minst hur ungdoms-, social- och välfärdspolitiken kommer att se ut, samt att hänsyn tas till att vissa grupper har större behov än andra av sådana insatser. Det enkla faktum att ungdomsgruppen växer i storlek är dessutom värt att beakta i sig; om en oförändrat stor andel ungdomar utvecklar drogberoende, betyder det en ökning i absoluta tal. Att stötta barns och ungdomars grundläggande förutsättningar gällande tryggheten i uppväxt- och närmiljö förefaller vara en god investering i en framtida hälsa.

---

<sup>30</sup> Statistikens uppbyggnad har förändrats över tid men grovt sett var ungdomsarbetslösheten lägre under 1970- och 1980-talen jämfört med situationen under 1990- och 2000-talet. Även om statistikbrotten försvårar jämförbarheten så är dagens nivåer likartade dem som rådde under 1990-talskrisen.

## Referenser

- Björkman J: *Operation vin*. Spiritus nr 6: 2004, Skriftserie från Vin & Sprithistoriska Museet.
- Boman U et al (2007). *Alkoholkonsumtionen i Sverige fram till 2006*. Forskningsrapport nr. 48. Stockholm: SoRAD.
- CAN (2009). *Drogutvecklingen i Sverige 2009*. Rapportserie nr 117. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- Ds S 1980:5 (1980). *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO). Stockholm: Socialdepartementet.
- Jonasson U och Jonasson B (2006). *Beroendeskapande läkemedel – ett folkhälsoproblem som ökar*. Rapport nr A2006:05. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Leifman H och Rehnman C (2008). *Studie om svenska folkets användning av dopningspreparat*. Rapport nr 34. Stockholm: STAD.
- Lenke L och Olsson O (1996). *Sweden: Zero tolerance wins the argument?* Ur *European drug policies and enforcement*, Dorn N, Jepsen J och Savona E (red). Wiltshire.
- Norström T och Ramstedt M (2005). *Mortality and population drinking: a review of the literature*. *Drug and Alcohol Review*. 24:2005, 537–547.
- Olsson B (1994). *Narkotikaproblemets bakgrund. Användning av och uppfattningar om narkotika inom svensk medicin 1839–1965*. Rapport nr 39. Stockholm: Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning.
- SCB (2007). *Alkohol- och tobaksbruk*. Levnadsförhållanden Rapport 114. Stockholm: SCB.
- Socialstyrelsen (2006a). *Folkhälsa. Lägesrapporter 2005*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006b). *Social rapport 2006*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2007). *Folkhälsa och sociala förhållanden. Lägesrapporter 2007*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2009). *Folkhälsorapport 2009*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- SOU 2005:82. *Personer med tungt missbruk. Stimulans till bättre vård och behandling*. Betänkande av utredningen om en vårdöverenskommelse om missbrukarvården. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2005:25. *Gränslös utmaning – alkoholpolitik i ny tid*. Slutbetänkande från Alkoholinförelutredningen. Stockholm: Fritzes.
- SOU 2004:86. *Var går gränsen?* Delbetänkande av Alkoholinförelutredningen. Stockholm: Fritzes.
- Statens folkhälsoinstitut (2005). *Folkhälsopolitisk rapport 2005*. R 2005:5. Stockholm: Statens folkhälsoinstitut.
- Statens folkhälsoinstitut (2009). *Dödsfall med förekomst av droger baserade på rättsmedicinska data*. Nedladdat från [www.fhi.se](http://www.fhi.se) 2009-10-29.
- Ungdomsstyrelsen (2009). *Ung i dag 2009 – en beskrivning av ungdomars villkor*. Ungdomsstyrelsens skrifter 2009:6. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

## 4 Alkoholsjukdomar i Sverige

### En prevalensskattning med hjälp av AUDIT-C

*Mats Berglund, professor emeritus, Lunds universitet*

*Margareta Lindén-Boström, fil.dr, Örebro läns landsting*

*Carina Persson, statistiker, Örebro läns landsting*

#### **Sammanfattning**

För att ställa diagnosen alkoholberoende på ett tillfredsställande sätt bör epidemiologiska undersökningar med strukturerade kliniska intervjuer användas. Med denna metodik ställs exakta samma frågor till de undersökta personerna. I Sverige har denna teknik använts i liten utsträckning. Vi saknar därför uppgifter om hur vanligt alkoholberoende är. Stora epidemiologiska undersökningar har däremot genomfört i många länder som t.ex. Norge och USA. I Norge rapporteras alkoholberoende under det senaste året föreliggande hos 6,6 procent av befolkningen. I USA är motsvarande siffra 3,8 procent.

Avsikten med den aktuella artikeln är att indirekt uppskatta prevalensen av alkoholberoende med hjälp av ett instrument, AUDIT-C, som består av tre frågor om alkoholkonsumtion. Två internationella studier har visat samband mellan frekvensen alkoholberoende och resultaten på AUDIT-C. I denna analys används data från den stora epidemiologiska studien från USA, NESARC, där mer än 43 000 individer undersökts med strukturerade kliniska intervjuer och AUDIT-C. Vi har använt dessa samband i en stor svensk undersökning, Liv och Hälsa 2008 för att beräkna frekvensen alkoholberoende. AUDIT-C värden var tillgängliga för mer än 40 000 individer.

Vi uppskattade att totalt 4,38 procent av individerna hade alkoholberoende. Stöd för våra beräkningars tillförlitlighet är resultaten från Folkhälsoinstitutets utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner (2008). I denna studie rapporterade 4,3 procent alkoholberoende.

## 4.1 Inledning

Vid beräkning av alkoholens skadeeffekter används oftast mått som totalkonsumtion och intensivkonsumtion. En annan viktig faktor är frekvensen av alkoholdiagnoser. Kunskapsläget har utförligt redovisats av Rehm och medarbetare 2010. I denna rapport diskuteras frekvensen alkoholberoende som är definierat på likartat sätt i de två stora diagnostiska systemen, ICD-10 och DSM-IV. I resultatredovisningen anges också data för prevalensen alkoholberoende och alkoholmissbruk.

Vid vetenskapliga studier av behandlingseffekter vid alkoholproblem är det centrala kravet att alkoholdiagnos, i regel alkoholberoende, har ställts. För att inkluderas i systematiska översikter av effekten av behandling krävs alkoholdiagnos och dessutom i regel en randomiserad design. I Sverige har SBU presenterat en systematisk översikt om behandlingseffekter 2001. I en annan rapport i Missbruksutredningen, om läkemedelsbehandling av beroendetillstånd, redovisas frekvensen av samtliga randomiserade studier inom området. Studier av avgiftning, psykosocial behandling och läkemedelsbehandling är de tre dominerande grupperna av studier där förutsättningen för inklusion är förekomst av alkoholdiagnos. Interventionsstudier av riskfylld alkoholkonsumtion, där alkoholdiagnos inte krävs, är färre än i de tre andra grupperna.

Huvuddelen av vår kunskap om behandling av alkoholproblem är således baserat på studier av alkoholberoende patienter. Patienter som erhåller behandling i öppen eller slutenvård erhåller också en diagnos enligt ICD-10, som är det officiella svenska diagnossystemet inom sjukvården. Att känna till antalet individer med alkoholberoende i samhället är nödvändigt för att planera för behandling och uppsökande verksamhet.

Sambandet mellan total alkoholkonsumtion och tecken på alkoholberoende är överraskande svagt. Det är därför som konsumtionsmått inte kunnat inkluderas i de diagnostiska systemen trots många försök.

En viktig studie som visar skillnaderna mellan alkoholkonsumtion och förekomsten av alkoholberoende är Dawsons uppföljning av dödligheten hos 37 682 individer varav 1 733 med alkoholberoende sista året (Dawson 2000). Som framgår av tabellen ökar inte dödligheten för individer som inte har beroendesymptom förrän vid 7–8 drinkar/dag medan dödligheten är förhöjd vid alla nivåer av



alkoholkonsumtion hos de med alkoholberoende. Jämförelse är gjord med helnyktra individer.

**Tabell 1 Uppföljning av dödligheten hos 37 682 individer varav 1 733 med alkoholberoende.**

	Ej beroende	Beroende
Sporadisk (1–2 drinkar/vecka)	0,78*	1,20
Måttlig (1–2 drinkar/dag)	0,86*	1,32*
Hög (3–4 drinkar/dag)	0,92	1,42
Mycket hög (7–8 drinkar/dag)	1,07	1,65*

Källa: Dawson 2000.

Not: Mortalitet=1 för helnyktra personer.

För att ställa diagnosen alkoholberoende på bästa möjliga sätt i befolkningen bör epidemiologiska undersökningar med strukturerade kliniska intervjuer genomföras. Med denna metodik ställs exakta samma frågor till de undersökta personerna. I Sverige har denna teknik använts i liten utsträckning och vi har inga säkra egna uppgifter om förekomst av alkoholberoende eller andra alkoholdiagnoser. Stora epidemiologiska undersökningar har genomförts i många länder, t.ex. Norge och USA.

I Norge (Kringlen och medarbetare 2001) rapporteras alkoholberoende under det senaste året föreligga hos 6,6 procent av befolkningen och för alkoholberoende och alkoholmissbruk (DSM-IV) 10,6 procent. Dessa diagnoser är DSM-diagnoser som har en 95 procent överensstämmelse med ICD-diagnoser. I USA är motsvarande siffror för NESARC-projektet 2001-2 (Grant et al. 2004) för alkoholberoende 3,8 procent respektive för alkoholberoende och alkoholmissbruk 8,5 procent.

## 4.2 Samband AUDIT-C och alkoholberoende

I Sverige används instrumentet AUDIT i många befolkningsundersökningar, antingen i den ursprungliga versionen med 10 frågor eller enbart i den förkortade versionen med de tre första frågorna

(AUDIT-C). Är det möjligt att använda resultaten från detta instrument för att uppskatta antalet personer med alkoholdiagnos? Förutsättningen är då att sambanden mellan AUDIT-C och förekomsten av alkoholberoende på gruppnivå är stabila mellan olika länder, i det aktuella fallet mellan Sverige och USA. Mycket talar för att det är så. Flera studier har rapporterat stora likheter mellan sättet att dricka alkohol i Sverige och i USA (Berglund et al. 1988, Ståhlbrandt et al. 2008).

Två studier har rapporterat om sambandet mellan förekomst av alkoholdiagnoser ställda med strukturella kliniska intervjuer och AUDIT-C, Rumpf och medarbetare 2002 från Tyskland och Dawson och medarbetare 2005 från USA. Rumpf studerade 3 551 individer. Sambanden mellan AUDIT och alkoholberoende, riskkonsumtion och missbruk var alla goda (AUROC 0,88, 0,87 och 0,79. 1,0 maximalt samband och 0,5 inget samband).

Dawson och medarbetare studerade 43 093 individer. I artikeln inkluderades också uppgifter om sensitivitet och specificitet för AUDIT-C för olika cut-off nivåer från 3 till 9. Antalet individer som svarade positivt för de olika cut-off nivåerna angavs också. Dessa data innebär att det går att beräkna proportionen alkoholberoende individer liksom proportionen alkoholberoende och alkoholmissbrukande individer för olika AUDIT-C värden. Individer 18 år och äldre inkluderades. 81 procent av individerna kunde inkluderas.

Dessa värden kan sedan användas i nya populationer för att beräkna frekvenserna av alkoholberoende och alkoholberoende och alkoholmissbruk. På detta sätt skulle det vara möjligt att indirekt få en god uppfattning om frekvenserna alkoholberoende och alkoholberoende och alkoholmissbruk. I tabell 2 redovisas proportionen alkoholberoende och alkoholberoende och alkoholmissbruk vid olika AUDIT-C värden beräknade på data redovisade i Dawsons och medarbetares artikel 2005.

Tabell 2

Proportionen alkoholberoende och alkoholberoende/alkoholmissbruk vid olika AUDIT-C nivåer beräknade på data från Dawson et al. 2005. (N=43 093)		
	Alkoholberoende	Alkoholberoende/alkoholmissbruk
-3	0,02	0,07
4	0,04	0,11
5	0,08	0,24
6	0,14	0,31
7	0,16	0,34
8	0,25	0,47
9-	0,42	0,60

### 4.3 Liv & hälsa 2008

Den svenska befolkningsundersökningen Liv & hälsa 2008 har utförligt beskrivits i studien Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre – Resultat från en svensk befolkningsundersökning av Linden-Boström, Persson och Berglund 2009. De alkoholdata som presenteras i denna rapport har tidigare presenterats i den artikeln.

Resultaten grundar sig på undersökningen Liv & hälsa som genomfördes våren 2008 i Södermanlands, Uppsala, Värmlands, Västmanlands och Örebro län. Undersökningsområdet omfattar 55 kommuner med drygt en miljon invånare i åldern 18–84 år. Bland dessa fick 68 522 slumpmässigt valda personer möjlighet att besvara en postenkät. Stratifiering efter kön och ålder genomfördes i alla områden utom Sörmland. Stratifiering efter kommun gjordes på hela urvalet. Totalt svarade 40 674 personer, vilket ger en svarsfrekvens på närmare 60 procent för hela materialet.

I tabell 3 redovisas det beräknade antalet individer med alkoholberoende respektive alkoholberoende och alkoholmissbruk (viktade värden) i de olika AUDIT-C grupperna baserat på beräkningarna i tabell 2. Antal individer i populationen (viktade värden) var 1 060 032 varav 203 264 inte drack alkohol. I totalpopulationen uppskattades 4,38 procent vara alkoholberoende och 10,34 procent alkoholberoende och alkoholmissbrukare.

Tabell 3

Antal individer med alkoholberoende och alkoholberoende/alkoholmissbruk (viktade värden) i olika AUDIT-C grupperna baserat på beräkningar redovisade i tabell 2		
	Alkoholberoende	Alkoholberoende/alkoholmissbruk
-3	4 757	16 499
4	6 620	18 204
5	7 118	21 355
6	8 497	18 814
7	6 214	13 205
8	5 937	11 155
9-	7 240	10 343
Totalt	46 380	109 575
% alla alkoholkonsumenter	5,41	12,79
% alla innevånare	4,38	10,34

#### 4.4 Diskussion

Huvudfynden var att andelen individer med alkoholberoende i befolkningen 18 år och över skattades till 4,38 procent det senaste året och andelen individer med alkoholberoende och alkoholmissbruk till 10,34 procent. Detta stämmer väl överens med den presenterade litteraturen från Norge och USA som presenterades i inledningen. De något lägre värdena i denna studie jämfört med de norska siffrorna kan förklaras av att svarsfrekvensen var 60 procent och lägre än i den norska studien. Vi vet att alkoholberoende individer är överrepresenterade i bortfallet. De verkliga siffrorna kan därför vara något högre.

Starkt stöd för att vår beräkningsmetod fungerar är resultaten från Folkhälsoinstitutets utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner (2008). Befolkningen tillfrågades med enkät-teknik om förekomsten av olika symptom på alkoholberoende enligt DSM-IV. Någon skillnad förelåg inte mellan försökskommunerna och kontrollkommunerna. 5,2 procent av männen och 3,4 procent av kvinnorna uppfyllde kriterierna för alkoholberoende. Totalt kunde 4,3 procent klassas som alkoholberoende. Detta värde är nästan identiskt med vår siffra på 4,38 procent.

Vi har inte gjort en uppdelning i ålder och kön. Detta förklaras av att sensitivitet och specificitetsdata var betydligt sämre presenterade för underanalyserna i Dawsons och medarbetares artikel. Vi

bedömde att analyserna baserade på dessa senare data skulle ha för låg power.

Dawson och medarbetare fann att sambanden mellan AUDIT-C värden och beroendevariablerna var något högre för kvinnor än för män. Män över 65 års ålder hade något bättre sådana samband än yngre män, men skillnaderna var inte signifikanta.

Sambanden mellan AUDIT-C värden och alkoholberoende mätta med AUROC var påfallande lika mellan Dawsons studie och Rumpfs studie, 0,89 respektive 0,88, vilket talar för likartade samband mellan populationerna i USA och Tyskland. Detta stödjer indirekt att sambanden mellan Sverige och USA bör vara tillräckligt likartade för att den använda metodiken skall vara tillämpbar för svenska befolkningsundersökningar.

## Referenser

- Berglund M, Bergman H, Swenelius T. (1998) The Swedish Alcohol Use Inventory (AVI), a self-report inventory for differentiated diagnosis in alcoholism. *Alcohol Alcohol* 23(2):173-8.
- Dawson DA. (2000) Alcohol consumption, alcohol dependence, and all-cause mortality. *Alc Clin Exp Res* 24:72-81.
- Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Zhou Y. (2005) Effectiveness of the derived Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) in screening for alcohol use disorders and risk drinking in the US general population. *Alcohol Clin Exp Res*. 29(5):844-54.
- Grant BF, Dawson DA, Stinson FS, Chou SP, Dufour MC, Pickering RP. (2004) The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991–1992 and 2001–2002. *Drug Alcohol Depend*. 11;74(3):223-34.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. (2001) A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 158(7):1091-8.
- Lindén-Boström, Persson C, Berglund M. (2009) Riskfylld alkoholkonsumtion bland äldre – Resultat från en svensk befolkningsundersökning. *Nordisk alkohol nark*. 5:399-416.
- Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, Parry CD, Patra J, Popova S, Poznyak V, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Taylor B. (2010) The relation between diffe-

- rent dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 105(5):817-43.
- Rumpf HJ, Hapke U, Meyer C, John U. (2002) Screening for alcohol use disorders and at-risk drinking in the general population: psychometric performance of three questionnaires. *Alcohol Alcohol*. 37(3):261-8.
- SBU (2001) Behandling av alkohol- och narkotikaproblem: 156 I–II.
- Statens folkhälsoinstitut. (2008) Effekter av lokalt alkohol- och narkotikaförebyggande arbete. Utvärdering av det förebyggande arbetet i sex försökskommuner.
- Ståhlbrandt H, Andersson C, Johnsson KO, Tollison SJ, Berglund M, Larimer ME. (2008) Cross-cultural patterns in college student drinking and its consequences – a comparison between the USA and Sweden. *Alcohol Alcohol*. 43(6):698-705. Epub 2008 Jul 1.

# 5 Anabola androgena steroider och blandmissbruk

## En prevalensuppskattning

*Ingemar Thiblin, professor, Uppsala universitet*

### Sammanfattning

Användande av anabola androgena steroider (AAS) är i dag etablerat i grupper som inte tillhör idrottseliten. Att bedöma hur många användarna är har visat sig vara mycket svårt. På basis av internationella och svenska intervjustudier gjorda på personer som tränar på gym, gymnasieelever, mörkstrande, missbrukare som sökt vård för missbruk av alkohol eller illegala droger, fängelseinterner och personer häktade för olika brott kan det dock sägas att AAS-användande är relativt vanligt hos kroppsbyggare, blandmissbrukare och kriminella. Merparten av användarna är män, men en svensk studie indikerar att AAS-användande även är förhållandevis vanligt bland kriminella kvinnor.

En försiktig uppskattning av antalet frekventa användare av AAS i Sverige landar på 10 000 individer. Uppskattningen bygger dock på ett antal antaganden och ska ses som tentativ. Att en betydande andel av personerna med blandmissbruk även använder AAS har inte uppmärksammats förrän på senare år, varför gruppen inte är särdeles väl studerad. De studier som är gjorda indikerar att AAS kan ses som en markör för särskilt problematiskt och farligt blandmissbruk, präglad av avancerad polyfarmaci med olika dopningspreparat, analgetika, lugnande medel och illegala droger och även svåra depressioner och hög risk för inblandning i våld. Det framstår därför som viktigt att vårdprogram och riktlinjer inom missbruks- och beroendevården anpassas till den förmodligen växande gruppen av personer med missbruk som även har en problematisk användning av AAS.

## 5.1 Hur många använder AAS i Sverige?

Med anabola androgena steroider (AAS) avses testosteron och andra strukturellt liknande kroppsegna eller syntetiska steroider med anabola och androgena egenskaper. Anabola egenskaper betyder vävnadsuppbyggande egenskaper, t.ex. muskeltillväxt. Androgena egenskaper avser utvecklande och upprätthållande av manliga könskaraktäristika som ansiktsbehåring, mörk röst och manliga fortplantningsfunktioner. Syntetiska AAS finns i såväl tablettform som för intramuskulär injektion. Även salvor och vattenlösliga injektionsformer förekommer.

Användare av AAS har delats upp i tre grupper, nämligen atleter, esteter och slagskämpar (Brower, Blow et al. 1989). Med atleter avses elitidrottare i olika idrottsgrenar, medan esteter avser kroppsbyggare på elitnivå och styrketränande unga män utan tävlingsambitioner. Slagskämpar leder tankarna till unga män som regelbundet söker utmaningar i form av slagsmål, t.ex. s.k. fotbollshuliganer. På senare år har det visat sig att AAS-användande är relativt vanligt hos kriminella som dömts till långa fängelsestraff för grova brott (Klotz, Garle et al. 2006; Klotz, Petersson et al. 2007); Klotz, Petersson et al. 2009) och hos unga blandmissbrukare (Petersson et al. 2009). Därför föredrar jag indelningen: atleter, esteter, kriminella (både slagskämpar och hårt belastade kriminella) och blandmissbrukare. Gruppen blandmissbrukare har även föreslagits av Moberg & Hermansson (2006).

De tester som utförs av Riksidrottsförbundet indikerar starkt att användande av AAS hos svenska elitidrottare är ett marginellt fenomen (<http://www2.rf.se/t3.asp?p=90639>). Studier av kroppsbyggare visar höga livstidsprevalenssiffror, vanligen på flera tiotals procent (Thiblin och Petersson 2005). Antalet individer som ägnar sig åt avancerad kroppsbyggnad torde dock inte vara särskilt stort. Andelen AAS-användare bland dem som styrketränar utan tävlingsambitioner är svårt att få grepp om. De svenska prevalensstudier som är gjorda på skolungdomar och mönstrande anger livstidsprevalenser mellan 0,8 och 5,8 procent hos männen, medan siffrorna för kvinnorna ligger från 0 till 1 procent, oftast några tiondels procent (Thiblin och Petersson 2005).

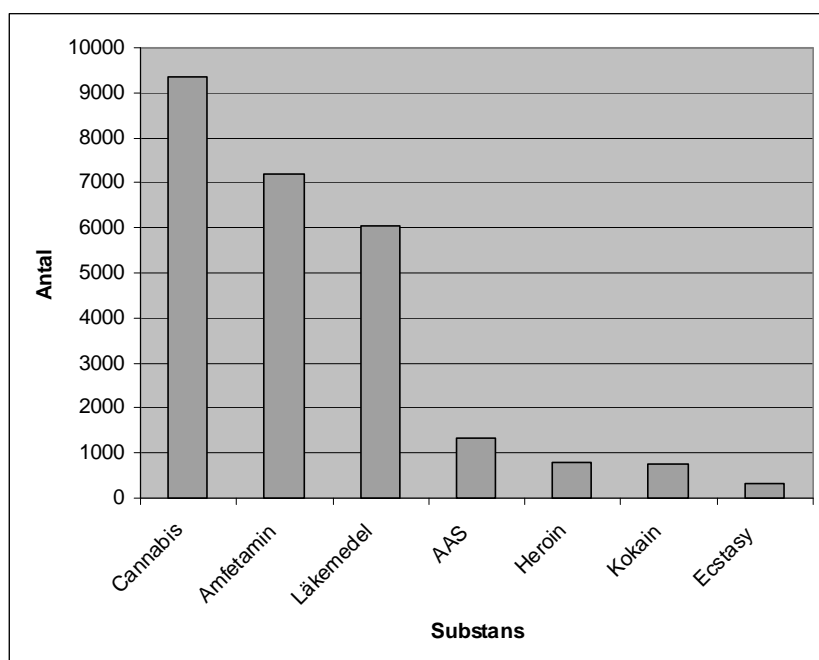
Om vi håller oss till de manliga användarna, motsvarar 1–5 procent cirka 500–2 500 personer per årskull som någon gång använt AAS. Enligt dopingjourens statistik är merparten av AAS-användarna mellan 17 och 32 år gamla. Försiktigt räknat skulle då antalet



personer vid en given tidpunkt som har AAS-erfarenhet vara 16 (årskullar) x 500–2 500, dvs. 8 000–40 000. Nästa fråga blir då: Hur många av dessa är frekventa användare? Det är nämligen detta som är intressant om man fokuserar på en drogs farlighet. Från narkotikaforskningen är det känt att ungefär 80 procent av dem som använder illegala droger endast gör detta enstaka gånger eller en begränsad period av livet. De flesta har upphört med droganvändning när de börjar närma sig 30-årsåldern. Om man antar att samma sak gäller för AAS, så skulle detta ge 1 600 frekventa användare som minst och som mest 8 000 användare.

Tullens och polisens beslagsstatistik från 2006 visar att det då gjordes fler beslag av AAS än av heroin (Figur 1). Det är då viktigt att hålla i minnet att AAS-beslagen oftast gjorts i samband med narkotikabeslag vid tillslag som primärt var riktade mot narkotika. AAS-beslagen är således inte resultat av spaning riktad mot just illegal hantering av dopingpreparat.

Figur 1 Tullens och polisens beslag 2006



Källa: Gunnar Hermansson, Svenska narkotikapolisföreningen

När det gäller antalet heroinister är statistiken mer säker än för AAS-användare. CAN uppskattar att det i dag finns ungefär 10–15 000 användare av heroin. Att uppskatta antalet användare med utgångspunkt från antal beslag är naturligtvis en mycket osäker metod. Om man ändå ska drista sig till en sådan jämförelse skulle den indikera att det finns cirka 10 000 användare av AAS. Detta skulle i så fall betyda att den ovan angivna uppskattningen på 1 600–8 000 användare är underdriven. En förklaring till detta kan vara att prevalensen är något högre i de äldre åldergrupperna, dvs. de som är äldre än skolungdomar och mönstrande och att det finns en beaktansvärd grupp användare som är äldre än 32 år. En annan förklaring kan vara att andelen frekventa användare är högre än den antagna siffran 20 procent.

Ytterligare en annan förklaring kan vara att prevalenssiffrorna är falskt låga pga. underrapportering. Många som mött AAS-användare i kliniska eller andra sammanhang menar att AAS-användare ofta förnekar ett uppenbart AAS-användande, samtidigt som annat missbruk utan vidare bekräftas. Detta är även undertecknads erfarenhet. Nyligen publicerade en studie av idrottare som tycks bekräfta detta fenomen. I studien jämfördes resultaten av officiella dopingtest, anonym enkät och en intervju där s.k. slumpmässig svarsteknik (SST) användes (Striegel, Ulrich et al. 2009). Den senare metoden gör att svaren upplevs som säkert anonyma. Officiella dopingtest (n=25437) visade positiva test i 0,81 procent av fallen. Enkäten (n=1394) visade 0,20 procent, 95 procent CI: 0,02–0,74 procent, medan SST (n=480) visade 6,8 procent, 95 procent CI: 2,7–10,9 procent AAS-användare. Samtidigt gav enkäten och SST samma resultat avseende illegala droger, nämligen cirka 7 procent. Emellertid har samma forskargrupp tidigare gjort en studie med samma upplägg bland kroppsbyggare och då blev resultatet det motsatta, dvs. AAS-användande angavs på samma nivå oavsett metod, medan bruk av illegala droger underrapporterades i enkät (Simon, Striegel et al. 2006). Således kan det vara så att de studier som gjorts bland kroppsbyggare visar prevalenssiffror som ligger nära den sanna prevalensen, medan prevalenssiffror från andra populationer, t.ex. mönstrande är falskt låga. Sammantaget är det undertecknads uppfattning att tillgängliga data talar för att cirka 10 000 användare är en rimlig, förmodligen konservativ uppskattning. Det bör nämnas att en svensk grupp har gjort en uppskattning på 50 000 till 100 000 användare i en översiktsartikel i Lancet (Sjöqvist, Garle et al. 2008). Det är inte redovisat hur man

kommit fram till denna uppskattning, men i samma artikel anges att antalet användare i USA anses vara 1–3 miljoner, vilket vid extrapolering till Sveriges befolkningsmängd skulle ge prevalenstal på denna nivå.

## 5.2 Hur vanligt är AAS-användade hos blandmissbrukare?

Det finns ingen storskalig undersökning av AAS-erfarenhet hos blandmissbrukare. En undersökning som gjordes 2005 på Maria Beroendecentrum visade att 20 av 175 (12 procent) manliga missbrukare under 55 år hade erfarenhet av AAS (Petersson et al. 2009). Flertalet var yngre och det var betydligt vanligare bland dem som hade narkotika som huvudmissbruk än bland dem som hade alkohol som huvudmissbruk. Värt att notera är att blandmissbrukarna med AAS-erfarenhet visade signifikant mer irritabilitet, depressivitet och suicidalitet (själmordstankar) än övriga. Vidare hade de varit exponerade för våld under uppväxten signifikant mer ofta och var dömda för våldsbrott dubbelt så ofta som de övriga. Dessa fynd stämmer väl överens med de som noterats hos blandmissbrukare med AAS-erfarenhet som vårdats på en missbruksenhet i Örebro (Skårberg och Engström 2007). Att AAS är en markör för särskilt problematiskt blandmissbruk med hög dödlighet relaterad till dels avancerat blandmissbruk av dopningspreparat, analgetika, lugnande läkemedel och illegala droger och dels svåra depressioner (själv-mord) indikerades även i en svensk kohortstudie med 275 personer som testats positivt för AAS på Dopinglaboratoriet, Huddinge universitetssjukhus (Petersson, Garle et al. 2006). Att AAS-användande är vanligt hos missbrukare bekräftades återigen i en nyligen publicerad svensk häktesstudie som innefattade 3201 män och 396 kvinnor som selekterats med avseende på missbruk av illegala droger (Lundholm 2010). Knappt en tredjedel (28,1 procent) av männen och 5 procent av kvinnorna hade AAS-erfarenhet. Att så stor andel av kvinnorna uppgav AAS-erfarenhet är anmärkningsvärt, då prevalensstudier på andra kvinnopopulationer oftast ger livstidsprevalenstal på cirka 0,1 procent.

### 5.3 Studie på uppdrag av Missbruksutredningen

På uppdrag av Missbruksutredningen gjordes en studie som syftade till att få en uppfattning om hur vanligt det är med AAS hos avlidna med misstänkt narkotikamissbruk.

Rättskemiska avdelningen utförde analyser avseende AAS på 100 slumpvis utvalda obduktionsärenden från de sex rättsmedicinska avdelningarna i Sverige. Obduktionsfallen var män i åldrarna 17–55 år som avlidit under första halvan av 2009. I samtliga fall fanns en begäran om narkotika från rättsläkaren. I tre fall av 100 påvisades AAS i urin.

#### 5.3.1 Fall 1:

28 år. Anträffad på offentlig toalett med spruta bredvid kroppen. BMI: 24,78.

Angiven dödsorsak: Heroinförgiftning.

Angivet dödsätt: Olycksfall.

Toxikologi: Morfin 0,24 mikrogram per gram lårblod, kodein 0,02, tramadol 0,2, 7-amino-klonazepam 0,4, amfetamin 0,03.

Testosteron 2600 ng/ml

Epitestosteron 47 ng/ml

T/E = 55,31 (ref: <12)

Nandrolon 115 ng/ml, 19-norandrosteron 1589 ng/ml, 19-noretiocholanolon 1135 nng/ml

Trenbolon 1879 ng/ml

Epitrenbolon 3160 ng/ml

#### 5.3.2 Fall 2:

44 år. Anträffad i bekants bostad. BMI: 23,04.

Angiven dödsorsak: Alkoholförgiftning i förening med hjärt- och leversjukdom.

Angivet dödsätt: Olycksfall.

Toxikologi: Alkohol 2,31 promille i blod. Diazepam 0,1 mikrogram per gram blod, nordazepam påvisat i liten mängd.

Testosteron 80 ng/ml

Epitestosteron 8 ng/ml

T/E = 12,66

Övrigt: Kraftig kranskärlsförkalkning med myokardfibros (bindvävsinlagring i hjärtat), skrumplever.

### 5.3.3 Fall 3:

38 år. Anträffad i bostaden. Kanyler och tabletter i bostaden. BMI: 31,25.

Angiven dödsorsak: Läkemedelsförgiftning, med amfetaminförgiftning och påverkan av anabola steroider som bidragande faktor.

Angivet dödsätt: Oklart (suicid eller olycksfall, mycket hög halt sertralin/desmetylertralin kan tala för avsiktlig överdosering).

Toxikologi: Amfetamin 0,05 mikrogram per gram lårblood, metamfetamin 0,42, morfin 0,09, sertralin 2,4, desmetylertralin 2,3, 7-amino-klonazepam 0,09.

Metandienon 1038 ng/ml, Epimetendiol 875 ng/ml, Epimetendionen 574 ng/ml 6b-hydroxymetandienon 4586 ng/ml

Epitrenbolon 78 ng/ml

### 5.3.4 Kommentar

Fall 3 hade BMI över 30 och obducenten hade begärt AAS-analys. I de två övriga fallen var analys av AAS inte begärt och båda hade normal BMI.

Att obducenten inte misstänkte AAS-missbruk hos två normalbyggda missbrukare är inte förvånande. En av dessa var i medelåldern. Kanske har vi en okänd grupp AAS-användare i denna kategori.

Sålides var 3 procent positiva i en selektion som kan förmodas ge en hög andel avlidna med missbruksproblematik. Att siffran är lägre än vad som sågs i studien på Maria Beroendecentrum kan förklaras av att den senare anger livstidsprevalens, medan den förra ger en ögonblicksbild av pågående substansintag.

En rimlig tolkning är att en betydande andel, förmodligen cirka 10 procent, av dagens unga blandmissbrukare av och till använder AAS. Med tanke på att det kan vara så att denna grupp är särskilt problematisk i fråga om depressivitet/suicidalitet och kriminalitet framstår det som angeläget att närmare studera motiv för och konsekvenser av AAS-användning i denna grupp.

## Referenser

- Brower, K. J., Blow, F. C. et al. (1989). "Anabolic-androgenic steroid dependence." *J Clin Psychiatry* 50(1): 31-3.
- Klotz, F., Garle, M. et al. (2006). "Criminality among individuals testing positive for the presence of anabolic androgenic steroids." *Arch Gen Psychiatry* 63(11): 1274-9.
- Klotz, F., Petersson, A. et al. (2007). "Violent crime and substance abuse: a medico-legal comparison between deceased users of anabolic androgenic steroids and abusers of illicit drugs." *Forensic Sci Int* 173(1): 57-63.
- Klotz, F., Petersson, A., Hoffman, O., Thiblin, I. (2009). The significance of misuse of anabolic androgenic steroids among convicted men in a Swedish prison. I press *Compr Psychiatr*
- Lundholm, L., Käll, K., Wallin, S., Thiblin, I. (2010). Use of anabolic androgenic steroids in substance abusers arrested for crime. *Drug Alcohol Depend* 111 (3): 222-26.
- Moberg, T., Hermansson, G. (2006). *Mandom, mod och morske män. Anabola-androgena steroider – medicinskt, rättsligt och socialt*. Göteborg: Mediahuset.
- Petersson, A., Garle, M. et al. (2006). "Morbidity and mortality in patients testing positively for the presence of anabolic androgenic steroids in connection with receiving medical care. A controlled retrospective cohort study." *Drug Alcohol Depend* 81(3): 215-20.
- Petersson, A., Klotz, F., Bengtsson, J., Voltaire-Carlsson, A., Granth, F., Thiblin, I. (2010). Substance abusers' motives for using anabolic androgenic steroids. *Drug Alcohol Depend* 111(1-2): 170-72.

- Simon, P., Striegel, H. et al. (2006). "Doping in fitness sports: estimated number of unreported cases and individual probability of doping." *Addiction* 101(11): 1640-4.
- Sjoqvist, F., Garle M., et al. (2008). "Use of doping agents, particularly anabolic steroids, in sports and society." *Lancet* 371(9627): 1872-82.
- Skårberg, K. och Engström I. (2007). "Troubled social background of male anabolic-androgenic steroid abusers in treatment." *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2: 20.
- Striegel, H., Ulrich, R. et al. (2009). "Randomized response estimates for doping and illicit drug use in elite athletes." *Drug Alcohol Depend*
- Thiblin, I. och Petersson, A. (2005). "Pharmacoepidemiology of anabolic androgenic steroids: a review." *Fundam Clin Pharmacol* 19(1): 27-44.

## 6 En naturalistisk studie av 14 000 svenska missbruksklienter baserad på Addiction Severity Index

*Bengt-Åke Armelius, professor emeritus*

*Kerstin Armelius, professor emerita*

*Institutet för klinisk psykologi i Umeå AB*

### **Sammanfattning**

Studien bygger på 14 000 grundintervjuer och 3 000 uppföljningsintervjuer med klienter vid 50 olika enheter för missbruksvård i Sverige, som har intervjuats med ASI-intervjun. Intervjuarskattningar av problem visar att problemen är störst med alkohol, följt av problem med psykisk hälsa, narkotika, arbete/försörjning, familj/umgänge, fysisk hälsa och kriminalitet. Dominerande problemdrog är alkohol (57 procent), narkotika (37 procent) och båda (6 procent). Indikationer på tungt missbruk och svår psykisk störning togs fram för ASI-data och enligt dessa uppvisar 17 procent av klienterna tungt narkotikamissbruk, 13 procent tungt alkoholmissbruk och 2 procent både tungt narkotika- och tungt alkoholmissbruk. Svår psykisk störning indikeras av 28 procent av klienterna.

Skillnader mellan män och kvinnor är små. Yngre missbrukare har en betydligt sämre social situation, mer narkotikaproblem och mer problem med psykisk hälsa. Klienterna har delats in i tre åtskilda men homogena problemprofiler. En knapp tredjedel av klienterna har fått behandling för sitt missbruk någon gång medan drygt hälften har fått behandling i psykiatrin. Behandling för alkoholproblem är något vanligare för män, medan behandling för psykiska problem är vanligare för kvinnor. Klienter med tungt missbruk eller svår psykisk störning har fått behandling oftare än andra.

Drygt 20 procent av klienterna har följts upp efter ca ett år. Störst förbättring sker inom alkohol där nästan hälften av klienterna uppvisar en reliabel förbättring. Inom psykisk hälsa är det drygt 40 procent och inom narkotika drygt 30 procent som förbättras.



## 6.1 ASI-databasen

De data som används i denna rapport är identiska med de data som togs fram i ett forskningsprojekt (Armelius, et al., 2009) och omfattar ASI-intervjuer inmatade i den nätbaserade databasen ASI-08 fram till och med oktober 2008. Databasen innehåller så gott som alla inmatade intervjuer fram till den tidpunkten och kallas därför fortsättningsvis ASI-08. I ASI-databasen ingår 49 kommunala enheter och två privata företag. På enhetsnivå visar en jämförelse med studien av Abrahamson och Tryggvesson (2007) att ASI-databasen har en viss överrepresentation av enheter från två av våra storstäder (Stockholm och Malmö) och en jämförelse på individnivå (Statistisk Årsbok, 2008) visar att ASI-databasen är mest representativ för personer boende i större kommuner i Sverige.

För att begränsa mängden information har vi i denna rapport valt att huvudsakligen använda oss av intervjuarskattningen för att visa bedömning av problem och hjälpbehov från intervjuerna. En anledning är att intervjuarskattningarna uppvisar störst variation och i den meningen är mest känsliga för att återspegla skillnader, en annan är att intervjuarskattningen korrelerar väldigt högt ( $r =$  cirka .70) med andra tänkbara utfallsmått, främst klientens skattningar av antalet dagar med problem under de sista 30 dagarna, skattning av oro och besvär samt skattning av hjälpbehov. I en metodrapport (Armelius & Armelius, 2010a) beskrivs hur vi hanterat olika problem med skalan för intervjuarskattningar i ASI och där framgår att resultaten blir desamma om man i stället använder ett matematiskt sammansatt index, s.k. composite score. Jämförelser mellan grupper har gjorts med hjälp av olika statistiska test, men med många deltagare blir även mycket små skillnader signifikanta, vilket man måste beakta när man tolkar resultaten. Jämförelser mellan grupper har gjorts med både parametriska och icke-parametriska test, vilket nästan alltid gett samma resultat. Vid signifikanta resultat används generellt en procent signifikansnivå,  $p < .01$ . Någon gång kan andra p-värden förekomma, vilket då skrivs ut i texten. Antalet klienter som ingår i olika jämförelser och analyser varierar beroende på internt bortfall på enskilda variabler. Därför anges oftast hur många klienter som ingår i jämförelserna.

## 6.2 Granskning av kvalitet och representativitet i den kliniska databasen ASI-08

För en mer utförlig beskrivning av arbetet med kvalitetsgranskning av databasen hänvisas till Armelius & Armelius (2010a). Här ges endast en kort sammanfattning.

Totalt fanns 16 239 grundintervjuer att utgå från. Antal inmatade intervjuer är inte detsamma som antalet klienter i databasen, t.ex. kan samma klient förekomma flera gånger med mer eller mindre fullständiga inmatningar. Intervjuer som exkluderades utgjordes av ofullständiga inmatningar och av dubbel/trippelinmatningar av samma klient. Slutligen kom databasen att omfatta 140 790 inmatade grundintervjuer för lika många klienter, dvs. 13 procent av de inmatade intervjuerna exkluderades. På samma sätt exkluderades 6 procent av inmatade uppföljningsintervjuer, vilket innebär att underlaget består av 4 110 uppföljningsintervjuer för lika många klienter. Analyserna av dessa data redovisas i två delar: en kartläggande del där grundintervjuerna används för att beskriva och jämföra olika grupper av klienter och en del där uppföljningsintervjuerna används för att beskriva förändring i missbruk och problem hos klienterna.

En fråga som missbruksutredningen ställt gäller en bedömning av vad som skulle behövas (på olika nivåer; deltagande enheter, inmatningsregim, kontrollfunktioner, återföring/validering mot inmataren etc.) för att inför framtiden göra databasen mer tillförlitlig och användbar för nationell uppföljning och styrning. Denna del redovisas inte i denna rapport, men det står helt klart att man för detta ändamål måste lösa en rad problem varav det största problemet är att det helt saknas rutiner för aggregering av data, vilket innebär att det inte sker någon kvalitetskontroll baserad på avvikande data, outliers, inkonsistenser etc. Detta är förmodligen något som måste skötas av forskarutbildade personer med kunskap om hur data av denna typ kan hanteras för att besvara relevanta frågeställningar.

## 6.3 Del 1: Kartläggning baserad på grundintervjun: Jämförelser och analyser

Indelning av boendeorter baseras på en fråga i ASI-intervjun, där ort med mer än 100 000 invånare kallas storstad. Här ingår förutom Malmö och Stockholm, Linköping, Norrköping, Umeå, Västerås

och Örebro. Ort med mellan 10 000 och 100 000 invånare kallas mellanstor ort och ort med mindre än 10 000 invånare kallas landsbygd. Dominerande drog är intervjuarens bedömning, baserad på klientens svar på en fråga i ASI om vilket/vilka medel (alkohol/olika droger) som är det största problemet för klienten. Vissa uppgifter i resultaten kommer endast från ASI-2006 med drygt 3 000 klienter eller cirka 23 procent av samtliga klienter i ASI-08. När så är fallet anges detta i texten. Uppgift om huvudman och initiativ till intervjun finns bara i ASI.2006. Där har majoriteten av klienterna, 63 procent uppgett att de kommit på eget initiativ, och för 20 procent har initiativet kommit från en myndighet. För majoriteten, 61 procent, är kommunen huvudman, för 31 procent är privat företag huvudman, och för övriga klienter är SiS, landsting eller annat ej specificerat huvudman. Eftersom uppgift om huvudman saknas för närmare 70 procent av klienterna har vi inte kunnat redovisa resultat för klienter i ASI-databasen uppdelade på olika huvudmän. De privata företagen kan också ha olika uppdragsgivare, som t.ex. socialtjänsten, landsting och olika företag, vilket ytterligare försvårar jämförelser för klienter med olika huvudmän.

### 6.3.1 Alla klienter och män och kvinnor

I tabell 1 visas ett antal bakgrundsvariabler för män och kvinnor separat och för alla klienter. När inte annat anges gäller uppgifterna de senaste 30 dagarna. Utförliga normtabeller återfinns i slutrapporten från forskningsprojektet (Armeliuss, et al., 2009).

Tabell 1 Bakgrundsuppgifter i % för män och kvinnor och totalt

Område	Män	Kvinnor	Totalt
<i>Utlandsfödd</i>	18	14	16
<i>Ålder (medelvärde)</i>	40	40	40
<i>Boendeort</i>			
Storstad	65	65	65
Mellanstor stad	28	27	28
Landsbygd	7	7	7
<i>Utbildning*</i>			
Ej avslutad grundskola	7	6	6
Grundskola	35	32	34
Gymnasium	44	42	44
Högskola/universitet	14	21	16
<i>Boende</i>			
Egen lägenhet	57	72	62
Bostadslös	10	5	8
<i>Civilstånd</i>			
Ensamstående**	74	69	73
<i>Försörjning</i>			
Arbete heltid/regb.deltid***	46	44	45
Arbete någon dag (30 dagar)	29	29	29
Försäkringskassa (30 dagar)	28	40	31
Socialbidrag (30 dagar)	35	29	33
a-kassa (30 dagar)	7	6	6
<i>Kriminalitet (30 dagar)</i>			
Villkorligt frigiven	16	6	13
Olaglig verksamhet med syfte att skaffa pengar	12	7	10
Fysisk misshandel (30 dagar)	2	5	3
Fysisk misshandel tidigare	27	52	35
<b>Totalt antal</b>	<b>9 603</b>	<b>4 290</b>	<b>14 079</b>

\*baseras enbart på version 2 \*\* både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående

\*\*\*senaste 3 åren

Majoriteten är män (69 procent), svenska medborgare, ensamstående/frånskilda och bor i egen lägenhet i en storstad. Medelålder för samtliga klienter är 40 år (12–81 år). Uppgifter för de senaste 30 dagarna visar att en knapp tredjedel har försörjning med socialbidrag och lika många har försörjning från försäkringskassan (inklud-

erat ålderspension). Nästan hälften, 45 procent uppger att de regelbundet haft heltidsarbete eller deltidsarbete de senaste 3 åren. En liten andel, 10 procent, har de senaste 30 dagarna ägnat sig åt olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar och något fler, 13 procent, är villkorligt frigivna eller har frivårdspåföljd.

Män och kvinnor skiljer sig inte i ålder, boendeort, arbete de senaste 30 dagarna och a-kassa. En något större andel av männen är utlandsfödda, bostadslösa, ensamstående, har socialbidrag och är inblandade i kriminalitet. En större andel av kvinnorna har eftergymnasial utbildning, bor i egen bostad och är gifta/sambo och försörjer sig med pengar från försäkringskassan jämfört med män. Fysisk misshandel de senaste 30 dagarna är ovanligt för både män och kvinnor men närmare hälften av kvinnorna och en dryg fjärdedel av männen har tidigare varit utsatt för fysisk misshandel (se Armelius & Armelius, 2010b för en mer utförlig beskrivning).

Det är svårt att jämföra våra resultat med resultat från andra studier beroende på skillnader i tidpunkt när data samlades in och var klienterna kommer ifrån både när det gäller boende och huvudman/enheter. Vi har gjort vissa jämförelser med statistik från IKMDOKs data (IKM-DOK, 2008), där 2 500 klienter från olika enheter med olika huvudmän ingår och med en studie av Eriksson, Palm och Storbjörk (2003) med närmare 1 000 klienter från socialtjänsten i Stockholms län för åren 2001–2002. Båda studierna jämförde också män och kvinnor. Jämförelsen visar att klienterna i ASI-08 i många avseenden liknar klienterna i dessa studier. Andel män och kvinnor och ålder är relativt lika i samtliga studier och en majoritet av klienterna är ensamstående och bor i egen lägenhet. Andel bostadslösa klienter är högst i Stockholmsstudien, vilket kan bero både på att det är ett storstadsfenomen att sakna bostad och på att det i den studien ingick en enhet med just bostadslösa klienter. Försörjning är svårt att jämföra mellan studier eftersom det inte gäller samma tidsperiod i alla studier och inte heller samma frågor om arbete. IKMDOK frågar efter arbete de senaste 6 månaderna och redovisar att närmare 25 procent har försörjt sig med lön, medan det i Stockholmsstudien vid intervjutillfället var 15 procent som arbetade, jämfört med 29 procent i ASI-08 som har arbetat åtminstone någon dag av de senaste 30 dagarna. Samtliga studier redovisar små och liknande skillnader i bakgrundsvariabler mellan män och kvinnor.

**Tabell 2 Droger och hälsa/ohälsa i procent för män och kvinnor och för alla klienter**

Område	Män	Kvinnor	Totalt
<i>Drogproblem intervjuarskattning &gt; 1</i>			
Alkohol	70	70	71
Narkotika	50	43	48
Inget	8	11	9
Båda	28	23	26
<i>Dominerande drog</i>			
Alkohol	51	53	51
Narkotika	38	33	37
Båda	6	6	6
Inget	6	9	7
Injicerat 6 mån	18	14	17
<i>Behandling någon gång</i>			
Alkohol	36	33	34
Narkotika	28	25	27
<i>Fysisk hälsa</i>			
Kroppslig sjukdom/skada	49	52	49
Läkarvård 6 mån	36	44	39
Sjukersättning	9	12	10
Medicin	24	35	29
Sjukhusvård* någon gång	77	76	77
<i>Psyisk hälsa</i>			
Sjukersättning	9	14	11
Psykiatrisk vård någon gång	46	65	52
Medicin	6	11	8
Depression	29	32	30
Ångest	40	48	42
Koncentrationsproblem	41	46	43
Våldsamt beteende	10	9	10
Hallucinationer	5	4	5
Suicidtankar	12	15	13
Suicidförsök tidigare	23	36	27
<b>Totalt antal</b>	<b>9 603</b>	<b>4 290</b>	<b>14 079</b>

\*inkluderar överdos och delirium men ej abstinensbehandling

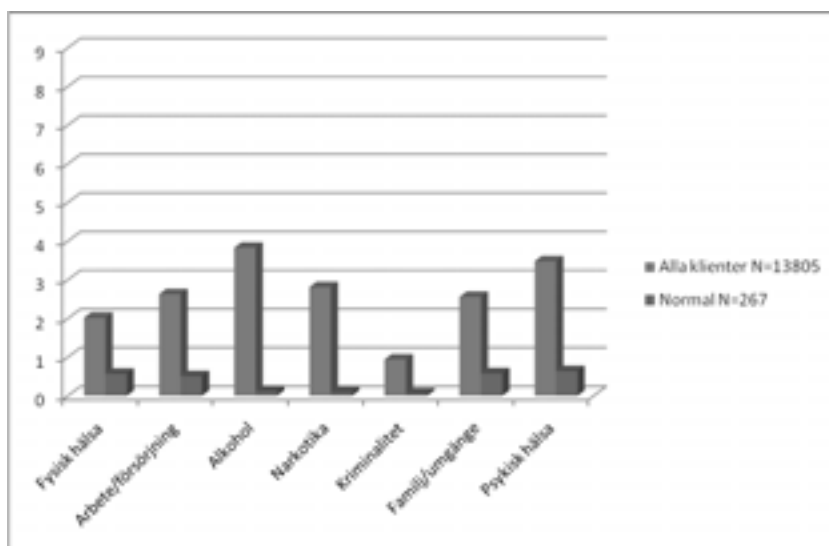
En sammanställning av dominerande drog och områdena fysisk och psykisk hälsa för män och kvinnor och för alla klienter visas i tabell 2. Uppgifter om drogproblem baseras på intervjuarskattningar och anger hur stor andel av klienterna som har bedömts vara problemfria (skattning 0 eller 1) och hur många som har åtminstone ett litet problem eller mer (skattning 2 eller högre). Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan om hur många gånger man deltagit i öppen- eller slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger andel som deltagit i sådan behandling någon gång. Detsamma gäller för behandling av fysiska och psykiska problem. Övriga uppgifter gäller de senaste 30 dagarna om inte annat anges. Skattning av psykiska symtom gäller allvarliga symtom som varat minst två veckor de senaste 30 dagarna och symtomen ska inte vara direkt relaterade till missbruk. Skattning av våldsamt beteende, suicidtankar och suicidförsök gäller dock kortare tidsperioder än två veckor och även i relation till missbruk.

Intervjuarskattningar med 2 eller högre visar att en klar majoritet av klienterna har ett litet problem/hjälpbehov eller mer med alkohol och cirka 50 procent med narkotika och cirka en fjärdedel har problem med båda med denna definition. När klienter får bedöma vilken drog som är dominerande problem är detta alkohol för hälften av klienterna och narkotika för 37 procent och en liten andel har uppgett att det är både alkohol och narkotika som är problemdroger. Detta visar att många klienter har problem med både alkohol och narkotika även om endera drogen bedöms vara det dominerande missbruksproblemet. Cirka en tredjedel har fått behandling tidigare för alkoholproblem och något färre har fått behandling för narkotikaproblem. Hälften har kroniska besvär med sin fysiska hälsa och närmare en tredjedel tar medicin för somatiska besvär. På frågor om speciella psykiska symtom är det många som de senaste 30 dagarna upplevt icke drogrelaterat: allvarlig ångest (42 procent), allvarlig depression (30 procent), koncentrationsproblem-svårigheter att förstå-minnas (43 procent). Det är mer ovanligt att man haft svårigheter att kontrollera våldsamt beteende (10 procent) eller upplevt hallucinationer (5 procent). Hälften har tidigare fått behandling för psykiska besvär.

En något större andel av männen jämfört med kvinnorna har narkotika som dominerande problemdrog och har injicerat det senaste 6 månaderna och har fått behandling för både alkohol och narkotikaproblem någon gång. Långvarig kroppslig skada/sjukdom är ganska lika för män och kvinnor men det är vanligare att kvinnor

fått läkarvård de senaste 6 månaderna och att de är ordinerade att regelbundet ta läkemedel för fysiska besvär. I ASI-08 är det svårt att få uppgift om vilka specifika somatiska problem som klienterna har. I version 2 frågas efter om man har hepatit B och C och svaren visar att för både män och kvinnor är hepatit B mycket ovanligt, cirka 3 procent, medan 22 procent av männen och 19 procent av kvinnorna har svarat att man har hepatit C. Området psykisk hälsa/ohälsa skiljer mest mellan män och kvinnor. Generellt gäller att en större andel av kvinnorna de senaste 30 dagarna har upplevt olika psykiska symtom med undantag för svårigheter att kontrollera våldsamt beteende och hallucinationer. En större andel av de kvinnliga klienterna har också gjort tidigare suicidförsök men siffran är hög också för manliga klienter. Det är en stor skillnad mellan män och kvinnor i behandling för psykiska besvär. En mycket större andel av de kvinnliga klienterna än de manliga har sjukersättning och medicin och har fått behandling i psykiatri för sina psykiska besvär. Intervjuarskattningar för olika problemområden för samtliga klienter visas i figur 1. I figuren har värden för en normalgrupp också lagts in (Armeliuss, et al., 2009).

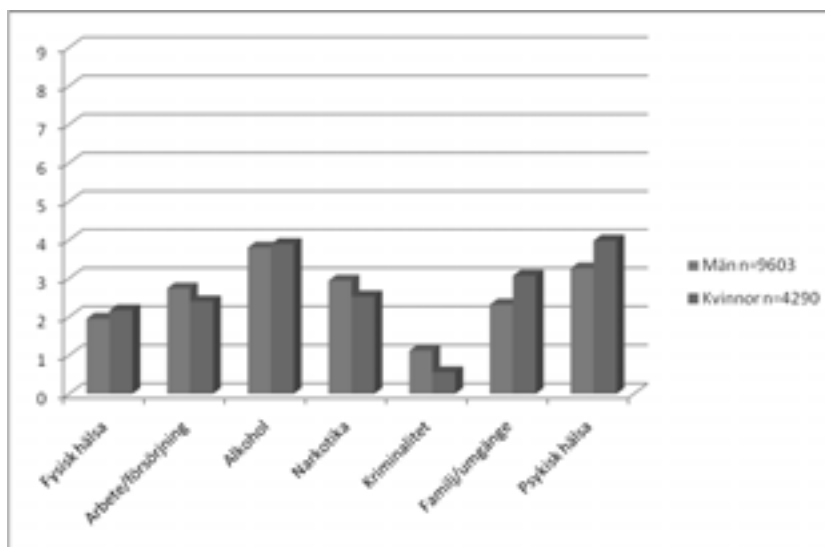
**Figur 1** Intervjuarskattningar för olika problemområden för samtliga klienter





Intervjuarskattningarna visar att klienterna bedöms ha störst problem med alkohol följt av problem med psykisk hälsa. Problem med narkotika och arbete/försörjning och familj/umgänge bedöms också vara relativt stora medan problem med fysisk hälsa bedöms ligga lägre och problem med kriminalitet bedöms vara lägst. Värden för normalgruppen visar att klienterna har avsevärda problem inom samtliga områden i jämförelse med en normalgrupp. Intervjuarskattningar för olika problemområden för män och kvinnor visas i figur 2.

**Figur 2** Intervjuarskattningar för olika problemområden för män och kvinnor



Män och kvinnor skiljer sig åt i alla problemområden utom alkohol, där intervjuarna skattat att problemen är lika stora. Männen har skattats ha mer problem/hjälpbehov med arbete/försörjning, narkotika och med kriminalitet, medan kvinnorna har skattats ha mer problem/hjälpbehov med fysisk och psykisk hälsa samt med familj/umgänge. Skillnaderna har testats med MANCOVA<sup>1</sup> med ålder som kovariat. Om man jämför uppgifterna i tabell 1 och 2 med intervjuarskattningarna finns det två områden som man kan

<sup>1</sup> Covariansanalys är en statistisk metod där man låter en variabel fungera som kontroll av varians i en annan variabel inför en beräkning. MANCOVA innebär att man gör flera analyser samtidigt för att minska effekten av beroendet mellan analyser.

notera. Manliga klienter bedöms ha mer problem med arbete/försörjning trots att män och kvinnor arbetar lika mycket och kvinnliga klienter bedöms ha mer problem/behov av hjälp för sina fysiska besvär trots att fysiska besvär verkar vara lika vanligt för män och kvinnor. Dessa skillnader mellan bedömning av problem/behov av hjälp och bakgrundsfakta kan vara uttryck för vanliga könsstereotyper.

Sammanfattningsvis är det vissa skillnader i bakgrund mellan män och kvinnor. Kvinnor verkar ha en bättre materiell situation än män. De bor bättre än män, är sambo/gift och försörjer sig mer med pengar från försäkringskassan, medan män försörjer sig mer med socialbidrag och är mer inblandade i kriminalitet. Trots att problem med alkohol är lika vanligt för män och kvinnor har en något större andel av männen fått behandling för detta. Fast kvinnor och män inte är så olika när det gäller fysisk hälsa har en större andel av de kvinnliga klienterna fått behandling för sina fysiska besvär jämfört med männen. Kvinnor har en sämre psykisk hälsa än män och får mycket mer behandling för dessa besvär, men skillnaden i behandling för psykiska besvär verkar vara större än vad som motsvarar skillnaden i besvär. Skillnaden i behandling mellan män och kvinnor kan tyda på att män har lättare att få behandling eller söker mer vård för alkoholmissbruk, medan kvinnor verkar ha lättare att få behandling eller söker mer vård för både somatiska och psykiska besvär än män.

### 6.3.2 Ålder

Tre åldersgrupper med ungefär lika antal i varje grupp jämförs; upp t.o.m. 33 år, 34–47 år och över 47 år. Andel män och kvinnor är lika i de olika åldersgrupperna. I tabell 3 nedan visas bakgrundsuppgifter för de tre åldersgrupperna.

**Tabell 3 Bakgrundsuppgifter i procent för olika åldersgrupper**

Område	T.o.m. 33 år	34 till 47 år	48 år och över
<i>Utlandsfödd</i>	16	18	16
<i>Män</i>	69	68	69
<i>Boendeort</i>			
Storstad	63	66	67
Mellanstor stad	31	27	25
Landsbygd	6	7	8
<i>Boende</i>			
Egen lägenhet	46	64	75
Bostadslös	8	9	7
<i>Civilstånd</i>			
Ensamstående*	79	71	67
<i>Utbildning</i>			
Ej avslutad grundskola	8	7	5
Avslutad grundskola	40	29	32
Gymnasium	45	46	40
Högskola/universitet	7	18	23
<i>Försörjning</i>			
Socialbidrag	44	34	21
Försäkringskassa	15	31	49
Arbete heltid/regb.deltid**	38	49	48
Arbete (30 dagar)	26	30	30
<i>Kriminalitet</i>			
Villkorligt frigiven	20	13	6
Olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar	18	9	3
<b>Totalt antal</b>	<b>4 755</b>	<b>4 437</b>	<b>4 674</b>

\*både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående \*\*senaste 3 åren

Det är stora skillnader mellan de olika åldersgrupperna i flera bakgrundsvARIABLER. Klienter i den äldsta gruppen är bäst utbildade, en större andel bor i egen lägenhet, försörjer sig med arbete och med pengar från försäkringskassan. En större andel i den yngsta gruppen bor i storstad, är ensamstående, försörjer sig med socialbidrag och är inblandade i kriminalitet.

I tabell 4 nedan visas resultat för droger samt fysisk och psykisk hälsa för de tre åldersgrupperna. Behandling för alkohol- och nar-

kotikaproblem baseras på frågan om hur många gånger man deltagit i öppen- och slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger om man deltagit åtminstone någon gång. Detsamma gäller frågorna om behandling för fysiska och psykiska problem. Om inte annat anges gäller övriga uppgifter de senaste 30 dagarna.

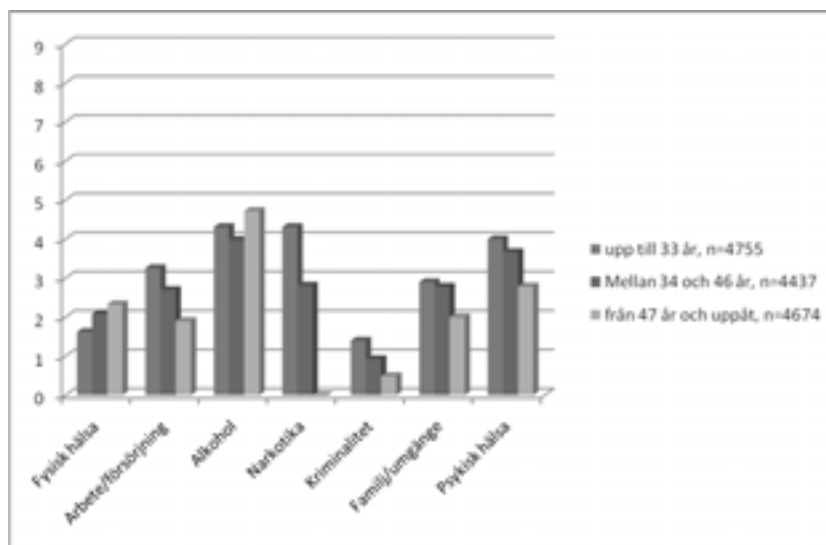
**Tabell 4 Droger och hälsa/ohälsa i procent bland klienter i olika åldrar**

Område	-33 år	34-47 år	48 år -
<i>Dominerande drog</i>			
Alkohol	24	53	77
Narkotika	60	35	14
Båda	7	7	4
Injicerat 6 mån	24	18	6
<i>Behandling alkohol/narkotika någon gång</i>			
Alkohol	16	37	52
Narkotika	39	29	14
Medicin	7	7	8
<i>Fysisk hälsa</i>			
Kroppslig sjukdom/skada	39	50	59
Läkarvård 6 mån	34	37	45
Sjukersättning	2	8	20
Medicin	16	28	44
Sjukhusvård någon gång	71	77	83
<i>Psykisk hälsa</i>			
Sjukersättning	5	13	13
Psykiatrivård någon gång	55	54	45
Medicin	7	8	8
Depression	35	32	24
Ångest	48	45	34
Koncentrationsproblem	53	43	33
Våldsamt beteende	16	9	4
Hallucinationer	7	4	2
Suicidtankar	15	14	10
Suicidförsök tidigare	29	30	21
<b>Totalt antal</b>	<b>4 755</b>	<b>4 437</b>	<b>4 674</b>

Alkohol som dominerande drog är vanligare med ökad ålder medan narkotika är ovanligare. Behandling för missbruk följer domin-

erande drog där en större andel i den äldsta gruppen jämfört med de yngre grupperna fått behandling för alkoholmissbruk och tvärtom för narkotikamissbruk. I den äldsta gruppen är fysisk hälsa inte oväntat sämst och en stor majoritet i den gruppen har långvarig kroppslig skada/ sjukdom, en femtedel har sjukersättning och mer än en fjärdedel är ordinerad regelbunden medicin för detta. Nästan alla i gruppen har någon gång varit inlagd på sjukhus för kroppsliga skador/sjukdom. Mer anmärkningsvärt är kanske att så stor andel i den yngsta gruppen också har långvarig kroppslig skada/sjukdom och har varit inlagd på sjukhus för detta. Psykisk hälsa är sämst i den yngsta åldersgruppen, där en större andel, framför allt jämfört med den äldsta gruppen, de senaste 30 dagarna (ej drogrelaterat) har upplevt allvarlig depression, allvarlig ångest, koncentrations-svårigheter, haft problem med att kontrollera våldsamt beteende (kan vara drogrelaterat) och upplevt hallucinationer. Det är också vanligare att yngre klienter tidigare gjort suicidförsök. Behandling för psykiska besvär skiljer också något mellan åldersgrupperna och drygt hälften i de två yngsta grupperna har någon gång fått behandling i psykiatrin för psykiska besvär jämfört med knappt hälften i den äldsta gruppen. Sjukersättning för psykiska besvär är däremot ovanligast i den yngsta gruppen. Intervjuarskattningar för olika problemområden för åldersgrupper visas i figur 3.

**Figur 3** Intervjuarskattningar inom olika problemområden för olika åldersgrupper



Det är signifikanta skillnader mellan åldersgrupper för alla problemområden. Problem med fysisk hälsa ökar inte oväntat med ålder. Det gör även problem med alkohol medan problem för övriga områden minskar med ökad ålder.

### 6.3.3 Kön och ålder

Eftersom det verkar vara större skillnad mellan åldersgrupper än mellan män och kvinnor undersöktes närmare eventuella interaktioner mellan ålder och kön med en 3 (åldersgrupp) x 2 (kön) MANOVA<sup>2</sup>. Huvudeffekter av åldersgrupper och kön var desamma som i de separata analyserna som redovisats ovan. Det var signifikanta interaktioner mellan ålder och kön för fyra problemområden: fysisk hälsa, alkohol, kriminalitet, och familj/umgänge. Interaktionerna visar att för män ökar problem med alkohol och fysisk hälsa med stegvist ökad ålder medan kvinnor får ökade problem med fysisk hälsa och alkohol redan efter 33 år och problemen är sedan lika höga i de båda äldre grupperna. Man skulle kunna säga att kvinnorna får problem tidigare än män med alkohol och fysisk hälsa. För män minskar problem med kriminalitet med ökad ålder medan kvinnors problem med kriminalitet också minskar med ökad ålder, men inte lika starkt, förmodligen beroende på att kvinnor initialt har så lite problem med kriminalitet. Problem med familj/umgänge minskar för män enbart i den äldsta gruppen medan det för kvinnor minskar stegvis för varje åldersgrupp. Mönstret för problem i olika åldersgrupper är ganska lika för män och kvinnor men som interaktionerna visar finns det vissa små skillnader mellan könen för hur problemen är relaterade till ålder. Särskilt kan problem/hjälpbehov med fysisk hälsa lyftas fram där resultaten kan tolkas som att kvinnors fysiska hälsa tidigare påverkas negativt av missbruk jämfört med män.

Till sist testades en explorativ medieringsmodell (Howell, 2007) för sambandet mellan ålder och narkotikaproblem med psykiska problem som mediator. I en medieringsmodell undersöker man om ett samband mellan två variabler minskar eller försvinner när man statistiskt kontrollerar för den bakomliggande mediatorvariabeln.

---

<sup>2</sup> Statistisk metod som undersöker hur flera utfallsvariabler som hänger ihop med varandra kan relateras till ett antal kategoriska variabler som kan kombineras med varandra.

Frågan som testas är om sambandet mellan ålder och missbruksproblem kan bero på psykiska problem. Med ökad ålder minskar både narkotikaproblem ( $r = -.42$ ) och psykiska problem ( $r = -.20$ ). När man kontrollerar för psykiska problem är sambandet mellan ålder och narkotikaproblem fortfarande signifikant och minskar endast marginellt (från  $-.42$  till  $-.37$ ), vilket tyder på att sambandet mellan ålder och narkotikaproblem inte kan prediceras av att yngre har mer psykiska problem än äldre. Detta tyder på att förklaringar till att yngre har mer problem med narkotika får sökas i andra faktorer än klienternas psykisk hälsa/ohälsa. Vi gjorde också samma analyser med övriga problemområden som mediator till sambanden mellan ålder och narkotikamissbruk, men inga resultat visade att det fanns någon medieringseffekt.

Resultaten för kön och ålder visar att den yngsta gruppen har en sämre situation på många sätt jämfört med framför allt den äldsta gruppen. Gruppen yngre missbrukare har sämre utbildning, står utanför arbetsmarknaden och det sociala skydds nätet och har mycket sämre psykisk hälsa jämfört med äldre missbrukare. Vissa av dessa skillnader är sannolikt relaterat till att narkotika är den vanligaste drogen i den yngsta gruppen. Medieringsanalyser visade att samband mellan ålder och narkotikamissbruk inte kan relateras till olikheter mellan klienter i vare sig psykisk hälsa/ohälsa eller problem i andra områden.

### 6.3.4 Tungt missbruk

#### Narkotika

Olika författare verkar relativt överens om att definiera tungt narkotikamissbruk som: "allt missbruk av narkotika, där injektion förekommit samt allt övrigt dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika" (CAN, 2008). I ASI frågas efter antal gånger man injicerat både de senaste 6 månaderna och antal dagar de senaste 30 dagarna. Bruk av 11 olika preparat frågas efter för antal dagar de senaste 30 dagarna. I tabell 5 visas antal och procentuell andel av alla klienter som använt olika preparat någon dag eller mer de senaste 30 dagarna för samtliga klienter uppdelat på män och kvinnor.

**Tabell 5**    **Bruk av olika preparat någon dag eller mer de senaste 30 dagarna för samtliga klienter samt för män och kvinnor separat. Antal och andel i procent**

Preparat	Antal totalt	% totalt	Antal män	% män	Antal kvinnor	% kvinnor
Heroin	973	7	739	8	229	5
Metadon	334	2	249	3	85	2
Subutex*	264	2	206	2	58	1
Andra opiater	1 321	10	864	9	450	10
Lugnande	2 687	19	1 753	18	887	21
Kokain	973	3	309	3	109	2
Amfetamin	1 859	13	999	13	559	13
Cannabis	2 502	18	1 688	21	493	11
Andra droger	458	3	333	3	121	3

\*finns bara i ASI-2006

Bruk av hallucinogener, ecstasy och lösningsmedel frågas också efter i ASI men detta har de senaste 30 dagarna använts endast av enstaka individer och då endast några dagar. Vanligaste drogerna är lugnande, cannabis, amfetamin och andra opiater. Våra siffror stämmer ganska väl med studien av Eriksson, Palm och Storbjörk (2003) som nämnts tidigare. Resultaten var i den studien för cannabis 20 procent, amfetamin 14 procent och heroin 10 procent. Vårt resultat avviker när det gäller lugnande preparat som i den studien användes av en mindre andel klienter, 14 procent jämfört med 19 procent. Den största skillnaden mellan män och kvinnor är bruk av cannabis som är mycket vanligare för män medan lugnande preparat är något vanligare för kvinnor.

*Ordination och bruk/missbruk av läkemedelspreparat.* I ASI-2006 frågas om ett preparat är ordinerat och om ordinationen i så fall följts. Vi har analyserat hur stor andel av de klienter som uppger att de brukar legala preparat (Subutex, lugnande och andra opiater) som har fått preparatet ordinerat och som följer ordinationen. Av de 264 klienter som i ASI-2006 uppgett att de använder Subutex har cirka 20 procent (n=54) fått Subutex ordinerat och av dessa 54 klienter följer alla utom en ordinationen. Det betyder att 80 procent av de som använder Subutex inte fått det ordinerat. Av de 345 klienter som uppger att de använder andra opiater uppger nästan hälften (47 procent, n=161) att de fått det ordinerat och av dessa 161 klienter uppger 75 procent (n=121) att de följer ordinationen. Det



betyder att drygt 60 procent av de som brukar andra opiater inte fått det ordinerat eller inte följer ordinationen. Av de 716 klienter som uppger att man brukar lugnande preparat har dryg hälften (54 procent, n=383) fått det ordinerat och av dessa 383 klienter uppger 87 procent (n=303) att man följer ordinationen. Det betyder att nästan 60 procent av de som brukar lugnande preparat inte fått det ordinerat eller inte följer ordinationen.

Vi har också analyserat hur bruk av läkemedelspreparat kombineras med andra droger. Klienter som använder Subutex använder också heroin 34 procent (n=90), amfetamin 29 procent (n=76) och cannabis 45 procent (n=118). Av de 54 klienter som fått Subutex ordinerat är bruk av andra droger mer ovanligt; heroin 17 procent (n=11), amfetamin 16 procent (n=10) och cannabis 11 procent (n=7). Klienter som använder lugnande preparat använder också heroin 21 procent (n=550), amfetamin 31 procent (n=807) och cannabis 38 procent (n=1011). Bruk av andra droger är också mer ovanligt bland de klienter som fått lugnande preparat ordinerat; heroin 5 procent (n=24), amfetamin 10 procent (n=44) och cannabis 12 procent (n=56). Klienter som använder andra opiater använder också heroin 24 procent (n=312), amfetamin 28 procent (n=367) och cannabis 39 procent (n=511). Bruk av andra droger är mer ovanligt för de klienter som fått andra opiater ordinerat; heroin 6 procent (n=16), amfetamin 12 procent (n=32) och cannabis 21 procent (n=54). Det är uppenbart att de som fått droger ordinerat missbrukar andra droger i mindre utsträckning än de som inte fått det ordinerat.

Sammanfattningsvis är kombinationer av droger och läkemedelspreparat vanligt. Cannabis är den drog som är vanligast i kombination med läkemedelspreparat och mellan 38 procent och 45 procent av brukare/missbrukare av läkemedelspreparat använder också cannabis. Men det är också relativt vanligt att kombinera amfetamin med läkemedelspreparat, 28 procent till 31 procent. Även bland de klienter som har fått läkemedelspreparat ordinerade förekommer kombinationer med droger men andelen sjunker. Cannabis är vanligast också i detta sammanhang och kombineras med ordinerade preparat från mellan 11 procent (Subutex) till 21 procent (andra opiater).

Eftersom inte alla droger injiceras har vi i vår definition av tungt narkotikamissbruk utgått från bruk de senaste 30 dagarna och definierat indikation på tungt narkotikamissbruk med ASI, enligt definitionen i CAN-rapporten som nämns ovan. Indikation på

tungt narkotikamissbruk definieras som bruk av något av de preparat som frågas efter i ASI alla eller nästan alla av de senaste 30 dagarna, med cut-off satt till fler än 24 dagar. Fortsättningsvis benämns indikation på tungt narkotikamissbruk endast som tungt narkotikamissbruk. Med den definitionen av tungt narkotikamissbruk har 17 procent (n=2291) av klienterna ett tungt narkotikamissbruk. Det är ovanligt med ett tungt missbruk av fler än ett preparat, vilket gäller för endast 3 procent av klienterna. Det är svårt att få en entydig siffra vår andel för tungt missbruk att jämföra med. Flera källor anger tunga missbrukare till cirka 25 000 men det är oklart av hur många (CAN, 2008; SOU, 2005). Om man utgår från CAN-rapporten (2008), anges där att cirka 1 procent i den vuxna befolkningen uppgett att man brukat droger de senaste 2 månaderna och 2 procent för cannabis. Det skulle motsvara mellan knappt 90 000 – till knappt 180 000 (bruk av cannabis) som ”miss”brukar narkotika i Sverige. Om 25 000 av dessa är tunga missbrukare skulle knappt 14 procent till knappt 28 procent (bruk av cannabis) vara tunga missbrukare. Detta kan jämföras med vår uppskattning på 17 procent tunga missbrukare, som alltså inte verkar alltför orimlig.

## Alkohol

Tungt alkoholmissbruk har ingen enhetlig definition på samma sätt som tungt drogmissbruk (SOU, 2005; CAN, 2008; Fridell et al., 2009). Det finns kriterier för vad som är en mycket hög konsumtion av alkohol, vilket anges till alkohol motsvarande minst 3 till 4 flaskor vin per vecka (Fridell et al., 2009). I ASI frågas efter antal dagar som alkohol har använts till berusning de senaste 30 dagarna, definierat som drygt en flaska vin per dag åtminstone tre dagar per vecka, dvs. drygt 3 flaskor vin per vecka, vilket skulle motsvara kriteriet för en mycket hög alkoholkonsumtion de senaste 30 dagarna. För att definiera tungt alkoholmissbruk har vi utgått från frågan om antal dagar de senaste 30 dagarna med alkoholkonsumtion till berusning och definierat indikation på tungt alkoholmissbruk som alkoholkonsumtion till berusning mer än 14 dagar de senaste 30 dagarna, dvs. nästan varannan dag. (Det går inte att skilja mellan olika konsumtionsmönster i termer av konsumtion varje dag en hel vecka eller varannan dag en hel månad eller något annat mönster). Fortsättningsvis benämns indikation på tungt alkoholmissbruk endast som tungt alkoholmissbruk. Med den definitionen

av tungt alkoholmissbruk har 13 procent (N=1741) av klienterna ett tungt alkoholmissbruk. Det finns också en liten grupp (2 procent) som har både tungt narkotika- och tungt alkoholmissbruk enligt våra definitioner. Den vanligaste kombinationen av både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk är tungt alkoholmissbruk tillsammans med tungt missbruk av lugnande preparat eller cannabis.

I tabell 6 nedan visas bakgrundsuppgifter för klienter med tungt narkotika- och tungt alkoholmissbruk, både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk samt för övriga klienter.

**Tabell 6** Bakgrundsuppgifter i procent för klienter med tungt narkotikamissbruk, tungt alkoholmissbruk, både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk och för övriga klienter

Område	Tungt narkotikamissbruk	Tungt alkoholmissbruk	Både och	Övriga
Ålder (medelvärde år)	37	45	40	40
Utlandsfödd	20	12	12	16
Boendeort				
Storstad	71	69	72	63
Mellanstor stad	24	24	25	29
Landsbygd	5	7	3	8
Boende				
Egen lägenhet	56	64	57	62
Bostadslös	9	8	17	8
Civilstånd				
Ensamstående*	75	71	78	72
Försörjning				
Arbete**	29	46	31	47
Arbete (30 dagar)	18	28	18	31
Socialbidrag	39	30	30	33
Försäkringskassa	38	33	45	30
Kriminalitet				
Villkorligt frigiven	17	7	13	13
Olaglig verksamhet***	27	5	35	7
<b>Totalt antal</b>	<b>2 291</b>	<b>1 741</b>	<b>234</b>	<b>10 105</b>

\* både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående \*\* senaste 3 åren \*\*\* i syfte att skaffa pengar

Det är inga skillnader mellan män och kvinnor när det gäller tungt missbruk utan av för både män och kvinnor utgör andelen med tungt narkotikamissbruk cirka 17 procent och med tungt alkoholmissbruk cirka 13 procent. Jämfört med övriga klienter är klienter med tungt narkotikamissbruk yngre, har en högre andel som är utlandsfödda, bor i storstad, är ensamstående, som har stått och står utanför arbetsmarknaden, som försörjer sig med socialbidrag och med pengar från försäkringskassan och som är inblandade i kriminalitet, samt en mindre andel som bor i egen lägenhet. Jämfört med övriga klienter är klienter med tungt alkoholmissbruk äldre, har en större andel som är födda i Sverige och som bor i storstad. Boende, civilstånd, försörjning och kriminalitet skiljer inte mycket mellan klienter med tungt alkoholmissbruk och övriga klienter. Det är relativt stora skillnader mellan de två grupperna med tungt missbruk i alla bakgrundsvariabler förutom boendeort. Resultaten visar att missbrukare med tungt narkotikamissbruk har en sämre social situation än missbrukare med tungt alkoholmissbruk. Klienter med både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk liknar klienter med tungt narkotikamissbruk med undantag av att de är äldre, andel män är högre, det är mycket vanligare att vara bostadslös och en större andel har försörjning från försäkringskassan. Klienter med både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk har om möjligt en ännu sämre social situation än klienter med enbart ett tungt narkotikamissbruk.

I tabell 7 visas drogmönster och hälsa/ohälsa för klienter med tungt narkotika- och alkoholmissbruk, både tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk och för övriga klienter. Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan hur många gånger man deltagit i öppen- och slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger om man deltagit någon gång. Detsamma gäller frågorna om behandling för fysiska och psykiska problem.

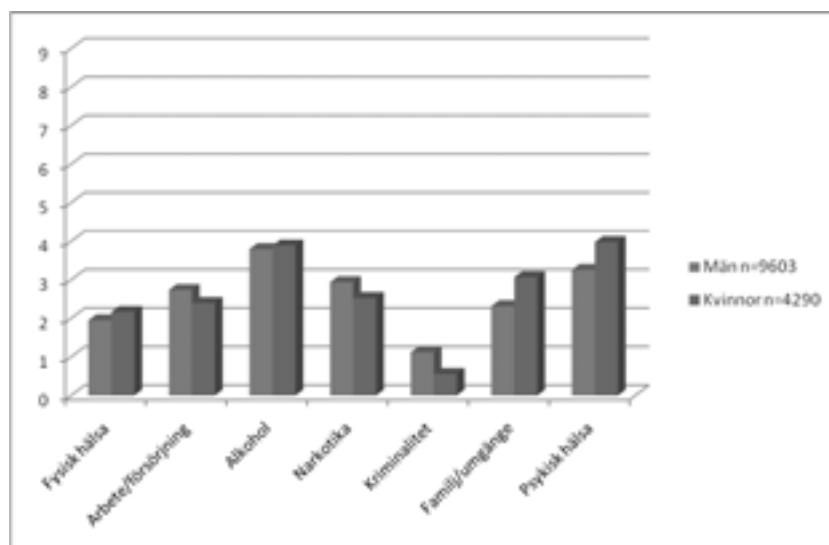
**Tabell 7 Droger och hälsa/ohälsa i procent för klienter med tungt narkotika- och alkoholmissbruk och för övriga klienter**

Område	Tungt narkotika- missbruk	Tungt alkohol- missbruk	Både och	Övriga
<i>Dominerande drog</i>				
Alkohol	15	71	36	55
Narkotika	76	18	42	32
Båda	7	10	21	5
<i>Behandling någon gång</i>				
Alkohol	20	52	50	34
Narkotika	53	15	43	23
Tvång alkohol	8	21	19	12
Tvång narkotika	31	8	22	13
<i>Fysisk hälsa</i>				
Kroppslig sjukdom/skada	61	51	63	47
Sjukersättning	15	12	15	9
Medicin	36	32	37	28
Sjukhusvård någon gång*	80	78	83	76
<i>Psykisk hälsa</i>				
Sjukersättning	16	12	19	9
Vård någon gång	58	51	58	50
Medicin	11	7	9	7
Depression	37	35	50	28
Ängest	54	47	66	39
Koncentrationsproblem	54	44	66	40
Hallucination	7	4	9	4
Våldsamt beteende	13	12	22	8
Suicidtankar	19	16	27	11
Suicidförsök tidigare	34	30	33	25
<b>Totalt antal</b>	<b>2 291</b>	<b>1 741</b>	<b>234</b>	<b>10 105</b>

Som väntat är alkohol den dominerande drogen för klienter med tungt alkoholmissbruk och narkotika den dominerande för klienter med tungt narkotikamissbruk och problem med både alkohol och narkotika vanligast i gruppen med tungt missbruk av båda. Behandling för narkotika och alkoholproblem är tydligt relaterat till drog och är mycket vanligare i de två grupperna med tungt missbruk jämfört med övriga klienter, även om överkorsningar också förekommer. Fysiska och psykiska problem är vanligast för klienter med tungt narkotikamissbruk. Behandling för dessa problem är också något vanligare för klienter med tungt narkotikamissbruk

jämfört med gruppen med tungt alkoholmissbruk och med övriga klienter. Klienter med tungt missbruk av både narkotika och alkohol har jämfört med klienter med enbart tungt narkotikamissbruk fått mer behandling för alkoholmissbruk men det som mest skiljer ut klienter med tungt missbruk av både narkotika och alkohol är att dessa klienter har mycket mer psykiska problem. Trots att grupperna med tungt missbruk verkar ha sämst psykisk hälsa är skillnaden i behandling för psykiska besvär inte så stor jämfört med gruppen övriga klienter. I figur 4 nedan visas intervjuarskattningar för olika områden för grupperna med tungt missbruk.

**Figur 4** Intervjuarskattningar för olika problemområden för klienter med tungt narkotika- och alkoholmissbruk och för tungt missbruk av båda samt för övriga klienter



Intervjuarskattningarna visar att förutom förväntat resultat för problem med alkohol och narkotika har klienter med tungt missbruk mer problem inom alla områden än övriga klienter och också ganska lika stora problem inom alla områden. Skillnaderna mellan klienter med tungt missbruk och övriga klienter är signifikanta för alla områden. Intervjuarskattningarna stämmer överens med den bild man får från tabellerna ovan och tendensen är att klienter med tungt narkotikamissbruk och med tungt missbruk av både narkotika och alkohol har mer problem inom alla områden jämfört med klienter

med tungt alkoholmissbruk och en svag tendens att klienter med tungt missbruk av både alkohol och narkotika har mest problem.

Sammanfattningsvis visar resultaten att tungt narkotikamissbruk och tungt missbruk av både alkohol och narkotika är relaterat till både en sämre psykosocial situation och till sämre hälsa. Detta stämmer med resultat från studier som visar att tunga narkotikamissbrukare har en dålig psykosocial situation (CAN, 2008). Våra resultat visar att behandling för missbruk är mycket vanligare för klienter med tungt missbruk och ungefär dubbelt så många klienter har fått sådan behandling jämfört med övriga klienter. Behandling, sjukersättning och medicin för fysiska problem är också vanligare för klienter med tungt missbruk. Gruppen med tungt alkoholmissbruk skiljer sig marginellt när det gäller social situation från övriga klienter. Psykisk hälsa är sämst för gruppen med tungt missbruk av både alkohol och narkotika och även om det är en liten grupp kan man notera att en stor andel upplever koncentrationsproblem, problem med att kontrollera våldsamt beteende och har suicidtankar.

### 6.3.5 Screening med ASI för indikation på svår psykisk störning

I en amerikansk studie (Cacciola, et al., 2008) undersöktes möjligheten att identifiera missbruksklienter i ASI med samtidig psykiatrisk störning. I studien ingick en grupp om 672 klienter i öppen missbruksvård. Man använde en sofistikerad teknik (ROC-analys – (se Armelius & Armelius, 2010a) för att bestämma cut-off värden på bl.a. intervjuarskattningen av psykiska problem i ASI för att särskilja missbruksklienter med och utan psykiatrisk diagnos från varandra så bra som möjligt. Man beräknade sensitivitet (= andel korrekt identifierade missbruksklienter med psykiatrisk diagnos) och specificitet (= andel korrekt identifierade missbruksklienter utan psykiatrisk diagnos) för olika värden på intervjuarskattningen för psykisk hälsa. Cut-off värdet för intervjuarskattningen i ASI bestämdes så att man fick högsta möjliga sensitivitet och samtidigt behöll en specificitet på åtminstone 50 procent.

Med en cut-off på 3 eller mer blev sensitiviteten 81 procent och specificiteten 53 procent, vilket betyder att man med en cut-off på 3 eller mer på intervjuarskattningen av psykiska problem i ASI kunde identifiera 81 procent av de klienter som faktiskt hade en samtidig psykiatrisk diagnos. Specificiteten på 53 procent betyder att man korrekt kunde identifiera 53 procent av de som faktiskt

inte hade en samtidig psykiatrisk diagnos. Men specificiteten anger också att man felaktigt kommer att få med 47 procent av de klienter som inte hade en samtidig psykiatrisk diagnos och dessa kommer då felaktigt att bedömas som klienter med psykiatrisk diagnos. Författarna menar att ASI mycket väl kan användas för att screena missbruksklienter för samtidig psykiatrisk störning som kräver uppmärksamhet och kanske särskilda åtgärder och att det vid en screening kan vara viktigare att fånga upp de som faktiskt har en samtidig psykiatrisk diagnos än att undvika att få med de som inte har en sådan sjukdom.

I föreliggande arbete är vi intresserade av att identifiera en grupp som skulle kunna definieras som missbrukare med indikation på svår psykisk störning. Genom samarbete med Agneta Öjehagen har vi fått tillgång till ASI-data för en grupp missbruksklienter som också har en känd psykiatrisk diagnos enligt DSM-III-R (Schaar & Öjehagen, 2001). I anslutning till psykiatriutredningen genomfördes en multicenter studie med syfte att förbättra samarbetet mellan socialtjänst och psykiatri kring patienter med både svår psykisk störning och missbruk. Projektet pågick i olika delar av Sverige mellan 1995 och 1998. I studien ingick missbruksklienter med allvarliga psykiska störningar och 358 patienter accepterade medverkan. Genom att använda både ASI-08 och Öjehagens grupp i en modifierad form av ROC-analys har vi funnit att en cut-off på 5 eller mer på intervjuarskattningen ger utmärkt sensitivitet på 0,87 och en specificitet på 59 procent. Det betyder att vi uppskattningsvis fångar upp 87 procent av de i ASI-08 som faktiskt kan antas ha en svår psykisk störning. Eftersom vi till skillnad från Cacciola inte har någon uppgift om huruvida klienterna har eller inte har en psykiatrisk diagnos finns bland de 41 procent i ASI-08 som identifieras som falska positiva både de som faktiskt har och de som faktiskt inte har en svår psykisk störning. För att ytterligare öka specificiteten och minska andelen klienter som felaktigt indikeras ha en svår psykisk störning har vi lagt till kriteriet att man också ska ha varit i kontakt med psykiatrin någon gång för att tillhöra gruppen med sannolik svår psykisk störning. Vi väljer därför att definiera en grupp med indikation på svår psykisk störning med hjälp av två kriterier: 1. en intervjuarskattning lika med eller större än 5 och 2. att man någon gång har varit i kontakt med psykiatrin. Med kriteriet att ha haft kontakt med psykiatrin ökar specificiteten med 13 procent och det blir då 72 procent som identifieras som att man med ASI inte har någon indikation på en svår psykisk



störning. Fortsättningsvis benämns indikation på svår psykisk störning endast med svår psykisk störning. I gruppen med svår psykiatrisk störning ingår i ASI-08 enligt denna definition 3 849 personer, vilket är 28 procent av samtliga klienter. Denna grupp beskrivs närmare nedan.

**Tabell 8 Bakgrundsuppgifter i procent för klienter med svår psykisk störning och för övriga klienter**

Område	Svår psykisk störning	Övriga klienter
<i>Ålder</i> (medelvärde år)	38	41
<i>Utlandsfödd</i>	16	18
<i>Boendeort</i>		
Storstad	65	65
Mellanstor stad	28	28
Landsbygd	7	7
<i>Boende</i>		
Egen lägenhet	61	62
Bostadslös	8	8
<i>Civilstånd</i>		
Ensamstående*	76	71
<i>Försörjning</i>		
Arbete**	41	50
Arbete (30 dagar)	22	31
Socialbidrag	33	34
Försäkringskassa	41	28
<i>Kriminalitet</i>		
Villkorligt frigiven	12	13
Olaglig verksamhet i syfte att skaffa pengar	11	9
<b>Totalt antal</b>	<b>3 849</b>	<b>10 054</b>

\*både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående \*\*vanligaste arbete senaste 3 åren

Svår psykisk störning verkar vara både köns- och åldersrelaterat. Beräknat som hur stor andel av kvinnorna och männen som har svår psykisk störning blir resultatet att 37 procent av kvinnorna och 24 procent av männen har en svår psykisk störning. Det betyder att mer än var tredje kvinnlig klient och var fjärde manlig klient kan antas ha en svår psykisk störning. Klienter med svår psykisk störning är också yngre än övriga klienter. Andra skillnader i bakgrundsfaktorer är försörjning, där en mindre andel av klienter

med svår psykisk störning försörjer sig med arbete och en mycket större andel försörjer sig med pengar från försäkringskassan jämfört med övriga klienter. En något större andel av klienter med svår psykisk störning är ensamstående. Det är små skillnader i boendeort, boende och kriminalitet mellan gruppen med svår psykisk störning och övriga klienter.

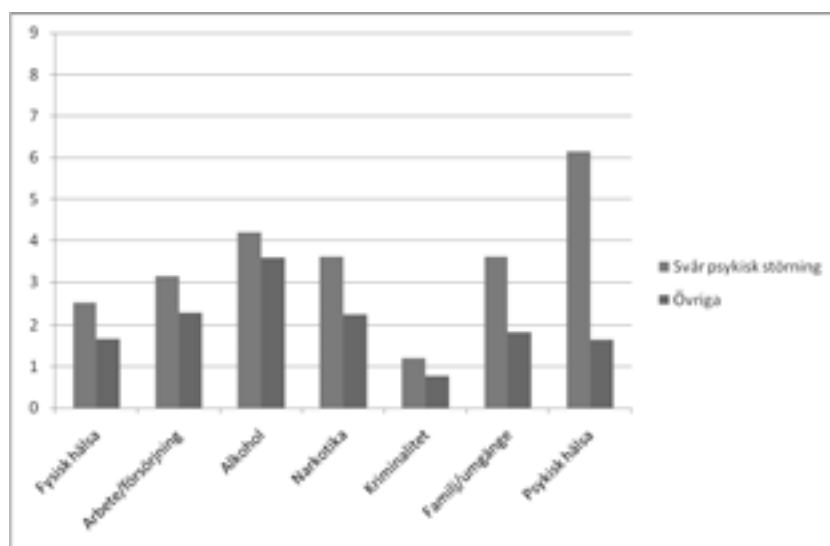
**Tabell 9 Droger och hälsa/ohälsa i procent för klienter med svår psykisk störning och för övriga**

Område	Svår psykisk störning	Övriga klienter
<i>Dominerande drog</i>		
Alkohol	45	53
Narkotika	41	36
Båda	8	5
Tungt alkoholmissbruk	15	12
Tungt narkotikamissbruk	22	14
<i>Behandling någon gång</i>		
Alkohol	35	34
Narkotika	33	25
<i>Fysisk hälsa</i>		
Kroppslig sjukdom/skada	54	48
Läkarvård 6 mån	43	38
Sjukersättning	11	10
Medicin	30	39
Sjukhusvård någon gång	79	76
<i>Psykisk hälsa</i>		
<i>Sjukersättning</i>	20	7
Slutenvård någon gång	51	12
Öppenvård någon gång	85	28
Medicin	13	6
Depression	54	21
Ångest	70	32
Koncentrationsproblem	64	35
Hallucination	7	3
Våldsamt beteende	17	7
Suicidtankar	26	8
Område	Svår psykisk störning	Övriga klienter
Suicidförsök	4	1
Suicidförsök tidigare	46	19
<b>Totalt antal</b>	<b>3 849</b>	<b>10 054</b>

Ovan visas drogmönster och hälsa/ohälsa för de två grupperna. Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan om hur många gånger man deltagit i öppen- eller slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger om man deltagit någon gång i sådan behandling. Detsamma gäller frågan om behandling för fysiska och psykiska problem.

Svår psykisk störning är relaterat till problem med tungt missbruk och då mest till tungt narkotikamissbruk och en större andel i gruppen med svår psykisk störning har fått behandling för problem med narkotika jämfört med övriga klienter. En något större andel har problem med fysisk hälsa och har fått läkarvård för detta de senaste 6 månaderna i gruppen med svår psykisk störning. Inte oväntat skiljer samtliga aspekter när det gäller psykiska problem stort mellan grupperna. Det är mycket vanligare med sjukersättning, vård både i sluten- och öppenvård och något vanligare med medicin för psykiska besvär i gruppen med svår psykisk störning. Det är också mycket vanligare att klienter med svår psykisk störning de senaste 30 dagarna har upplevt alla slags symtom man frågar efter i ASI; depression, ångest, koncentrationsproblem, hallucinationer och svårigheter att kontrollera våldsamt beteende samt att man haft allvarligt menade självmordstankar jämfört med övriga klienter. En stor skillnad mellan klienter med allvarig psykisk störning och övriga klienter är också att så mycket som närmare hälften i gruppen med svår psykisk störning tidigare gjort suicidförsök. I figur 5 nedan visas intervjuarskattningar för klienter med svår psykisk störning och för övriga klienter.

**Figur 5** Intervjuarskattningar för olika problemområden för klienter med svår psykisk störning och för övriga klienter



Mer psykiska problem är associerat med mer problem inom alla områden. Områden där skillnaden är störst mellan klienter med svår psykisk störning och övriga klienter är förutom problem med psykisk hälsa, problem med familj/umgänge och problem med narkotika. Samtliga skillnader är signifikanta.

Trots att det i gruppen med svår psykisk störning är en något större andel klienter som har problem med narkotika är den sociala situationen endast marginellt sämre jämfört med övriga klienter. En möjlighet är att det har att göra med försörjning, där en större andel i gruppen med svår psykisk störning försörjer sig med pengar från försäkringskassan. Det kan också ha att göra med att gruppen i så stor utsträckning varit i behandling framför allt för sina psykiska problem men också för narkotikamissbruk. Dessa kontakter kan ha hjälpt till att förbättra eller undvika att den psykosociala situationen försämrades. Detta kan även kopplas till att gruppen har en så stor andel kvinnor, något som kan bidra till hur klienterna försörjer sig och till hur de söker och får behandling för olika problem.

### 6.3.6 Tvångsvård för alkohol- och narkotikaproblem

I ASI-2006 med 3 209 klienter frågas efter hur många gånger klienten deltagit i öppen- eller slutenvårdsbehandling för alkohol- eller narkotikamissbruk och hur många av dessa behandlingar som varit tvångsvård. Enligt dessa uppgifter är det relativt ovanligt med tvångsvård i samband med öppenvård av alkohol, där endast cirka 7 procent av de tillfällen klienten fått öppenvård för alkoholmissbruk har varit tvångsvård. Det är något vanligare med tvångsvård i samband med slutenvård för alkoholmissbruk, där cirka 11 procent av dessa vårdtillfällen har varit tvångsvård. Tvångsvård är tydligare relaterat till vård för narkotikamissbruk, där cirka 20 procent av öppenvård för narkotikamissbruk har varit tvångsvård och 25 procent av slutenvård för narkotikamissbruk har varit tvångsvård. Av de som har narkotika som dominerande drog har 20 procent varit behandlade i tvångsvård, jämfört med endast 6 procent av de som har alkohol som dominerande drog. Av de som vi har klassificerat med tungt narkotikamissbruk har 38 procent varit i tvångsvård jämfört med 20 procent för de som har tungt alkoholmissbruk. Tvångsvård är alltså klart relaterat till narkotikamissbruk och till tungt missbruk. Uppgifterna måste ses mot bakgrund av att de baseras på klienternas svar och det kan finnas oklarheter som t.ex. förekomst av tvång i kombination med öppenvård.

### 6.3.7 Föräldrar

I ASI-2006 frågas efter graviditet, vilket är mycket ovanligt, endast 0,4 procent har svarat ja på den frågan. I ASI-2006 frågas också efter om man har egna barn och i båda versionerna frågas om man de senaste 6 månaderna bott endast med barn eller med partner och barn. Totalt uppger 57 procent att man har egna barn, 62 procent av männen och 55 procent av kvinnorna. Av männen uppger 15 procent (N=1462) att man bor med partner och barn och 4 procent (n=339) att de bor endast med barn. Av kvinnorna uppger 16 procent (n=670) att man bor med partner och barn och 15 procent (n=658) att man bor endast med barn. Vi kallar alla klienter som bor med barn för föräldrar även om det i vissa fall inte är egna barn man bor med.

Jämfört med klienter utan barn är det vanligare att både män och kvinnor som bor med partner och barn bor på landsbygd, i egen lägenhet, försörjer sig med arbete, har alkohol som dominer-

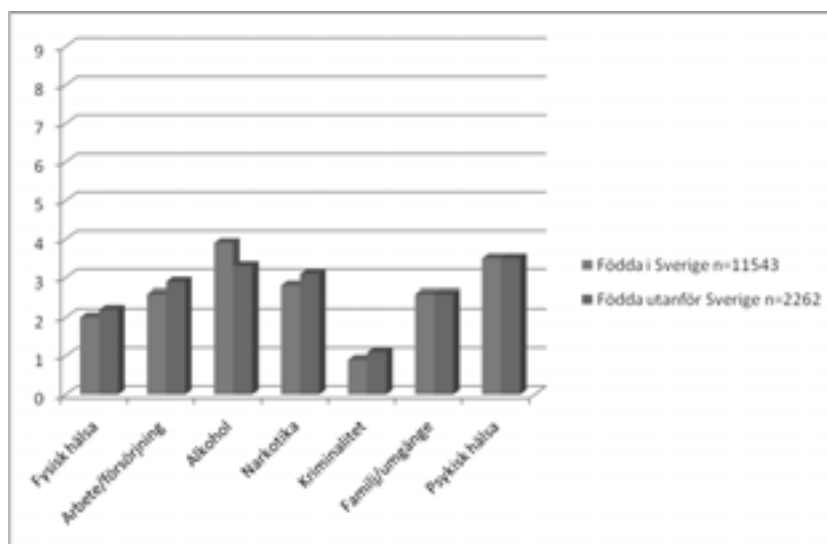
ande problem och har mindre tungt narkotikamissbruk. Männen är också mindre inblandade i kriminalitet och en något mindre andel har svår psykisk störning medan kvinnorna är äldre och svår psykisk störning är lika vanligt som för kvinnor som inte bor med barn. Intervjuarskattningarna visar liknande resultat. Män som bor med partner och barn har mindre problem inom alla områden förutom alkohol och familj/umgänge jämfört med män som inte bor med barn och kvinnor som bor med partner och barn har mindre problem inom alla områden utom alkohol och psykiska hälsa. Män som bor endast med barn är en mycket liten grupp som jämfört med män som bor med partner och barn försörjer sig mer med socialbidrag och arbetar mindre. Kvinnor som bor endast med barn liknar kvinnor som bor med partner och barn, men det är vanligare med socialbidrag, mindre vanligt med arbete och mer vanligt med tungt narkotikamissbruk. Även om det är mycket få individer det rör sig om måste man ställa sig frågan hur det går för barnen att bo med en ensam förälder som kanske har tungt missbruk eller svår psykisk störning. Sammanfattningsvis visar resultaten att det är vanligt att klienterna har barn och att totalt bor cirka hälften med barn. Både män och kvinnor som lever med partner och barn har en bättre social situation och mindre problem med jämfört med klienter som inte lever med barn. Däremot verkar det som om både män och kvinnor som lever ensam med barn har något mer problem jämfört med att leva med både partner och barn och där kan man särskilt notera förekomst av tungt narkotikamissbruk hos ensamstående kvinnor. Även om det sannolikt rör sig om relativt få fall bör man uppmärksamma barn till klienter som har tunga missbruksproblem och/eller allvarliga psykiska problem i kombination med dålig social situation, då föräldrar med svåra problem sannolikt har svårt att klara föräldrarollen på ett bra sätt.

### 6.3.8 Klienter födda utanför Sverige

Totalt är 16 procent (n=2281) klienter födda utanför Sverige, vilket innebär en viss överrepresentation av utlandsfödda personer som är cirka 13 procent i befolkningen (Wikipedia, 2007). Jämfört med övriga klienter är män överrepresenterade i gruppen utlandsfödda klienter, 74 procent jämfört med 68 procent, medan ålder inte skiljer, 40 år. En större andel av utlandsfödda klienter, 71 procent, bor i storstad jämfört med 65 procent för klienter födda i Sverige. Arbete är

ovanligare bland utlandsfödda klienter och under de 3 senaste åren har 38 procent arbetat heltid/ regelbunden deltid jämfört med 46 procent för klienter födda i Sverige. Narkotika är vanligare som dominerande drog bland utlandsfödda klienter 46 procent jämfört med 36 procent för klienter födda i Sverige och tungt narkotikamissbruk är också vanligare i gruppen utlandsfödda, 20 procent jämfört med 16 procent för klienter födda i Sverige. Alkohol som dominerande drog och tungt alkoholmissbruk är däremot ovanligare bland utlandsfödda klienter 42 procent jämfört med 52 procent för klienter födda i Sverige respektive 10 procent jämfört med 13 procent. Svår psykisk störning är något ovanligare bland utlandsfödda klienter, 24 procent jämfört med 28 procent bland klienter födda i Sverige. I figur 6 nedan visas intervjuarskattningar för klienter födda utanför Sverige och i Sverige.

**Figur 6** Intervjuarskattningar för olika problemområden för klienter födda i Sverige och utanför Sverige



Alla skillnader var signifikanta förutom problem med familj/umgänge och med psykiska hälsa, där grupperna är lika. För problem med fysisk hälsa, arbete/försörjning, narkotika och med kriminalitet har utlandsfödda klienter födda utanför Sverige bedömts ha mer problem jämfört med klienter födda i Sverige. Endast för problem med alkohol har klienter födda i Sverige bedömts ha mer problem.

### 6.3.9 Boendeort och behandling

Indelning i boendeort baseras på en fråga i ASI och är: landsbygd för ort med mindre än 10 000 invånare, mellanstor ort för ort med 10 000–100 000 invånare och storstad för ort med mer än 100 000 invånare. Klienter boende på dessa tre olika slags orter har jämförts med avseende på framför allt behandling av missbruksproblem och av problem med fysisk och psykisk hälsa. Flest klienter bor i storstad 65 procent, därefter kommer mellanstor ort 28 procent och endast 7 procent bor på landsbygd. Klienterna som bor i mellanstor ort är yngst 39 år, jämfört med 41 år för klienter boende på övriga orter. Andel män och kvinnor är lika på samtliga orter 69 procent män och 31 procent kvinnor.

**Tabell 10** Dominerande drog och psykiska besvär samt behandling för missbruk och fysisk och psykisk ohälsa för klienter på olika orter

	Stor stad	Mellanstor ort	Landsbygd
<i>Dominerande drog</i>			
Alkohol	52	49	59
Narkotika	37	36	30
Båda	6	6	5
Tungt alkoholmissbruk	13	12	13
Tungt narkotikamissbruk	18	14	12
<i>Behandling någon gång</i>			
Alkoholmissbruk	34	36	38
Narkotikamissbruk	28	28	21
Tvång alkohol	12	14	19
Tvång narkotika	16	14	14
<i>Fysisk hälsa</i>			
Kroppslig sjukdom/skada	49	49	51
Läkarvård (6 mån)	40	37	35
Sjukersättning	10	10	11
Medicin	30	28	35
Sjukhusvård (6 mån)	40	37	35
	Stor stad	Mellanstor ort	Landsbygd
<i>Psykisk hälsa</i>			
Svår psykisk störning	27	28	27
Sjukersättning	10	10	11
Behandling någon gång	51	52	52
Medicin	13	15	10
<b>Totalt antal</b>	<b>9 021</b>	<b>3 820</b>	<b>991</b>



I tabell 10 ovan visas hälsa/ohälsa och behandling för klienter boende på olika orter. Behandling för alkohol- och narkotikaproblem baseras på frågan hur många gånger man deltagit i öppen- och slutenvård för alkohol och narkotikaproblem och anger om man deltagit minst en gång. Detsamma gäller frågan om behandling för fysiska och psykiska problem.

Totalt är alkohol vanligast som dominerande drog på alla orter men det är en skillnad mellan boendeorter där nästan 60 procent av de som bor på landsbygd har alkohol som dominerande drog jämfört med cirka hälften för klienter som bor i storstad och i mellanstor ort. Narkotika har en knapp tredjedel av klienter som bor på landsbygd uppgett som dominerande drog jämfört med en dryg tredjedel för klienter som bor i storstad och i mellanstor ort. Här kan man notera att narkotika som dominerande drog varierar kraftigt för olika enheter i kategorin storstad från 63 procent vid vissa enheter i Malmö, och 57 procent i Farsta till lägst 26 procent i Täby. Variationen är också stor i den mellanstora kategorin, där t.ex. 53 procent i Skellefteå har narkotika som dominerande drog medan Sala endast har 13 procent. Tungt alkoholmissbruk är i det närmaste lika vanligt för klienter på alla orter. Tungt narkotikamissbruk är klart vanligast för klienter som bor i storstad. Att någon gång eller fler ha fått vård för alkoholmissbruk eller narkotikamissbruk följer drogmönstret på orterna. En större andel av klienter som bor på landsbygd har någon långvarig kroppslig skada/sjukdom och får medicin för fysiska besvär jämfört med klienter på övriga orter. Läkarvård och sjukhusvård de senaste 6 månaderna för fysiska besvär är däremot vanligast för klienter som bor i storstad. Svår psykisk störning och behandling för psykiska besvär skiljer inte mellan orter. Medicin för psykiska besvär är vanligast för klienter som bor i mellanstor ort.

Behandling för alkohol- och narkotikamissbruk följer i stort sett skillnader i missbruk. Man kan dock notera att det är mer ovanligt att ha fått behandling för missbruk någon gång jämfört med att ha varit i kontakt med psykiatrin någon gång där närmare hälften på alla orter har varit i psykiatrisk behandling. För att få en uppfattning om tillgänglighet av vård skiljer sig mellan orter kan man för de tre typerna av boendeorter jämföra hur stor andel klienter som har alkohol som dominerande drog och som fått behandling för alkoholmissbruk och motsvarande för narkotika. Av de klienter som har alkohol som dominerande problemdrog har 51 procent i storstad fått behandling för alkoholmissbruk, 54 procent av de som

bor i mellanstor ort och 48 procent av de som bor på landsbygd. Av de klienter som har narkotika som dominerande problemdrog har 48 procent i både storstad och i mellanstor ort fått behandling för narkotikamissbruk och 44 procent av de som bor på landet. Motsvarande siffror för tungt alkoholmissbruk är att 51 procent av klienter i storstad, 55 procent i mellanstor ort och 55 procent på landsbygd har fått behandling. För tungt narkotikamissbruk har 54 procent i storstad, 49 procent i mellanstor ort och 41 procent på landsbygd fått behandling. Sammantaget tyder resultaten på att det kan vara en viss underbehandling av narkotikamissbruk för klienter som bor på landet. Eftersom man inte vet vilka fysiska sjukdomar klienterna har är det svårt att dra slutsatser om behandling av fysiska besvär och boendeort men trots att en större andel klienter boende på landsbygd har långvariga fysiska besvär har klienter som bor i storstad en större andel som fått läkarvård och sjukhusvård för fysiska problem. Andel klienter med svår psykisk störning är lika för de tre boendeorterna och behandling för sådana besvär är också relativt lika, möjligen finns en liten tendens att klienter boende på landsbygd fått mindre medicin för sina psykiska besvär jämfört med klienter på övriga orter.

Den mest troliga förklaringen till att det blir så små skillnader i olika variabler mellan boendeorter är att indelningen i orter baseras endast på storlek, och att universitetsorter som Linköping och Umeå grupperas ihop med storstäder som Malmö stad. Andra faktorer som t.ex. inkomst och åldersstruktur kunde vara bättre indelningsvariabler. I studien av Eriksson m.fl. som nämndes tidigare gjordes en indelning av förorter till Stockholm efter inkomst och det visade sig finnas skillnader mellan låginkomstförorter och medel/höginkomstförorter, så t.ex. var narkotikamissbruk vanligast i låginkomstförorter. Man vet också att det finns regionala skillnader i missbruk som kommer bort i gruppering av orter efter endast storlek.

### 6.3.10 Förändring i olika variabler över år

ASI-08 innehåller klientintervjuer mellan 1999 och 2008. Antal intervjuer mellan 1999 och 2003 är dock endast några hundra per år. Från år 2004 och framåt ökar antal intervjuer. För att få tillräckligt antal klienter att jämföra över år har vi valt att slå ihop intervjuer från 1999 till 2004. Det betyder att jämförelsen över år i

huvudsak avspeglar 5 år. I tabell 11 visas bakgrundsuppgifter för intervjuer utförda under olika år.

**Tabell 11** Bakgrundsuppgifter i procent för intervjuer utförda olika år

Område	1999–2004	2005	2006	2007	2008
<i>Kön</i>					
Män	72	68	69	68	69
Kvinnor	28	32	31	32	31
Ålder (medelvärde år)	39	39	40	40	41
<i>Födelseland</i>					
Utanför Sverige	15	17	17	16	16
<i>Boendeort</i>					
Storstad	66	66	66	62	67
Mellanstor stad	27	26	27	31	26
Landsbygd	8	8	7	7	7
<i>Boende</i>					
Egen lägenhet	60	61	60	63	63
Bostadslös	7	9	9	8	8
<i>Civilstånd</i>					
Ensamstående*	73	71	74	72	72
<i>Försörjning</i>					
Arbete heltid/regb, deltid**	52	45	42	44	43
Arbete 30 dagar	30	28	27	30	32
Socialbidrag	34	35	36	32	30
Försäkringskassa	31	30	31	32	33
<i>Kriminalitet</i>					
Villkorligt frigiven	14	13	12	13	14
Olaglig verksamhet***	10	11	10	10	9
<b>Totalt antal</b>	<b>2 353</b>	<b>2 995</b>	<b>3 400</b>	<b>2 859</b>	<b>2 296</b>

\* både de som tidigare varit gifta/sambo och de som alltid varit ensamstående

\*\* senaste 3 åren

\*\*\* i syfte att skaffa pengar

Andelen kvinnor bland missbrukarna ökar något över år och det verkar också som om klienterna blir något äldre. Över år är det något vanligare att man bor i en egen lägenhet medan försörjning med socialbidrag minskar något och pengar från försäkringskassan snarast blir något vanligare. I tabell 12 visas resultat för droger och hälsa/ohälsa över år.

Tabell 12 Droger och hälsa/ohälsa i procent över år

Område	1999–2004	2005	2006	2007	2008
<i>Dominerande drog</i>					
Alkohol	49	50	50	53	55
Narkotika	40	39	38	34	32
Båda	6	5	6	5	7
Injicerat 6 mån	19	18	17	15	13
Tungt alkoholmissbruk	12	12	14	12	11
Tungt narkotikamissbruk	16	17	17	15	17
<i>Behandling missbruk någon gång</i>					
Alkohol	29	31	31	38	46
Narkotika	36	27	26	26	31
<i>Fysisk hälsa</i>					
Sjukersättning	9	10	10	11	9
Medicin	28	28	29	30	32
<i>Psykisk hälsa</i>					
Sjukersättning	9	10	10	12	13
Behandling någon gång	49	50	52	53	53
Svår psykisk störning	27	28	28	28	27
<b>Totalt antal</b>	<b>2 353</b>	<b>2 995</b>	<b>3 400</b>	<b>2 859</b>	<b>2 296</b>

Alkohol som dominerande drog ökar över år medan narkotika minskar. Behandling för alkoholmissbruk verkar öka över år medan behandling för narkotika fränsett de första åren visar en mer marginell ökning. Kronisk fysisk skada/sjukdom blir vanligare över år och det blir också något vanligare att få medicin för fysiska besvär. Andel klienter med svår psykisk störning är konstant över år. Där- emot blir det något vanligare att någon gång ha behandlats för psykiska besvär och att ha sjukersättning för sådana besvär över år. Vi har också tagit fram siffror för tvångsvård över år i ASI-08 som visar att detta minskar över år både för alkohol- och för narkotika- missbruk, vilket stämmer med uppgifter i CAN (2008).

Som visades i tabellen ovan ökar alkohol som dominerande problem- drog medan narkotika minskar som dominerande problem- drog över år. En tolkning kan vara att ökningen i alkohol som dominerande drog bland missbrukare kan vara relaterat till den ökning av andelen stor-konsumenter av alkohol som funnits allt- sedan 1990-talet för såväl män som kvinnor i de flesta ålders-

grupper (CAN, 2008). Möjligen kan ökningen med problem med kriminalitet bland missbrukare ha samma bakgrund med en ökad kriminalitet i samhället i övrigt över år eller alternativt med större svårigheter för missbrukare att försörja sig. Ett problem med tolkningen av skillnader mellan olika år är att över år kommer nya enheter in i ASI-08 och skillnader mellan år avspeglar därför skillnader mellan enheter, vilket sannolikt har betydelse för resultaten. Fem år kan också vara en relativt kort tid för att märka förändringar över tid.

### 6.3.11 Bruk av olika droger

Bruk av några droger har undersökts lite närmare. De droger som analyserats är heroin, amfetamin och cannabis. I tabellen har vi också lagt in uppgifter för klienter som brukat lugnande preparat och andra opiater, men här ingår också klienter som brukar dessa medel på ordination, vilket man får ha i minnet när man tolkar resultaten. Det kan dock vara av intresse att ta med också dessa klientgrupper eftersom det är så pass stor andel som använder lugnande preparat och andra opiater som inte är ordinerat. Vissa uppgifter för klienter som missbrukar olika preparat visas i tabellen nedan. Tabellen ska läsas så att andel av missbruksgrupperna för varje rad anges i procent, t.ex. är andel män bland heroinmissbrukarna 77 procent.

**Tabell 13** Beskrivning av klienter med missbruk av olika preparat procent

Område	Heroin	Amfetamin	Cannabis	Lugnande	Andra opiater
<i>Kön (andel män)</i>	77	70	80	66	67
<i>Ålder (medelvärde)</i>	33	34	32	37	36
<i>Utlandsfödd</i>	23	11	16	15	16
<i>Dominerande drog narkotika</i>	93	81	78	63	74
<i>Dominerande drog alkohol</i>	2	7	11	24	16
<i>Dominerande drog båda</i>	4	10	9	10	8
<i>Tungt narkotikamissbruk</i>	50	36	35	52	16
<i>Tungt alkoholmissbruk</i>	7	12	13	13	11
<i>Behandling någon gång</i>					
Narkotika	78	56	53	51	56
<i>Fysisk hälsa</i>					
Kroppslig sjukdom/skada	56	51	49	56	65
<i>Psykisk hälsa</i>					
Svår psykisk störning	30	34	31	41	37
Område	Heroin	Amfetamin	Cannabis	Lugnande	Andra opiater
Vård någon gång	47	50	50	63	59
Depression	39	37	38	43	41
Ångest	51	50	51	63	56
Koncentrationsproblem	48	56	54	59	56
Våldsamt beteende	15	19	19	16	16
Suicidförsök tidigare	32	34	31	36	35
<b>Totalt antal</b>	<b>973</b>	<b>1 859</b>	<b>2 502</b>	<b>2 687</b>	<b>1 321</b>

Män är överrepresenterade när det gäller bruk av både cannabis och heroin och kvinnor är överrepresenterade när det gäller bruk av lugnande preparat och andra opiater, medan bruk av amfetamin följer fördelningen av män och kvinnor bland klienterna, där 70 procent är män och 30 procent är kvinnor. Att vara utlandsfödd är överrepresenterat bland heroinmissbrukare och något underrepresenterat bland amfetaminmissbrukare. Nästan alla heroinanvändare och en klar majoritet av klienter som brukar amfetamin och cannabis har narkotika som dominerande drog, och en liten andel av de klienter som brukat heroin åtminstone någon dag av de senaste 30 har problem med alkohol. En klar majoritet av de som brukat amfetamin eller cannabis har också narkotika som dominerande drog men en något större andel har här alkohol som dominerande drog eller problem med både alkohol och narkotika.

Klienter som brukat lugnande preparat skiljer sig mest från de övriga och här har en större andel alkohol eller både alkohol och narkotika som dominerande drog men också i denna grupp är narkotika den vanligaste dominerande drogen. Resultaten för klienter som brukat andra opiater ligger mellan heroin, amfetamin och cannabissmissbrukare å ena sidan och klienter som brukar lugnande preparat när det gäller både dominerande drog och bakgrund. Hälften av heroinmissbrukarna och närmare 40 procent i de grupper som missbrukar amfetamin och cannabis har ett tungt narkotikamissbruk. I gruppen med bruk av lugnande preparat har också cirka hälften ett tungt narkotikamissbruk men här kan man anta en del av detta avspeglar ett dagligt bruk av ordinerade medel. Tungt alkoholmissbruk är ovanligt bland heroinmissbrukare medan det är ungefär lika vanligt med tungt alkoholmissbruk som i hela ASI-08 bland de andra missbruksgrupperna. Heroinmissbrukare har fått mest vård för narkotikamissbruk, 78 procent har fått sådan vård åtminstone någon gång, jämfört med de övriga grupperna, där det ligger på drygt 50 procent.

Andel med svår psykisk störning är jämfört med hela ASI-08 (28 procent) något vanligare i alla grupperna. Heroinmissbrukare har minst andel och brukare av lugnande preparat har störst andel med svår psykisk störning. Att ha haft någon kontakt med psykiatri är ganska lika bland brukare av heroin, amfetamin och cannabis runt 50 procent, medan det är vanligare bland missbrukare av lugnande preparat och andra opiater, runt 60 procent.

Kombinationer av droger är vanligt. Alla siffror gäller bruk av drog åtminstone någon av de senaste 30 dagarna. Av heroinmissbrukarna har 32 procent använt amfetamin, 48 procent cannabis, 56 procent lugnande preparat och 32 procent andra opiater. Av amfetaminmissbrukarna har 56 procent använt cannabis, 17 procent heroin, 43 procent lugnande preparat och 20 procent andra opiater. Av cannabissmissbrukarna har 42 procent använt amfetamin, 19 procent heroin, 41 procent lugnande preparat och 21 procent andra opiater. I samtliga grupper är kombination med heroin ovanligast och kombination av cannabis och lugnande preparat vanligast.

*Subutex.* Subutex finns bara i ASI-2006 och det är endast drygt 250 klienter som kan identifieras som missbrukare av subutex och som visats ovan har majoriteten inte fått subutex ordinerat. Bland de klienter som miss/brukar subutex är män överrepresenterade, (78 procent) och klienterna är yngre, medelålder är 33 år. Det är vanligt att subutex kombineras med andra droger. Bland subutex-

brukarna har följande andel också någon dag de senaste 30 dagarna använt heroin, 34 procent, amfetamin, 29 procent, cannabis 45 procent lugnande preparat, 55 procent och andra opiater, 31 procent. Majoriteten av subutexbrukarna har narkotika som dominerande drog, (88 procent) och 56 procent har ett tungt narkotikamissbruk. Bruk av alkohol är ovanligt och endast 2 procent har alkohol som dominerande drog och 7 procent har problem med både alkohol och narkotika. Tungt alkoholmissbruk är mycket ovanligt bland de som brukat subutex och endast 5 procent har ett sådant missbruk, dvs. mycket färre än i hela ASI-08 med 13 procent.

### 6.3.12 Problemprofiler vid grundintervju

På grundval av problemnivåer uttryckta i intervjuarskattningar vid grundintervjuerna gjordes en klusteranalys med tre grupper på intervjuarskattningarna för alla livsområden. Ett kluster är sammansatt av ett mönster av variabelvärden som utmärker en grupp klienter, snarare än en enkel gruppering baserad på nivån av en enskild variabel. Inom en profil finns således en variation i nivån på värdena, men det finns ett likartat mönster i variationen. De genomsnittliga intervjuarskattningarna för de tre profilerna redovisas i tabellen nedan. Utifrån problemområde har vi kallat de tre profilerna: Narkotikaproblem, Avgränsade alkoholproblem och Alkohol och psykiska problem.

**Tabell 14** Medelvärden av intervjuarskattningar vid grundintervjun för de tre profilgrupperna

	Problemprofil		
	Narkotika problem N= 4441	Avgränsade alkoholproblem N=4919	Alkohol & psykiska problem N=3473
Fysisk hälsa	2.3	1.3	2.7
Arbete	3.4	1.4	3.4
Alkohol	2.1	3.9	5.9
Narkotika	6.4	0.5	1.5
Kriminalitet	1.9	0.3	0.7
Familj	2.9	1.1	4.4
Psykisk hälsa	4.1	1.5	5.5



Som man ser i tabellen tillhör flest klienter problemprofilerna Avgränsade alkoholproblem och Narkotikaproblem och något färre Alkohol och psykiska problem. Problemprofilen Alkohol och psykiska problem har höga nivåer av problem med både alkohol och psykiska problem och relativt högt på familjeproblem. Problemprofilen Narkotikaproblem har höga problemnivåer på problem med narkotika och relativt hög nivå på psykiska problem, men även övriga områden ligger på ungefär samma nivå som för gruppen Alkohol och psykiska problem. Problemprofilen Avgränsade alkoholproblem verkar vara relativt problemfri (jämfört med de andra grupperna) förutom när det gäller problem med alkohol. Klusteranalysen visar att det finns grund för att särskilja två relativt homogena undergrupper med alkoholproblem, en som har något mindre och mer avgränsade alkoholproblem och en som har mer omfattande problem, förutom med alkohol framför allt med psykisk hälsa och familjeproblem, men även problem med arbete och fysisk hälsa. Det är ganska stora likheter mellan profilerna Narkotikaproblem och Alkohol och psykiska problem i den meningen att de har problem inom de flesta områden förutom sitt dominerande drogproblem.

Vi har också analyserat hur stor andel av klienterna i de tre problemprofilerna som bedömts ha problem med blandmissbruk utifrån intervjuarskattningarna. Problem har definierats som en intervjuarskattning större än 1, vilket betyder att man har ett litet problem/hjälptbehov eller mer. I profilen Avgränsat alkohol har 13 procent bedömts ha problem med narkotika, vilket tyder på att profilen beskriver en grupp relativt rena alkoholister. I de två andra profilerna är blandmissbruk vanligare, 45 procent i profilen Narkotikaproblem har bedömts ha problem med alkohol och 29 procent i gruppen Alkohol och psykisk störning har bedömts ha problem med narkotika. Denna definition av blandmissbruk är godtycklig och kan diskuteras, men den ger ändå en bild av att missbrukare med narkotikaproblem i större utsträckning också har problem med alkohol än vice versa.

Vilka klienter är det som hamnar i de olika profilgrupperna? I tabellen nedan visas hur stor andel (procent) som finns i de olika profilgrupperna för ett antal av de variabler vi beskrivit tidigare.

**Tabell 15** Procentuell andel i olika grupper som hör till de olika problemprofilerna.

	Narkotika problem N= 4441	Avgränsat alkohol N=4919	Alkohol & psyk N=3473
Ålder (medelvärde)	33	44	42
Andel män	74	71	60
Tung narkotika	34	6	9
Tung alkohol	5	12	22
Svår psykisk störning	33	7	53
Dominerande drog Alkohol	4	74	76
Dominerande drog Alk & Nark	6	3	9
Dominerande drog Ingen	2	12	6
Dominerande drog Narkotika	88	12	9

I både Narkotikaprofilen och i profilen Avgränsat alkohol är män något överrepresenterade medan kvinnor är klart överrepresenterade i profilen Alkohol och psykiska problem. Klienterna i Narkotikaprofilen är klart yngst och klienterna i profilen Avgränsat alkohol är äldst. Andel klienter med tungt narkotikamissbruk är störst (34 procent) i profilen Narkotikaproblem medan tungt narkotikamissbruk är ovanligt i de andra två profilerna. Andel klienter med tungt alkoholmissbruk är vanligast i problemprofilen Alkohol och psykiska problem och i det närmaste dubbelt så vanligt som i profilgruppen Avgränsade alkoholproblem. I profilen Avgränsade alkoholproblem har endast 7 procent en svår psykisk störning, i profilen Narkotikaproblem är det 33 procent, medan drygt hälften i profilen Alkohol och psykiska problem har en svår psykisk störning. Klientens bedömning av dominerande drog stämmer ganska väl överens med problemprofilerna. Andel klienter som anger narkotika som dominerande drog utgör nästan alla i profilen Narkotikaproblem (88 procent) och andel klienter med alkohol som problemdrog är cirka 75 procent i båda profilerna med alkoholproblem. Andel klienter med både alkohol och narkotika som dominerande drog är låg i alla profiler.

Sammanfattningsvis finns en konsistens i tidigare redovisade resultat och resultaten för problemprofilerna om man skulle jämföra narkotikaprofilen med de sammanslagna alkoholprofilerna. Narkotikaprofilen utmärks av att klienterna är yngre, något oftare män, har tungt narkotikamissbruk, var tredje har svår psykisk stör-

ning men även en relativt stor grupp, två av tre har inte svår psykisk störning. Klusteranalysen som baseras på hela mönstret av intervjuarskattningar visar intressant nog att det finns två mycket olika grupper med alkoholproblem. Profilen med Avgränsade alkoholproblem utmärks av att klienterna är äldre, något oftare män, med ett ganska renodlat alkoholmissbruk. Profilen Alkohol och psykiska problem utmärks av att klienterna också är något äldre, relativt sett fler är kvinnor, var femte har ett tungt alkoholmissbruk och varannan har svår psykisk störning. I jämförelse med tidigare analyser vi gjort framstår det tydligt att bland klienter med alkoholproblem finns två undergrupper, en som har relativt avgränsade alkoholproblem och en grupp som har mer omfattande problem med såväl alkohol som psykisk hälsa, familj etc.

### 6.3.13 Privata och kommunala enheter i ASI-08

Vi har jämfört de två privata enheter som ingår i ASI-08 med övriga 49 kommunala enheter. Som nämndes inledningsvis kan klienter på olika privata enheter ha mycket olika uppdragsgivare och de har därmed klienter med olika problem och missbruksprofiler. Av sekretesskäl har vi ändå slagit ihop de två privata enheterna i jämförelsen med de kommunala enheterna. Jämfört med de kommunala enheterna har de privata enheterna en mindre andel utlandsfödda klienter (14 procent jämfört med 18 procent), en större andel kvinnliga klienter (35 procent jämfört med 29 procent), en större andel som bor i storstad (77 procent jämfört med 59 procent) och äldre klienter  $M=42$  år jämfört med  $M=39$  år. En större andel av klienterna på privata enheter har alkohol som dominerande drog (60 procent och 46 procent), en mindre andel har narkotika som dominerande drog (31 procent och 41 procent) medan både alkohol och narkotika som dominerande drog är lika (6 procent). Fördelning av klienter på problemprofiler är Narkotikaproblem (27 procent jämfört med 39 procent), Avgränsat alkoholproblem (48 procent jämfört med 33 procent) och Alkohol och psykisk störning (25 procent jämfört med 28 procent). Tungt missbruk skiljer inte mycket men tungt narkotikamissbruk är något ovanligare på privata enheter (15 procent jämfört med 18 procent), tungt alkoholmissbruk tvärtom något vanligare (14 procent och 12 procent) medan andel klienter med svår psykisk störning är nästan lika (27 procent och 28 procent). Vidare är det signifikanta

skillnader i intervjuarskattningar för alla områden, där klienter vid kommunala enheter bedömts ha mer problem på alla områden, förutom problem med alkohol som skattats högre för klienter på privata enheter. Skillnaderna är störst för fysisk hälsa, arbete, kriminalitet och narkotika där problemen skattats högre för klienter vid kommunala enheter jämfört med privata enheter.

Sammanfattningsvis är klienterna på de två privata enheter som ingår i ASI-08 mindre problembelastade jämfört med klienter vid kommunala enheter förutom för problem med alkohol. Fördelningen av klienter på problemprofiler visar att nästan hälften av klienterna vid de privata enheterna har Avgränsade alkoholproblem, en fjärdedel har både Alkoholproblem och psykiska problem och en fjärdedel har Narkotikaproblem. Av olika skäl, som t.ex. att klienterna är så pass olika initialt och att det inte är känt om intervjuarskattningarna är gjorda av oberoende bedömare jämför vi inte utfallen för privata enheter och kommunala enheter.

#### 6.3.14 Diskussion i anslutning till kartläggningen

Våra resultat visar i stort sett samma bild av gruppen missbrukare som andra studier. Vi upprepar inte resultaten utan sammanfattningsvis är gruppen socialt marginaliserad med sämre utbildning, svårigheter att försörja sig, problem med bostad, med kriminalitet och problem med både fysisk och psykisk hälsa.

*Kön.* Det finns vissa skillnader mellan män och kvinnor i ASI-08. Männen är mer socialt marginaliserade än kvinnor. De har sämre utbildning, mer socialbidrag, mer problem med sitt boende och mer kriminalitet. Men trots att kvinnor alltså har en bättre social situation än män har kvinnor betydligt mer problem med psykisk hälsa. En större andel av kvinnorna har svår psykisk störning och har fått behandling i psykiatri. Skillnaden mellan män och kvinnor kan inte förklaras av att kvinnor har mer problem med narkotika än män eftersom det snarare är tvärtom att en något större andel män än kvinnor har narkotika som dominerande drog och andel män och kvinnor med tungt narkotikamissbruk är lika. Det finns flera möjliga förklaringar till att kvinnliga missbrukare har sämre psykisk hälsa än manliga missbrukare. För det första följer det samma mönster som i befolkningen som helhet. I en kunskapsöversikt visar Lager (2009) att ångest och oro är 1,5 till 3 ggr vanligare hos kvinnor än hos män. Skillnaden tycks inte ha med rapporterings-

benägenhet eller socioekonomiska faktorer att göra utan snarare med biologiska faktorer och med könsroller. En faktor som diskuteras i rapporten är relationers betydelse för män och kvinnor. I studien av Eriksson m.fl. (2003) visade det sig att kvinnliga missbrukare oroade sig mer för sina relationer än manliga missbrukare. I ASI-08 bedöms kvinnor ha mer problem med relationer än män. Bakom detta kan ligga att kvinnliga missbrukare lever i mer destruktiva relationer och faktiskt har mer problematiska relationer än män. Det finns visst stöd för det antagandet eftersom en betydligt större andel av kvinnorna i ASI-08 jämfört med männen uppger att de tidigare blivit fysiskt eller sexuellt misshandlade och en större andel av kvinnorna uppger också att de för närvarande lever tillsammans med en partner som missbrukar alkohol eller narkotika (10 procent för kvinnor och 5 procent för män). Problem och svårigheter i relationer kan därför vara en faktor som bidrar till att kvinnliga missbrukare har mer psykiska besvär än män. Vi har i en medieringsdesign undersökt om sambandet mellan kön och psykiska besvär kan förklaras av problem med familj/umgänge. Resultaten visade en partiell mediering, vilket betyder att skillnader mellan män och kvinnor avseende psykiska besvär delvis kan relateras till att kvinnor har mer relationsproblem än män.

*Ålder.* Skillnaden mellan åldersgrupper är stor och visar att yngre missbrukare är mer socialt marginaliserade och har sämre psykisk hälsa än äldre missbrukare. Att yngre missbrukare har mer omfattande problem än äldre är sannolikt relaterat till narkotikamissbruk som är högst i den yngsta gruppen. Det sociala utanförskapet blir allvarligare ju yngre man är med större svårigheter att återanpassas till ett normalt liv. Hypotesen att yngres narkotikamissbruk "beror" på att yngre har mer psykiska problem än äldre fick dock inget stöd i våra analyser.

*Narkotika och alkohol.* Alla analyser visar att generellt sett är narkotikamissbruk relaterat till mer social utslagning och marginalisering och sämre hälsa än alkoholmissbruk. Narkotikamissbruk är kopplat till att vara bostadslös, ha sämre utbildning, kriminalitet, svårigheter att försörja sig och problem med både fysisk och psykisk hälsa. Varför det ser ut så framgår inte i ASI-08. Man vet att problem med hälsa i viss mån är relaterat till effekter av själva preparaten och till hur det används (CAN, 2008). Förutom detta finns förklaringar som att relationen mellan narkotikamissbruk och kriminalitet leder till ett tidigt utanförskap med låg utbildning, ingen erfarenhet av arbete och en identitet som är kopplad till missbruket. Efter-

som missbruk av narkotika som dominerande drog är relaterat till att vara yngre och i viss mån också till att vara utlandsfödd är risken för utanförskap särskilt stor med stora svårigheter att ändra sin livssituation. Detta utanförskap ökar också risken för att missbruket drar in personer i nära band med andra missbrukare, vilket har en negativ effekt på rehabilitering (se t.ex. Socialstyrelsen, 2007).

För klienter med narkotika som dominerande drog ger alla analyser en entydig bild men för klienter med alkohol som dominerande drog verkar det finnas två undergrupper av klienter. Klienter i gruppen som vi kallat Avgränsat alkohol har nästan enbart alkoholproblem och bedöms ha lite problem inom övriga områden, klienterna är äldre och det är ovanligt med tungt missbruk och mycket ovanligt med svår psykisk störning. Klienter i den andra gruppen som vi kallat Alkohol och psykisk störning är också något äldre, men här är kvinnor överrepresenterade och tungt missbruk av alkohol och svår psykisk störning är relativt vanligt. Det framgår inte i tidigare analyser att klienter med stora problem med alkohol kan delas in i två helt olika problemprofiler utan det resultatet framkommer först när hela mönstret av intervjuarskattningar analyseras. Att känna till dessa mönster har naturligtvis betydelse för behandling, Klienter i profilen Alkohol och psykisk störning behöver behandling för missbruk, psykisk störning och relationer, medan klienter i gruppen med Avgränsade alkoholproblem sannolikt huvudsakligen har behov av missbruksbehandling. Resultaten visar också att indelning i missbrukare efter bakgrundsvariabler som kön och ålder inte ger lika bra bild av problemtyngd och insatser som en indelning baserad på en sammansatt bild av klientens problem.

*Behandling för missbruk.* Cirka en tredjedel av klienterna har någon gång fått behandling för missbruk och klienter med tungt missbruk fått något mer behandling än klienter utan tungt missbruk. En intressant fråga är hur stor andel av klienterna som fått behandling för sitt missbruk om man haft missbruksproblem en längre tid. För alkoholmissbruk kan man uppskatta hur länge man haft problem med missbruk av alkohol genom att analysera svaret på frågan hur många år man brukat alkohol till berusning tre dagar i veckan eller mer. Nästan hälften (49 procent) har svarat att man haft ett sådant bruk av alkohol i fem år eller mer. Men trots att man alltså haft sitt alkoholmissbruk ganska länge har endast hälften av dessa klienter behandlats någon gång för sitt alkoholmissbruk. En mindre andel (19 procent) av de som missbrukat alkohol mindre än fem år har också fått behandling för detta någon gång. När man

tolkar dessa siffror bör man ha i minnet att trots att klienterna haft sitt missbruk en längre tid kanske man inte sökt hjälp för detta. Det kan också vara en underrapportering av om man fått behandling för sitt missbruk. Klienterna kan ha glömt bort det eller inte tänkt på att man fått behandling etc. Det måste också vägas in att klienter kan ha erbjudits olika insatser/behandlingsalternativ men av olika skäl inte har genomfört någon behandling t.ex. pga. bristande motivation.

*Föräldrar* som bor med både partner och barn har en bättre situation än klienter som bor ensamma. Dessa föräldrar bedöms ha mindre problem med fysisk hälsa, arbete/försörjning, narkotika och kriminalitet samt för män också mindre problem med psykisk hälsa men mer problem med familj/umgänge. En del av skillnaderna kan bero på samhällets stöd i form av bättre boende men föräldrar arbetar mer och är något äldre och har mindre problem med narkotika än övriga klienter, vilket tyder på att det är en speciell grupp av missbrukare som har ett sambo förhållande och som lever med barn. Gruppen har dock inte fått mer behandling för missbruk än klienter som lever ensamma. Ensamma mödrar med barn verkar däremot vara en mer utsatt grupp jämfört med de som lever med både partner och barn. Man måste också se resultaten ur ett barnperspektiv, eftersom det finns många barn, som lever med föräldrar som har problem med missbruk. Bland dessa kan också finnas barn som lever i särskilt utsatta miljöer, som t.ex. att det finns klienter som lever med barn, som uppgett att de är bostadslösa.

*Boendeort och år.* Det är små skillnader över år och mellan boendeorter i våra analyser vilket sannolikt beror på att dessa variabler är sammanblandade med de enheter som kommit in i ASI-08 över år och på hur boendeort definierats i ASI. För att få bättre uppfattning om dessa variabler måste man ha andra frågor om boendeorter och också ha någon beskrivning av enheterna som ingår och hur de skiljer sig i viktiga avseenden.

## 6.4 Del 2: Uppföljningsintervjuer och förändringar över tid

Uppföljningstiden mellan grundintervju och första uppföljningsintervju är knappt ett år i snitt, ( $M = 12$  mån.,  $Md = 10$  mån.). Variationen är dock stor – mellan några dagar och upp till 6 år, Fyra procent har kortare uppföljningstid än 4 månader och

7 procent längre än två år. Sextiosex procent har kortare uppföljningstid än ett år, vilket visar att det är en klar tyngdpunkt strax under ett år. Vissa samband mellan förändringar i intervjuarskattning och uppföljningstidens längd är signifikanta men mycket små. För Arbeta/försörjning ( $r = 0,06$ ), Narkotika ( $r = 0,13$ ) och Familj/umgänge ( $r = 0,04$ ) är längre uppföljningstid relaterat till större förändring. Vi bedömer dock inte att skillnaderna i tid mellan grundintervju och uppföljningsintervju har någon avgörande betydelse för våra analyser.

Uppföljningsintervjuerna utgör 22 procent av alla intervjuer. Eftersom det saknas grundintervju för 176 klienter som har uppföljningsintervju kan man säga att 21 procent av klienter med grundintervju har en uppföljningsintervju. En första fråga gäller vilka klienter som följts upp och om det kan betraktas som ett representativt urval ur alla som gjort grundintervjuer. I tabell 16 visas medelvärden och standardavvikelser för intervjuarskattningar i grundintervjuerna uppdelade på klienter som följts upp och inte följts upp. Generellt gäller för hela avsnittet som följer att antalet klienter kan variera i olika jämförelser beroende på internt bortfall på enskilda variabler.

**Tabell 16** Medelvärden och standardavvikelser för intervjuarskattning vid grundintervjuerna uppdelade på klienter som följts upp och ej följts upp

	Ej uppföljda N=10879		Uppföljda N=2926	
	M	SD	M	SD
Fysisk hälsa**	1,98	2,26	2,15	2,34
Arbete försörjn **	2,59	2,52	2,8	2,57
Alkohol	3,81	2,77	3,88	2,87
Narkotika*	2,78	3,15	2,92	3,19
Kriminalitet *	0,96	1,9	0,88	1,8
Familj umgänge	2,55	2,41	2,56	2,38
Psykisk hälsa	3,49	2,64	3,42	2,62

\*\*  $p < .01$ ; \*  $p < .05$

De signifikanta skillnader som finns antyder att de klienter som följs upp har något mer problem än de som inte följs upp förutom problem med kriminalitet som är lägre i grundintervjun för de som följts upp. Alla skillnader är dock mycket små även om en del blir



signifikanta med så stora grupper. En något större andel av männen (22 procent) än kvinnorna (20 procent) följs upp och de som följs upp är drygt ett år äldre än de som inte följs upp. Det är inte så stora skillnader i hur stor andel som följs upp och ej följs upp när man ser till tungt missbruk (tungt alkohol 21 procent jmf 22 procent; tung narkotika 24 procent jmf 21 procent) men något färre med sannolik svår psykisk störning (20 procent jmf 23 procent) följs upp. Några andra skillnader mellan klienter som följs upp och inte är: de små orterna har en något högre andel uppföljda (24 procent) än de mellanstora (23 procent) och storstäderna (20 procent), fler utlandsfödda klienter följs upp (30 procent) än klienter födda i Sverige (21 procent), de med Hepatit C följs upp oftare (25 procent) jämfört med de utan (20 procent). I mindre utsträckning följs de upp som de senaste 30 dagarna får hjälp med fysisk hälsa (9 procent jmf 22 procent), hjälp med arbetsproblem (9 procent jmf 22 procent), klienter med egna barn (10 procent jmf med 23 procent). Sammanfattningsvis verkar det vara små skillnader mellan de som följs upp och inte och tendensen är snarast att klienter med större problem följs upp, dock något mindre andel med svår psykisk störning.

#### 6.4.1 Att tolka förändring

Att mäta och tolka förändring i problemnivåer för klienter innebär att man måste hantera ett antal statistiska problem, eller artefakter, som vi redogör för i Armelius & Armelius, 2010a. Sammanfattningsvis kan man säga att man riskerar att tolka skillnader mellan grundintervju och uppföljningsintervju som uttryck för att klienterna förbättrats när det lika gärna kan röra sig om olika artefakter. Huvudproblemet är att klienter med höga problemnivåer nästan alltid uppvisar de största förbättringarna. För att mot denna bakgrund få en rimlig uppfattning om hur klienterna förändrats mellan grundintervju och uppföljningsintervju kommer vi att använda några olika sätt att beskriva förändring: 1. Skillnader i medelvärden på intervjuarskattning för olika problemområden, och 2. Reliabel förändring, som är den andel klienter i procent som förändrats minst 2 skalsteg mellan grundintervju och uppföljningsintervju. 3. Andel problemfria klienter initialt och vid uppföljningen.

#### 6.4.2 Förändring i medelvärden mellan grundintervju och uppföljningsintervju för olika problemområden

Skillnader i intervjuarskattningar mellan den första grundintervjun och den första uppföljningsintervjun visas i tabell 172 nedan.

**Tabell 17** Genomsnittlig intervjuarskattning (skala 0–9) för grundintervju och uppföljningsintervju samt differens mellan medelvärdena (G-U)

	Grund	Uppföljn	Differens
	N 13750	N 3000	G-U
Fysisk hälsa	2,01	1,77	0,24
Arbete, försörjning	2,63	2,05	0,58
Alkohol	3,83	2,14	1,69
Narkotika	2,81	1,69	1,12
Kriminalitet	0,95	0,47	0,48
Familj, umgänge	2,56	1,52	1,04
Psykisk hälsa	3,48	2,22	1,26

Skillnaderna i intervjuarskattning mellan grundintervju och uppföljningsintervju (G-U) varierar mellan 0,24 och 1,69 med ett totalt genomsnitt på 0,92 enheter på skalan för intervjuarskattningar (0–9). Alla förändringar mellan G och U är signifikanta. Störst skillnad är det för problem med alkohol följt av psykiska problem, problem med narkotika, och problem med familj/umgänge. Det är anmärkningsvärt liten förbättring för fysisk hälsa och arbete/försörjning trots att man börjar på relativt höga problemnivåer.

#### 6.4.3 Andel klienter som visar en reliabel förändring för olika problemområden

Ett sätt att få en uppfattning om förändringens betydelse med hänsyn till att det också finns mätfel är att beräkna hur stor andel av klienterna som försämrats, förbättrats eller är oförändrade mätt med minst 2 skalsteg i olika problemområden (se Armelius & Armelius, 2010a, för detaljerad beskrivning av beräkningsgrunden). Det ger en säkerhet på 95 procent (konfidensintervall, CI) för att förändringen för en enskild klient är pålitlig och inte bara uttryck för att

intervjuarskattningarna är lite opålitliga. I tabell 18 visas hur stor andel som uppvisar en reliabel förändring och är oförändrade.

**Tabell 18** Andel uppföljda klienter i % som är oförändrade, försämrats eller förbättrats för olika problemområden med minst 2 steg på intervjuarskattningen (95% konfidensintervall).

	Alla N=2890		
	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	17	55	28
Arbete försörjning	15	53	32
Alkohol	7	47	45
Narkotika	5	63	31
Kriminalitet	6	78	16
Familj umgänge	12	50	38
Psykisk hälsa	12	47	41

Huvudintrycket av tabellen är att en majoritet av klienterna är oförändrade och en liten andel har försämrats. Försämringen är minst för missbruksvariablerna. Det är en stor skillnad mellan alkohol och narkotika avseende hur stor andel som är förbättrade respektive oförändrade. För problem med alkohol har nästan hälften av klienterna förbättrats, men det är en knapp tredjedel förbättrade avseende narkotika. För problem med psykisk hälsa och familj/umgänge är det drygt en tredjedel som förbättras. För problem med arbete/försörjning är det en knapp tredjedel. När det gäller kriminalitet är det – som väntat med tanke på den allmänna problemnivån – inte så stor andel som ändras.

Dessa resultat kan ses som en första indikator på att cirka en tredjedel av missbruksvårdens klienter får en bättre situation efter ett år än de hade innan och att en mindre andel försämras. Man kan naturligtvis inte dra slutsatsen att förändringarna beror på missbruksvårdens insatser eftersom det finns ett antal andra tänkbara förklaringar. Förmodligen rör det sig dock inte om ett positivt urval av klienter som följs upp, men det kan t.ex. vara kombinationer av spontan förbättring, mognad eller statistiska artefakter. Utan jämförelsegrupper blir tolkningar av orsaker till förändring svåra att göra. I faktaunderlaget till nationella riktlinjer för missbruksvård skriver Blomqvist (2006) att återhämtande från såväl alkohol som narkotikamissbruk ofta sker utan formell behandling i form av s.k.

spontanläkning. Det är en mängd faktorer som bidrar till att många med missbruksproblem förr eller senare får mindre problem eller blir problemfria. I tvärsnittsstudier uppskattas den s.k. spontanläkningen till mellan några procent och 30 procent per år. I longitudinella studier kan andelen spontant återhämtade från ett tidigare missbruk av något slag vara ännu högre – kring 50 procent per år, men det kan vara en överskattning då i regel inte alla inkluderas, t.ex. klienter som avlidit eller är alltför dåliga. Blomqvist påpekar också att det finns avsevärda problem både med att definiera missbruk och återhämtning, vilket gör alla uppskattningar osäkra. Ett intressant resultat enligt Blomqvist är att klienter med högre initiala problemnivåer har en större andel med spontan återhämtning än klienter med lägre problemnivåer, kanske för att de är mer motiverade att ändra sitt missbruk.

Närmast följer en analys av hur olika grupper av klienter förändrats inom olika problemområden med hjälp av utfallsmåttet reliabel förändring eller minst 2 skalsteg.

## Män och kvinnor

Andel som försämrats, förbättrats samt är oförändrade för män och kvinnor visas i tabell 19.

**Tabell 19** Andel kvinnor och män som försämrats, förbättrats samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju med minst 2 skalsteg (95 procent konfidensintervall)

	Man N=2047			Kvinna N=842		
	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	17	56	27	18	53	29
Arbete försörjn	15	53	32	13	53	31
Alkohol	7	48	45	8	47	45
Narkotika	5	63	31	6	63	31
Kriminalitet	7	75	18	4	84	11
Familj umgänge	12	52	36	12	45	43
Psykisk hälsa	13	48	39	11	43	46

Det är ingen större skillnad mellan kvinnor och män när det gäller andelen som förbättrats eller försämrats. Kvinnorna har något större andel förbättrade inom familj/umgänge och psykisk hälsa.

## Ålder

I tabellen nedan redovisas andelen som försämrats, förbättrats samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju i olika åldersgrupper.

**Tabell 20** Andel som försämrats eller förbättrats med minst 2 skalsteg eller är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju i olika åldersgrupper

	Ålder –33 år, N=880			Ålder 34–46 år, N=947			Ålder 47– år, N=1055		
	Sämre	Oför- ändrad	Bättre	Sämre	Oför- ändrad	Bättre	Sämre	Oför- ändrad	Bättre
Fysisk hälsa	16	58	27	17	56	27	19	53	29
Arbete försörjning	14	48	38	18	49	33	12	61	27
Alkohol	8	58	34	8	49	44	6	39	55
Narkotika	8	45	47	6	62	33	3	82	16
Kriminalitet	9	68	24	7	76	17	3	88	9
Familj umgänge	12	45	43	14	46	40	10	57	33
Psykisk hälsa	14	42	45	13	45	42	11	53	37

En större andel av unga än äldre förbättras på många livsområden förutom alkohol där det är större andel förbättrade med ökande ålder. För fysisk hälsa är det en liknande svag tendens. Åldersgruppen 34–46 år har en något ökad andel försämrade inom arbete/försörjning och familj/umgänge, vilket kanske återspeglar specifika problem i deras livsfas.

## Tungt missbruk

Andelen förändrade med minst 2 skalsteg bland missbrukare med tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk visas i tabellen nedan.

**Tabell 21** Andel som försämrats eller förbättrats med minst 2 skalsteg samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju för klienter med tungt alkohol- och tungt narkotikamissbruk

	Tungt alkoholmissbruk N=352			Tungt narkotikamissbruk N=537		
	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	21	51	29	18	52	30
Arbete försörjn	16	49	35	13	56	41
Alkohol	4	35	<b>62</b>	8	68	24
Narkotika	6	72	23	7	39	<b>54</b>
Kriminalitet	6	82	12	8	71	21
Familj umgänge	14	46	40	13	46	41
Psykisk hälsa	13	42	45	12	46	42

Drygt 60 procent av klienter med tungt alkoholmissbruk har förbättrats 2 skalsteg avseende problem med alkohol och drygt 50 procent av klienter med tungt narkotikamissbruk har förbättrats 2 skalsteg avseende problem med narkotika. Det är inga större skillnader i andelen som försämras för klienter mer tungt alkohol- eller tungt narkotikamissbruk inom andra områden, men jämfört med alla klienter (tabell 23) är det i regel en lite större andel förbättrade. Det är värt att notera att klienter som har mer grava missbruksproblem uppvisar en större andel förbättrade än övriga klienter!

## Svår psykisk störning

Andelen förändrade bland missbrukare med sannolik svår psykisk störning jämfört med övriga visas i tabellen nedan.

**Tabell 22** Andel som försämrats eller förbättrats med minst 2 skalsteg (95 % konfidensintervall), samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju för de som har sannolik svår psykisk störning och övriga

	Svår psykisk störning N= 776			Övriga N= 2114		
	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	16	50	34	18	57	25
Arbete försörjning	16	46	38	14	55	30
Alkohol	7	43	50	8	49	43
Narkotika	4	54	42	6	67	27
Kriminalitet	5	75	20	6	79	15
Familj umgänge	11	39	50	12	53	34
Psykisk hälsa	3	33	<b>64</b>	16	52	<b>32</b>

När man jämför med övriga klienter i ASI-08 får man komma ihåg att problemlinjen för psykisk hälsa är lägre jämfört med gruppen med sannolik svår psykisk störning. Det är emellertid inte bara området psykisk hälsa som utmärker sig utan även för de andra områdena är det en större andel förbättrade bland de med svår psykisk störning än bland övriga. Andelen försämrade är också något lägre i allmänhet och hälften av dem blir bättre avseende alkohol- och familjeproblem och nästan två tredjedelar förbättrar sin psykiska hälsa.

## Problemprofiler vid grundintervjun

Andelen förändrade för de olika problemprofiler som skapades med klusteranalys av intervjuarskattningarna vid grundintervjun visas i tabell 28.

**Tabell 23** Andel som försämrats eller förbättrats med minst 2 skalsteg samt är oförändrade mellan grundintervju och uppföljningsintervju för de olika problemprofilerna

	Narkotikaproblem N=968			Avgränsade alk probl N=953			Alkohol & psyk N=761		
	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre	Sämre	Oförändrad	Bättre
Fysisk hälsa	19	50	31	18	64	18	13	51	36
Arbete försörjn	16	47	36	16	65	19	11	44	44
Alkohol	10	63	27	8	43	50	3	33	64
Narkotika	6	30	64	6	88	6	4	76	20
Kriminalitet	9	63	28	3	80	6	5	82	13
Familj umgänge	13	46	41	14	68	18	7	32	61
Psykisk hälsa	12	42	46	16	63	21	6	33	61

Det är en stor skillnad i utfall för de två undergrupperna med alkoholproblem. Andelen förbättrade i profilen Avgränsade alkoholproblem är betydligt lägre än i profilen med alkohol och psykisk störning. I profilen Avgränsade alkoholproblem är det nästan lika många som försämras, snarare än förbättras utom för alkohol, där det sker en förbättring för hälften av klienterna. För profilen Alkohol och psykiska problem sker en stor förbättring inom alkohol, familj/umgänge och psykisk hälsa där närmare två tredjedelar förbättras och väldigt få försämras. Även med avseende på arbete/försörjning och fysisk hälsa förbättras mer än en tredjedel i den profilen. För profilen Narkotikaproblem sker en stor förbättring inom narkotika men inte lika stor förbättring inom övriga områden som för profilen Alkohol och psykiska problem. Andelen försämrade är ungefär lika stor som för profilen Avgränsade alkoholproblem, vilket antyder att är ett mer polariserat utfall även för klienter med narkotikaproblem. Kanske kan man säga att Narkotikaprofilen ligger mellan de två alkoholprofilerna när det gäller förändringar i



andra avseenden än narkotika och kriminalitet, där de har störst förbättring.

Resultaten för grupper med tungt missbruk och svår psykisk störning samt för problemprofilerna ger en annan bild av förändringar än den som framkom när vi såg till hela ASI-08 i tabell 22. Där var cirka en tredjedel av klienterna förbättrade och drygt hälften oförändrade. Vid jämförelse med resultaten för undergrupper baserade på problemtyngda grupper är resultaten mer nyanserade. För narkotikaproblem blir det t.ex. en förändring från 31 procent till 54 procent när man ser till klienter med tungt narkotikamissbruk eller till 64 procent för klienter i problemprofilen som utmärks av narkotikaproblem. På samma sätt ökar andelen förbättrade avseende alkohol från 45 procent till 62 procent resp. 64 procent när man ser till klienter med tungt alkoholmissbruk eller till klienter i profilen Alkohol och psykiska problem. Även för profilen Avgränsade alkoholproblem stiger andelen förbättrade något men mer marginellt från 45 procent till 50 procent. Ett sätt att förstå dessa skillnader är att inte tänka på missbrukare som en homogen grupp utan på två eller kanske tre olika undergrupper. Om man inte håller isär dem när man använder problemspecifika utfallsvariabler blir resultaten ospecifika och utslätade. Som om man blandar en grupp psykiatripatienter med social fobi och med en grupp patienter som har schizofreni och endast redovisar förändringar i omfattningen av psykotiska symtom. En mer nyanserad sammanfattning av hur missbruksvårdens klienter förändras blir således att mellan hälften och två tredjedelar blir bättre avseende sitt huvudsakliga missbruksproblem medan det för andra problemområden är mellan en fjärdedel och hälften som blir bättre. För de med tyngre eller allvarliga problem verkar det vara en större andel som förbättras än för klienter med lindrigare problem.

### Förändringar för andra grupper

Skillnaderna mellan olika boendeorter är inte särskilt stora. Klienter som bor på mindre orter har en något större förbättring i alkohol och psykisk hälsa än övriga orter och en mindre förbättring i narkotika. De som lever med en som missbrukar alkohol har en något större andel som förbättras med avseende på familjeproblem än övriga. Det gäller också för de som lever tillsammans med en som missbrukar narkotika, men där har också en större andel för-

bättrats avseende narkotikaproblem, vilket är något förvånande med tanke på den vanliga uppfattningen att missbrukare bör förändra sitt drogrelaterade umgänge. Inom alla områden utom alkohol är det en något större andel utländska medborgare som försämras än svenska medborgare. För arbete/försörjning är det en skillnad på 6 procent i andelen förbättrade och för familj/umgänge är skillnaden 5 procent lägre för utländska medborgare. Det rör sig om relativt små men systematiska skillnader som bör uppmärksammas eftersom det finns risk att kulturella skillnader kan få betydelse för klienternas utveckling.

#### 6.4.4 Problemfria klienter

Ett tredje sätt att analysera utfall är att se hur många klienter som bedömts vara problemfria för varje problemområde initialt och vid uppföljningen (problemfri skattning = 0). Detta sätt att visa förändring baseras bara på värdet 0 i intervjuarskattningarna, och kan antas vara mindre påverkat av oklarheter i definitioner av skalsteg och statistiska artefakter. Eftersom det kan vara intressant att få en bild av andel missbruksklienter som bedömts vara helt utan problem/hjälpbehov i hela gruppen redovisar vi andel problemfria klienter för alla klienter i grundintervjun och inte enbart för de klienter som följts upp (skillnaden är högst 2 procent). Resultaten av analysen visas i tabellen nedan för områdena Alkohol, Narkotika och Psykisk hälsa. I tabellen anges antal individer i olika grupper som beräkningarna grundas på samt procentuella andelen som är problemfria (intervjuarskattning = 0) initialt och vid uppföljningen.

**Tabell 24** Procentuell andel klienter som är problemfria vid grund- och uppföljningsintervju för problem med alkohol, narkotika och med psykisk hälsa. Alla och uppdelat efter kön och ålder.

	N före	N efter	Alkohol		Narkotika		Psykisk hälsa	
			Före	Efter	Före	Efter	Före	Efter
<b>Alla</b>	13 805	3 051	26	46	50	64	26	45
<b>Bakgrund</b>								
Man	9 496	2 045	26	46	48	62	29	46
Kvinna	4 253	848	26	47	56	68	20	41
Ålder –33	4 693	879	39	61	26	42	20	37
Ålder 34–46	4 391	938	25	42	50	64	23	41
Ålder 47–	4 638	1 049	13	37	76	83	36	55

Tabellen innehåller mycket information som dock är konsistent med vad som redan framkommit i andra analyser och kan i den meningen ses som ett sätt att validera tidigare beräkningar. Initialt har 26 procent av klienterna inga problem med alkohol och vid uppföljningen har detta ökat till 46 procent. Hälften av klienterna har initialt inga problem med narkotika och vid uppföljningen har detta ökat till 64 procent. Initialt har 26 procent inga problem med psykisk hälsa och vid uppföljningsintervjun har detta ökat till 45 procent. Det betyder att ökningen i andel problemfria klienter är störst för problem med alkohol och psykisk hälsa och minst för problem med narkotika. Det visar också att knappt hälften har problem med alkohol och psykisk hälsa och cirka en tredjedel med narkotika i uppföljningen. När det gäller bakgrundsvariablerna kön och ålder bekräftas tidigare resultat. Det är mycket små skillnader mellan män och kvinnor och de yngre klienterna har en större andel problemfria vid uppföljningen inom alkohol än de äldre, medan mönstret är det motsatta för narkotika och psykisk hälsa. Vi har också undersökt hur stor andel av problemfria klienter vid grundintervjun som har fått problem vid uppföljningen (definierat som en intervjuarskattning på minst 1). Andelen av initialt problemfria som fått problem är 10 procent för narkotika, 26 procent för alkohol och 20 procent för psykisk hälsa. Det är således relativt ovanligt att problemfria klienter får problem efter ett år.

### **Behandling mellan grundintervju och uppföljningsintervju**

Tyvärr är det lite olika formuleringar i frågor om behandling i de två versionerna av uppföljningsintervjun för ASI. Fram till 2006 gäller frågorna om man fått behandling inom ett område under de sista 6 månaderna, men i den nyare versionen frågar man om man fått behandling sedan förra intervjun. Eftersom data behandlas lika i de två versionerna finns det alltså en risk för underskattning av behandlingsinsatser mellan intervjuerna i den tidigare versionen. Vi vet inte heller om man prioriterar uppföljning för klienter som erbjudits behandling, alternativt inte erbjudits behandling efter första intervjun eller om det finns någon annan systematisk urvalsfaktor relaterat till behandling inför uppföljningsintervjuerna. Slutligen bör man notera att begreppet behandling inte är definierat och kan ha väldigt olika innebörd för olika klienter, vilket gör att man bör

tolka alla uppgifter med stor försiktighet. Här har vi använt frågor om öppenvård, slutenvård och tvångsvård för missbruk. Behandling i psykiatri avser öppen och sluten psykiatrisk vård. Generellt redovisas endast signifikanta skillnader.

Behandling av både missbruksproblem och psykiska problem under tiden mellan de två intervjuerna är relativt ovanligt.

- Av de 3 126 klienter som har uppföljningsintervju har 694 klienter (22 procent) fått åtminstone en insats i form av sluten eller öppen vård inom alkohol, narkotika eller psykiatri mellan de två intervjutillfällena.
- Öppenvård är ungefär dubbelt så vanligt som slutenvård.
- Totalt har 9 procent fått behandling för narkotikaproblem, 15 procent för alkoholproblem och 7 procent för psykiska problem mellan intervjutillfällena.
- Av de 216 som fått psykiatrisk vård har 60 procent också fått vård för alkoholproblem och 40 procent för narkotikaproblem.
- Hälften av alla som fått narkotikavård är under 33 år, medan hälften av alla som fått alkoholvård är över 47 år.
- Det är något vanligare både att unga klienter och kvinnor fått psykiatrisk vård (8 resp. 6 procent).
- En lika stor andel (15 procent) bland män och kvinnor har fått alkohol och narkotikavård.

### **Förändring och behandling mellan G och U för olika problemprofiler**

En viktig fråga man kan ställa sig är hur förändring mellan grundintervju och uppföljningsintervju är relaterat till vård mellan intervjutillfällena. När vi talar om effekter i detta avsnitt avser det statistiska effekter och inte orsakseffekter, eftersom vi inte kan göra jämförelser som är kontrollerade för faktorer som förutom själva vårdinsatsen också kan förklara eventuella skillnader mellan de som fått och inte fått en viss vård. Som framgick av förra stycket finns skillnader mellan klienter som fått och inte fått vård av olika slag och vårdformerna kombineras på olika sätt för olika individer, vilket skapar ett komplicerat mönster, som vi inte kan ta hänsyn till. Varje vårdform redovisas oberoende av de övriga, vilket gör att

kombinationer eller flera vårdinsatser för en individ inte syns i tabellerna.

Trots att det rör sig om små andelar som fått någon form av behandling inom de olika profilerna är det ur ett behandlingsperspektiv ofta ett relativt stort antal klienter det rör sig om, vilket motiverar en närmare analys, där vi jämför utfall för klienter i samma problemprofil som fått vård med de som inte fått. På så sätt jämförs klienter med liknande problem. I de följande tre tabellerna betyder "ns" att det inte är en signifikant skillnad mellan de som fått och inte fått vård. Om det är en signifikant skillnad anges vilken grupp som har den största förbättringen, samt p-värdet. Beteckningen "pos" markerar att förbättringen är större för de som fått behandling och "neg" markerar att förbättringen är större för de som inte fått behandling. Vi har endast undersökt skillnader i det relevanta missbruket och psykisk hälsa för varje profil. I tabellerna anges antalet som fått vård samt hur stor procentuell andel av klienter i problemprofilen det handlar om.

**Tabell 25** Resultat av signifikanstest av förändringar i intervjuarskattningar för klienter i problemprofilen Narkotikaproblem som fått och inte fått olika typer av vård mellan G och U

	Narkotikaproblem N=972			
	N	%	Narkotika	Psykisk hälsa
Sluten psykiatrisk	14	1 %	ns	ns
Öppen psykiatrisk	64	7 %	ns	ns
Sluten alkohol	29	3 %	ns	ns
Öppen alkohol	40	4 %	ns	ns
Sluten narkotika	80	8 %	ns	ns
Öppen narkotika	158	16 %	pos p=.00	ns

Generellt matchar behandling problem så att narkotikavård är vanligast i denna profil. Det finns en positiv effekt för problem med narkotika för de 16 procent i profilen Narkotikaproblem som fått öppen narkotikavård.

**Tabell 26** Resultat av signifikanstest av förändringar i intervjuarskattningar för klienter i problemprofilen Avgränsade alkoholproblem som fått och inte fått olika typer av vård mellan G och U

	Avgränsat alkohol N= 955			
	N	%	Alkohol	Psykisk hälsa
Sluten psykiatrisk	9	1 %	ns	ns
Öppen psykiatrisk	44	5 %	ns	ns
Sluten alkohol	45	5 %	ns	neg p=.03
Öppen alkohol	183	19 %	pos p=.00	ns
Sluten narkotika	12	1 %	ns	ns
Öppen narkotika	27	3 %	neg p=.01	neg p=.01

Generellt matchar behandling problem också här så att alkoholvård är vanligast. De 19 procent som fått öppen alkoholvård uppvisar en positiv effekt på alkohol. Däremot finns en negativ effekt på psykisk hälsa för de 5 procent som fått sluten alkoholvård och negativa effekter på både alkohol och psykisk hälsa för de 3 procent som fått öppen narkotikavård.

**Tabell 27** Resultat av signifikanstest av förändringar i intervjuarskattningar för klienter i problemprofilen Alkohol och psykiska problem som fått och inte fått olika typer av vård mellan G och U

	Alkohol och psykiska problem N=760			
	N	%	Alkohol	Psykisk hälsa
Sluten psykiatrisk	17	2 %	Ns	ns
Öppen psykiatrisk	62	6 %	Ns	neg p=.03
Sluten alkohol	47	5 %	ns	neg p=.04
Öppen alkohol	144	15 %	ns	ns
Sluten narkotika	12	1 %	ns	ns
Öppen narkotika	19	2 %	pos p=.04	ns

För de 6 procent av klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem som fått psykiatrisk öppenvård finns en negativ effekt på psykisk hälsa. Märkligt nog finns en positiv effekt på alkohol för de 19 klienter som fått öppen narkotikavård. Denna lilla grupp har höga probleminivåer på alkohol, narkotika och psykisk hälsa initialt.

Sammanfattningsvis verkar klienter i problemprofilen Alkohol och psykiska problem reagera sämst på behandlingsinsatser mellan

intervjutillfällena i såväl öppen som sluten vård. Dessa klienter har en mer omfattande problembild som förmodligen kräver långvariga och differentierade insatser inom flera problemområden. Öppen missbruksvård verkar fungera bra för klienter i de andra två profilerna, men det går inte att se några positiva effekter av öppen eller sluten psykiatrisk vård. När det gäller slutenvård ser man inga positiva effekter. Med reservation för att begreppen sluten och öppen vård är definierade endast genom klientens svar på intervjufrågorna vid uppföljningsintervjun kan man säga att det förekommer väldigt lite behandling av något slag, men den behandling som ges följer i stort sett missbruksmönstret. Behandlingsinsatser i öppenvård riktade mot missbruket verkar ha en positiv effekt på missbruket.

### Tidigare vårdinsatser

Det är också av intresse att undersöka hur tidigare vård samvarierar med förändringar mellan intervjutillfällena eftersom det kan vara så att effekterna av missbruksvård inte visar sig omedelbart efter en vårdepisod. Det kan t.ex. vara så att även om missbruket inte förändras kanske motivationen för vidare vård har ökat, vilket leder till att man är mer benägen att söka hjälp. Det kan också vara så att de som fått tidigare behandling har svårare att tillgodogöra sig behandling eller av andra skäl förändras mindre än de som inte erhållit tidigare behandling. I analyser av tidigare behandling har vi har endast noterat om man fått tidigare behandling eller ej och alltså inte tagit hänsyn till hur många gånger det handlar om. Liksom i tidigare analyser jämförs de klienter som fått tidigare behandling med de som inte fått tidigare behandling inom varje problemprofil. På så sätt jämförs klienter som har liknande problem, där en grupp fått tidigare behandling och en inte har fått det.

Profilen Narkotikaproblem:

- För de 377 som fått tidigare tvångsvård för narkotika fanns en negativ skillnad ( $p=.03$ ) för narkotikaproblem och en negativ skillnad ( $p=.03$ ) för psykisk hälsa
- För de 73 som tidigare erhållit tvångsvård för alkohol fanns en positiv skillnad ( $p=.00$ ) för alkohol
- För de 240 som tidigare erhållit sluten psykiatrisk vård fanns en positiv skillnad ( $p=.00$ ) i psykisk hälsa

- För de 406 som tidigare erhållit öppen psykiatrisk vård fanns positiva skillnader för alla tre områdena alkohol ( $p < .03$ ), narkotika ( $p = .02$ ) och psykisk hälsa ( $p = .00$ )

#### Profilen Avgränsade alkoholproblem:

- För de 35 som tidigare erhållit öppen narkotikavård fanns negativa effekter inom alla tre områdena alkohol ( $p = .00$ ), narkotika ( $p = .01$ ) och psykisk hälsa ( $p = .01$ )
- För de 80 som tidigare erhållit sluten narkotikavård fanns negativa effekter inom alla tre områdena alkohol ( $p = .00$ ), narkotika ( $p = .01$ ) och psykisk hälsa ( $p = .00$ ).
- För de 155 som tidigare fått sluten psykiatrisk vård var det en negativ skillnad i alkohol ( $p = .03$ ).
- För de 314 som fått öppen psykiatrisk vård tidigare var det en positiv skillnad i psykisk hälsa ( $p = .01$ )

#### Profilen Alkohol och psykiska problem:

- För de 48 som tidigare erhållit öppen narkotikavård fanns en positiv skillnad i narkotika ( $p = .00$ )
- För de 90 som tidigare erhållit sluten narkotikavård fanns en positiv skillnad i narkotika ( $p = .00$ )
- För de 239 som tidigare erhållit sluten psykiatrisk vård fanns en positiv skillnad i narkotika ( $p = .03$ )

Sammanfattningsvis verkar det som om klienter i Narkotikaprofilen som fått tidigare tvångsvård för narkotikamissbruk har sämre utfall för både narkotika och psykisk hälsa än de klienter som inte fått sådan vård medan sluten psykiatrisk vård och framför allt öppen sådan har positiva effekter både på klienternas psykiska hälsa och på missbruksproblem. För klienter med Avgränsade alkoholproblem verkar inte tidigare alkoholbehandling ha någon betydelse, medan tidigare narkotikabehandling har gett negativa effekter. Öppen psykiatrisk vård verkar förbättra klienternas psykiska hälsa men sluten psykiatrisk vård verkar ha en negativ effekt på alkoholproblem. Klienter i profilen Alkohol och psykiska problem som tidigare fått öppen- och sluten narkotikavård och sluten psykiatrisk vård uppvisar en större förbättring i narkotikaproblem än de som inte fått sådan vård.



### Sammanfattande bild av vårdinsatser och förändring

Det är en komplicerad bild som framträder när man ser till samband mellan såväl tidigare vård som vård under tiden mellan intervjuerna och förändringar i intervjuarskattningar mellan grundintervju och uppföljningsintervju. Det verkar dock finnas några tendenser till mönster. Ett mönster är att tidigare psykiatrisk öppenvård, kan ge positiva effekter på lång sikt inom flera områden. Man kan dock inte så några effekter av psykiatrisk vård i mellanperioden, vilket kan bero på att det förekommer väldigt sparsamt. Ett annat mönster är att effekterna av tidigare vård inte verkar ge några positiva effekter på alkohol för någon av de två undergrupperna av klienter med alkoholproblem och effekterna av vård i mellanperioden är positiva endast för öppenvård för klienter med Avgränsade alkoholproblem. De få klienter med Avgränsade alkoholproblem som tidigare fått narkotikavård av något slag kan ha varit felbehandlade eftersom de uppvisar negativa långtidseffekter. Å andra sidan finns inga positiva effekter av tidigare alkoholvård vilket leder tanken till att deras missbruk är svårbehandlat. Man kan dock notera positiva effekter av psykiatrisk vård på deras psykiska hälsa. För klienterna i profilen Alkohol och psykiska problem verkar framför allt narkotikaproblemen kunna påverkas av tidigare narkotikavård eller psykiatrisk vård. Klienter i profilen Narkotikaproblem uppvisar positiva behandlingseffekter i mellanperioden, vilket stärker bilden att problem med narkotika är mer positivt relaterat till behandlingsinsatser än vad alkoholproblem är. Detta kan hänga samman med att bruk och missbruk av alkohol är mer accepterat och därmed mindre stigmatiserande än missbruk av narkotika.

#### 6.4.5 Diskussion i anslutning till analys av förändringar

Huvudintrycket när det gäller hur klienterna förändras är att även om en stor del är oförändrade efter ett år så har många fått mindre problem. I första hand är det klienter med mer problem som förbättras och förbättringen sker inom de områden där man har mest problem och hjälpbehov. Även om statistiska artefakter delvis kan spela en roll kan inte det inte vara hela förklaringen utan det rör sig om förändringar som har hög klinisk relevans. Vi har använt många olika angreppssätt för att studera förändringar och den samlade bilden stämmer väl överens oberoende av vilken metod man väljer. Om man

ser till hela gruppen av klienter så förbättras knappt hälften av klienterna avseende alkohol och cirka en tredjedel för narkotika och övriga problemområden, men om man tar hänsyn till att det är skillnad mellan narkotikamissbrukare och alkoholmissbrukare när det gäller utfall av missbruket framstår förbättringarna av missbruk som större. För att ta hänsyn även till förekomsten av blandmissbruk bör man utgå från resultaten för problemprofilerna, som visar att mellan hälften och två tredjedelar av klienterna förbättras inte bara inom sitt missbruksområde, utan att även det icke dominerande missbruket förbättras. Resultaten avseende klienter med tungt missbruk visar ungefär samma resultat. Man bör vara alltså vara försiktig med att tolka resultat för hela gruppen när det gäller missbruksproblem, medan övriga problem är mer likartade i de två missbrukstyperna Narkotikaproblem och Alkohol och psykiska problem. Även om en majoritet av klienterna kan sägas ha uppnått en förbättring så finns en liten andel på 5–20 procent som försämras och de flesta klienter har kvarstående problem även efter ett år. Analysen av andelen problemfria visar att mer än hälften av klienterna har kvarstående problem med sitt missbruk.

Förändringen för alkoholmissbrukare ger en blandad bild. Resultaten blir något klarare när man ser på de två problemprofiler som skapades för alkoholmissbrukare. De med Avgränsade alkoholproblem uppvisar en betydligt mindre förbättring och något större andel försämrade än problemprofilen Alkohol och psykiska problem. I den senare problemprofilen har en relativt stor andel förbättras både avseende alkohol (64 procent) och psykisk hälsa (61 procent) samt familjeproblem 61 procent, medan det rör sig om högst 20 procent i profilen med Avgränsade alkoholproblem. Hur kan man förklara det sämre utfallet för problemprofilen Avgränsade alkoholproblem? En orsak är naturligtvis att de har begränsade problem redan vid grundintervjun och inte kan bli så mycket bättre. Men det räcker inte som förklaring eftersom en större andel också försämras med än andra. En förklaring kan vara att de inte har samma motivation att ändra sitt alkoholmissbruk eftersom de har mindre problem inom övriga områden. Vare sig omgivningen eller de själva kanske anser att deras missbruk inte är så allvarligt så länge det inte får konsekvenser för andra livs-områden. Att fortsätta ett alkoholmissbruk är sannolikt betydligt lättare än att fortsätta ett missbruk med narkotika.

Det område som (förutom kriminalitet) genomgående uppvisar minst förbättring och mest försämring är fysisk hälsa. Detta

område har uppmärksammats i flera andra studier och man måste fråga sig om det är ett negligerat problemområde för klienter med missbruksproblem såväl när det gäller utredning som behandling.

Det andra huvudintrycket är att vi faktiskt inte kan förklara varför det sker en så pass stor förbättring av klienterna. I ASI finns vissa uppgifter om huruvida man fått öppen och sluten vård inom alkohol, narkotika och psykiatrisk vård, men det är relativt få klienter som fått sådan vård under året mellan grund- och uppföljningsintervju. Även om vi kan se lite större förbättringar för klienter som fått någon form av vård mellan intervjuerna så har även de som inte fått behandling förbättrats i relativt stor utsträckning. Behandlingsinsatserna kan alltså inte förklara annat än vissa små skillnader i det större förändringspanoramat. En möjlighet är att förändringarna drivs av den samlade insats som görs och gjorts för klienterna inom alla områden. De flesta klienter gör ASI-intervjun i samband med en utredning kring missbruk och preliminära intryck av den s.k. interventionsstudien i ASI-projektet (Armelius, et al 2009) är att det är mycket arbete (telefonsamtal, möten, studiebesök etc.) bakom ett beslut om en insats för en klient. Det är relativt få utredningar som resulterar i ett sådant beslut, men samtidigt är det ofta en intensiv kontakt mellan socialsekreteraren och klienten under utredningen. Det finns all anledning att förmoda att själva utredningen kan ha positiva effekter genom relationen till en hjälpsam person. Det har också visat sig att ASI-intervjun i sig kan ha en positiv effekt på klientens bild av sina problem och därmed bidra till ökad motivation för förändring. Vi har heller inte kunnat ta hänsyn till insatser som görs inom andra områden än missbruk och psykiatri. I den senare versionen av uppföljningsintervjun finns sådana frågor inom varje område, men det är för få klienter som svarat på detta i nuvarande databas så vi har inte kunnat gå in i detaljer. Många klienter får boendestöd, ekonomiskt bistånd, arbetsmarknadsstöd, frivård, familjeterapi, psykoterapi, kamrattstöd etc. vid sidan av öppen eller sluten missbruksvård eller psykiatrisk vård. Kanske är det den samlade effekten av en rad insatser plus det faktum att klienterna befinner sig i en större krissituation med motivation för förändring när det får kontakt med missbruksvården än vid uppföljningsintervjun. Att då försöka isolera effekter av specifika insatser påminner om att leta efter en nål i en höstack och kräver betydligt mer tid och större datamängd än vad denna studie förfogar över.

## Referenser

- Abrahamson, M., & Tryggvesson, K. (2007). Användning av bedömningsinstrument i missbrukarvården – en nationell kartläggning och fallstudier av två län. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (SoRAD), Stockholms universitet.
- Andréasson, S., Lindström, U., Armelius, B-Å., Larsson, H., Berglund, M., Frank, A., Bergman, H., Rydberg, U., Zingmark, D., & Tengvald, K. (1999). En strukturerad intervjumetod för bedömning av alkohol- och narkotikarelaterade problem. Socialstyrelsen, Stockholm. 1999:2.
- Andrén, A., Bergman, H., Laurell, H. & Schlyter, F. (2001) Psychosocial survey of drunken drivers within the KAPUBRA project. A new interview technique suitable for matching the right treatment with the right client. *Läkartidningen*, 8;98 (32–33):3426-32.
- Armelius, B-Å, Armelius, K., Larson, H. & Sundbom, E. (2002); Missbrukare med psykiska störningar och psykiatripatienter. Jämförelser baserade på ASI, SASB och DMT. Statens institutionsstyrelse, SiS. Forskningsrapport nr 1.
- Armelius, B-Å., Nyström, S., Engström, C. & Brännström, J. (2009). Referensmaterial för bättre användning av ASI-intervjun. Slutrapport. IMS, Socialstyrelsen.
- Armelius, B-Å. & Armelius, K. (2010a). Metodöverväganden vid analys av data från Addiction Severity Index.
- Armelius, B-Å. & Armelius, K. (2010b). Våldsutsatthet och misshandel hos missbrukande kvinnor – resultat från ASI-intervjun med 4290 kvinnor.
- Cacciola, J. S., Pecoraro, A. & Alterman, A. I. (2008). Development of ASI psychiatric severity cut-off scores to identify co-occurring psychiatric disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6, 77–92.
- CAN Rapport 107. (2007). Drogutvecklingen i Sverige 2007. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm.
- CAN Rapport 113. (2008). Drogutvecklingen i Sverige 2008. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Stockholm.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Ed.2, Hillsdale New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Drake, R. E., McHugo, G. J. & Biesanz, J. C. (1995). The test-retest reliability of standardized instruments among homeless persons with substance use disorder. *Journal of Studies of Alcohol*, 56, 161–167.
- DSM-IV. (2004). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition.
- Eriksson, A., Palm, J. & Storbjörk, J. (2003). *Kvinnor och män i svensk missbruksbehandling. Forskningsrapport nr. 15*. Centrum för socialvetenskaplig alkohol- och drogforskning (So-RAD), Stockholms universitet.
- Fridell, M., Billsten, J., Jansson, I. & Amylon, R. (2009). *Fem-årsuppföljning. Kvinnor vårdade vid Lundens ungdomshem och LVM hem. SIS, Forskningsrapport Nr 1*.
- Howell, D. C. (2007). *Statistical methods for psychology*. Sixth Ed., Belmont, CA, USA, Thomson, Wadsworth.
- IKMDOK, (2008). *Årsrapport 2008*. Opublicerat material.
- Lager, A. (2009). *Varför drabbas kvinnor oftare av oro, ångest och depression? Folkhälsoinstitutet, Östersund*.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E. & O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Cacciola, J. & Griffith, J. E. (1985). New data from the addiction severity inventory: Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412–423.
- McLellan, A. T., Kushner, H. Metzger, D., Peters, R., Smith, L, Grissom, G m.fl. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199–213.
- McLellan, A.T, Cacciola, J.C Alterman, A.I, Rikon S.H., & Carise, D. (2006). The addiction severity index at 25: Origins, contributions and transitions. *The American journal on addiction*, 15, 113–124.
- Metz, C. E. (1978). Basic principles of ROC analysis. *Seminars in Nuclear Medicine*, 8(4), 282–287.

- Mäkelä, 2004). Studies of the reliability and validity of the addiction severity index. *Addiction*, 99(4), 398–410.
- Nyström, S., Andren, A., Zingmark, D. & Berman, H. (2010). Den svenska ASI-intervjuns reliabilitet. *Substance use and misuse. Journal of Substance Use*, 15(5), 330-339.
- Rikoon, S.H., Cacciola, J.S., Carise, D., Alterman, A.I. A. & McLellan, T. (2006) Predicting DSM-IV dependence diagnoses from Addiction Severity Index composite scores. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 17–24.
- Statistisk årsbok. (2008). Statistiska centralbyrån. Stockholm.
- Schaar, I. & Öjehagen, A. (2001). Severely mentally ill substance abusers: an 18 month follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 70–88.
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.
- SOU (2005:82). Personer med tungt missbruk – stimulans till bättre vård och behandling.
- Wikipedia. (2007). <http://sv.wikipedia.org/wiki/>.

## 7 Narkotika i ett framtidsperspektiv

*Bengt Svensson, professor i socialt arbete, Malmö högskola*

### Sammanfattning

Historiskt sett har det svenska narkotikamissbrukets präglats av en relativt långsam ökning, som har accelererat under perioder av en tidsanda som har präglats av hedonism och i samband med hög ungdomsarbetslöshet. Tillgången till alla typer av narkotika är numera genomgående stor vilket avspeglar sig i prisutvecklingen. Om man tar hänsyn till inflationen har narkotikapriserna sjunkit markant de senaste tjugo åren. Ökade satsningar på vård och prevention tycks i viss utsträckning påverka missbruksutvecklingen i gynnsam riktning. Å andra sidan innebär nedskärningar, vilket utvecklingen under första halvan av 1990-talet visar, att missbruket ökar.

I framtiden är det troligt att missbruket fortsätter att öka. Den höga ungdomsarbetslösheten som råder i dagsläget utgör en riskfaktor för att ökningen blir relativt stor, även om den bromsas upp av att tidsandan för närvarande inte är utpräglat hedonistisk. Ytterligare skäl till ökningen är att befolkningen ökar, att äldre generationer med obetydliga narkotika-erfarenheter avlöses av generationer där narkotika används i större utsträckning, att andelen kvinnliga narkotikakonsumenter kan förväntas öka, efter-som kvinnors alkoholanvändning ökar, vilket brukar samvariera med större benägenhet att använda narkotika, att importen av narkotika underlättas av den ständigt ökande internationella handeln och av möjligheterna till köp via Internet samt att flyttströmmarna till och från Sverige innebär ett ökat inflytande från omvärldens relativt liberala syn på narkotika.

Trendanalysen bygger på en genomgång av aktuell statistik och forskning.

## 7.1 Essäns syfte

Hur kommer narkotikasituationen att se ut i Sverige i framtiden? Hur blir det med fördelningen av resurser mellan den svenska narkotikapolitikens tre ben – kontrollen, preventionen och vården? Innebär EU-medlemskapet att vi framöver kommer att få göra förändringar i vår narkotikalagstiftning, på motsvarande sätt som att vi har fått anpassa alkoholpolitiken? Hur kommer tillgången på narkotika att se ut? Väntar nya preparat som får stor spridning? Kommer vi att se förändringar av efterfrågan på narkotika? Kommer det att finnas ekonomiskt utrymme för effektiva förebyggande insatser mot narkotikan? Vilka är i så fall dessa? Kan vi förvänta oss att framtidens politiker satsar på missbruksvård? I så fall – hur kommer den vården att se ut?<sup>1</sup> I denna essä kommer jag att diskutera tänkbara trender och framtidsscenarier inom narkotikaområdet. Till min hjälp har jag bl.a. en enkät som besvarades av tjugo personer som är sakkunniga inom narkotikaområdet.

Inledningsvis går jag igenom några av de ramfaktorer på makronivå som påverkar narkotikasituationen i ett land – lagstiftning, kulturella faktorer som kan sammanfattas med begreppet tidsanda, ekonomiska förhållanden som exempelvis arbetslösheten, m.m. Dessutom påverkas narkotikasituationen av den prevention och de vårdinsatser som görs. Förändringar av dessa ramfaktorer påverkar tillgången på narkotika och den efterfrågan som visar sig i samhället.<sup>2</sup>

## 7.2 Förutsättningarna

### 7.2.1 Lagar och normer sätter ramar

Den lagstiftning som avgör vilka rusmedel som ska betraktas som narkotika har sin grund i internationella överenskommelser, i första hand ”Single Convention on Narcotic Drugs” från 1961 och ”Convention on Psychotropic Substances” från 1971. När nya rusmedel

---

<sup>1</sup> Inom narkotikafältet har på senare år terminologin kommit att diskuteras allt mer. Ord som ”missbruk”, ”beroende” och ”missbrukare” har ifrågasatts. Jag har i essän valt att inte gå in i denna diskussion utan använder de traditionella begreppen, med viss variation för att göra språket levande.

<sup>2</sup> Enligt Narkotikakommissionens slutrapport (2000:126) finns det fyra områden som har betydelse för missbruksutvecklingen i samhället. ”Det är de samhällsförhållanden som t.ex. kan mätas i grad av sysselsättning och välfärd. Det är den rådande samhällskulturen som bl.a. omfattar attityder och värderingar. Det är tillgängligheten på droger i samhället och det är slutligen de insatser som görs för att begränsa efterfrågan i form av förebyggande arbete och vård och behandling av missbrukare”.



uppfinns och introduceras är det varje enskilt land som bestämmer om de ska narkotikaklassas. Ett rusmedels lagliga status har en stor betydelse för om det ska få stor utbredning (som alkohol) eller mycket begränsad spridning (som heroin). Under perioden 1938–1943 sågs amfetamin som en medicin bland andra och hade mycket stor spridning, för människor som kortsiktigt ville öka sin uthållighet, som ville gå ner i vikt eller som sökte hjälp för depression. När preparatet införlivades under narkotikalagstiftningen i Sverige och försäljningen detaljreglerades minskade förbrukningen mycket snabbt.

Men det är inte bara lagar som spelar in. Även de normer som gäller i ett samhälle och i en viss grupp är betydelsefulla. Det finns en mängd produkter runt omkring oss som kan användas för att påverka vår sinnesstämning. Majoriteten av dessa är inte narkotikaklassade och förbjudna, utan består av svampar, örter och lätt-tillgängliga kemiska preparat. Redan vikingarna visste att bolmört och flugsvamp framkallade berusning, muskot som finns i varje livsmedelsbutik är en krydda som i stora doser ger hallucinogena effekter. Kontaktlim, bensin och nagellack kan sniffas och ge berusning. Men den genomsnittliga alkoholkonsumenten tar inte till thinner för att berusa sig i slutet av månaden, när pengarna inte räcker till öl, vin eller sprit. Att sniffa thinner är inte förbjudet, men det är ansett som fysiskt mycket skadligt och dessutom moraliskt förkastligt. Den som satte fram en flaska thinner på en fest för vuxna skulle bli betraktad som en dåre eller en provokatör. Det finns starka normer i samhället mot att använda sig av vissa berusningsmedel. Det är dessa normer som utgör vaccinationen mot t.ex. sniffning av lösningsmedel, och inte kontrollagstiftningen (Svensson m.fl. 1998).

Under de senaste femtio åren har rusmedelsbruket ökat bland ungdom över hela världen. De viktigaste faktorerna är urbaniseringen och sekulariseringen i samhället, hävdar den norske sociologen och ungdomsforskaren Willy Pedersen. Kontrollen av ungdomars uppförande från familjen, kyrkan och grannskapet har minskat. De unga har mindre respekt för auktoriteter. De har skjutit upp familjebildningen, och de har mer pengar. Det ger utrymme för att ägna mer tid åt nöjesliv och umgänge i miljöer där rusmedel förekommer (Pedersen 1998).

På gruppnivå är skillnaderna i normsystem stora mellan exempelvis grupper som består av medlemmar i rusmedelsfientliga religiösa samfund och ungdomsgång som lever i marginalen i våra storstäder. Men normer är inte oföränderliga, utan de modifieras och

förändras i takt med förändringar i samhället. Under vissa perioder i vår historia har det varit mer accepterat i samhället i stort att använda sig av rusmedel, medan det i andra perioder varit mindre legitimt. Dessa skillnader kan relateras till skillnader i **tidsanda**, ett begrepp som definieras i Nationalencyklopedins ordbok som ”förhärskande, typiska stämningar och åsikter under viss tidsperiod”.

### 7.2.2 Efterfrågan påverkas av tidsandan

Tidsandan påverkar hur människor förhåller sig till rusmedel, eftersom den innefattar ideal, föreställningar och normer som präglar en viss epok. Tidsandan är en företeelse på makronivå. Under vissa tidsperioder innehåller tidsandan en övervikt av *puritanska* ideal som förespråkar sparsamhet, självdisciplin, återhållsamhet med droger och en sträng sexualmoral. Men efter dessa puritanska epoker kommer förr eller senare perioder då skötsamhetens ideal förkastas och ersätts av *hedonistiska* epoker med en betoning av fest, njutning, rusmedelsanvändning och en frigjord sexualitet.

Även om det i Sverige finns en långsiktig ökning av rusmedelskonsumtionen i alla åldersgrupper under de senaste hundra åren går det också att upptäcka periodvisa svängningar. I grova drag går det att skönja en utveckling av rusmedelsförbrukningen, där hög förbrukning till synes oförklarligt övergår i en minskad förbrukning. Detta kan ses som en dialektisk process där *tesen* hedonism avlöses av sin *antites* puritanism, som sedan övergår i ett slags *syntes*, ett normaltillstånd. Därefter startar processen på nytt med en ny omgång hedonism. I nedanstående tabell ges genom historiska exempel en antydning om utvecklingens dialektiska karaktär. Tabellen ska ses som en skiss som bygger på hypoteser som behöver konfirmeras av empirisk forskning. I beskrivningen av tidsperioder och decennier har dessa kategoriserats med ett nyckelbegrepp som knyter an till centrala mediabilder av respektive årtionde.

Tabell 1 Tidsandan under olika perioder

Tidsperiod/decennium	Kännetecken
Det glada tjugotalet	Hög rusmedelskonsumtion, uppsving för nöjeslivet, bohemer framträder som en attraktiv gestalt, åtminstone i storstäderna
Det puritanska trettioalet	Frisksportare, hälsokostare organiserar sig. Kroppsdyrkan, sundhetsideal som når ut över hela landet
Det krigsdrabbade fyrtioalet	Krigsåren med omfattande samhällskontroll och ransoneringar innebär en parantes, även om denna tidsperiod i länder som deltog i kriget på sina ställen präglades av en närmast desperat hedonism
Det materialistiska femtioalet	Representerar normaltillståndet, ett årtionde som domineras av tillväxt och standardökning över hela västvärlden. Ökad alkoholkonsumtion när motboken avskaffas 1955, men fortfarande låga konsumtionsnivåer.
Det flummiga sextioalet	Hedonismens återkomst med ungdomsrevolt, flower power-kultur och narkotikans intåg i stor skala. Perioden började i mitten av 1960-talet och sträckte sig några år in på 1970-talet.
Det sunda sjuttioalet (åtminstone de sista fem åren)	Sundhetsidealen återvänder, experimenterandet med narkotika minskar kraftigt, jogging och styrketräning vinner terräng
Det skötsamma åttioalet	Ett profillöst årtionde, ett mellanläge och normaltillstånd där materialism är viktigare än hedonism. En kroppsfokusering börjar utvecklas.
Det artificiella nittioalet	Nya former av hedonism, designade droger, kroppsdyrkan där manipulation av kroppen accepteras, en pubkultur etableras i Sverige. Rave importeras liksom nya syntetiska droger. Heroinet sprids i nya kommuner. EU-inträdet medför ökad alkoholimport, lägre priser på Systembolaget och ökad alkoholkonsumtion.
Det obestämda tvåtusentalet	Experimenterandet med narkotika har åter minskat, men alkoholkonsumtionen stiger. Normaltillstånd snarare än en tydlig svängning mot puritanism

Naturligtvis finns ingen automatik som säger att tidsandan ska följa decennierna, men under de senaste hundra åren har indelningen ganska väl följt dessa. Som alltid när det gäller tidsanda och modeströmningar av olika slag är det bara delar av befolkningen som följer förändringarna fullt ut, men de allra flesta påverkas ändå i viss mån, exempelvis genom att öka eller minska sin rusmedelsanvändning.

Hur kan dessa svängningar förklaras? En enkel förklaring är att varje extremism skapar utrymme för en motrörelse (Lalander, Svensson 2004). Nya ungdomsgrupper vill profilera sig i förhållande till föregående generation. I verkligheten är förändringarna mellan

tidsepokerna gradvisa, snarare än dramatiska och påverkar olika ungdomsgrupper i samhället olika mycket. Men även om inte alla ungdomar kopierar de nya idealen är dessa något de måste förhålla sig till.

Striden mellan skiftande ideal kan ses som en balansgång mellan det hedonistiska och det puritanska, mellan fest och utsvävningar å ena sidan och disciplin och skötsamhet å andra sidan (jfr Lalander 1999). Rusmedlen symboliserar uppbrottet från självdisciplin och en alltför rigid kontroll, men livsstilar som präglas av festandet har sitt pris för dem som deltar. Efterhand blir dessa beteendemönster allt mindre attraktiva för nya generationer. På individnivå kan man tänka sig att människor som festat kraftigt efter festen lovar sig att ”från och med nu ska jag leva ett skötsamt liv. Jag skall dricka mindre, äta sund mat och börja träna.” Men då de levit i detta sunda liv ett tag börjar de längta efter utlevelse och fest igen.

Precis som lagstiftningen sätter tidsandan en ram för i vilken utsträckning illegala rusmedel sprids i en befolkning. När nästa hedonistiska epok inträffar kommer förbrukningen av alkohol och narkotika att öka, oavsett om lagstiftningen är oförändrad. På samma sätt har puritanska perioder bidragit till att narkotikamissbruket har hållits nere i Sverige. Förmodligen har denna inverkan varit mer betydelsefull än olika preventionskampanjer, vårdinsatser och åtgärder från tull och polis.

## **7.3 Narkotikamarknaden**

### **7.3.1 Utbudet av droger har varierat**

Under 1960-talet inträffade inte några heroinöverdoser i Sverige. Skälet var enkelt – det fanns inget heroin att köpa i landet. För att en potentiell efterfrågan på ett rusmedel ska kunna sättas i verket krävs att detta är tillgängligt. Tillgången till olika illegala narkotiska preparat har ökat undan för undan sedan mitten av 1960-talet. Men ännu har inte narkotikaanvändningen fått motsvarande utbredning som amfetaminet hade under de tidiga åren av andra världskriget!

I den svenska narkotikahistorien framträder två perioder där narkotikaanvändningen ökade drastiskt – dels perioden 1939–1943 då amfetamin fick en stor spridning bland vuxna i breda folklager. Dels de sista åren av 1960-talet då cannabis, LSD och även amfetamin spreds bland ungdomar och unga vuxna. Dessa båda

narkotikavågor illustrerar några av de faktorer som är betydelsefulla för spridningen av narkotika.

För att förklara sambandet mellan tillgång och efterfrågan introducerar jag Norman Zinbergs tre begrepp ”drug”, ”set” och ”setting” som han använder för att skapa förståelse av narkotikanvändningen (Zinberg 1984). Drogen, ”the drug” har egenskaper i sig som påverkar användningen. Begreppet ”set” står för individen och hans/hennes egenskaper och livssituation. ”Setting” är den sociala omgivning där drogen intas. Alla tre begreppen samverkar för att skapa den individuella upplevelse som narkotikaintaget ger.

Under den första expansiva perioden är det ”the drug” som står i centrum. Amfetamin introducerades i Sverige i slutet av 1930-talet. Inledningsvis fick preparatet en snabb spridning, som astma- medicin men också som uppiggande medicin och bantningsmedel. En bidragande orsak var att ”Benzedrin” såldes på apotek utan recept 1938–1939 och att drogen beskrevs i positiva termer i dagspress och veckopress. Man beräknar att under 1942–1943 tre procent av den vuxna befolkningen, det vill säga omkring 200 000 personer, någon gång hade använt amfetamin. Efter att Medicinalstyrelsen 1943 utfärdat en allvarlig varning och året efter sett till att preparatet narkotikaklassades sjönk förbrukningen drastiskt. Vid denna tidpunkt tycks de som använde amfetamin ha upphört med sitt bruk utan större dramatik och utan att några speciella vårdinsatser behövde sättas in (Goldberg 1968).

Den australiske vetenskapshistorikern Nicholas Rasmussen (2008) har i boken ”Speed” skrivit amfetaminets historia. En av hans huvudpoänger är att drogen har ett mycket brett användningsområden och därmed en mycket stor potentiell marknad. Men amfetamin, precis som alla andra droger som har lanserats som mirakelmediciner, har omfattande skadeverkningar. Ändå fanns det många skäl till amfetaminets stora spridning i Västeuropa från mitten av 1930-talet fram till slutet av 1960-talet.<sup>3</sup>

1. Preparatet hade mycket attraktiva effekter – det ansågs hjälpa mot depressioner, gav eufori, reducerade trötthet och minskade aptiten.
2. Läkemedelsföretagen genomförde en effektiv marknadsföring både till allmänheten genom dagspress och veckopress och till läkare genom fackpress och riktad reklam.

---

<sup>3</sup> Den snabba inbromsning av konsumtionen som skedde i Sverige 1943–44 inträffade långt senare i USA och Storbritannien.

3. Snöbollseffekter genom att användare rekommenderade preparatet till andra användare.
4. Preparatet var legalt, vilket innebar en noggrann produktkontroll och att det var relativt lättillgängligt. Det såldes visserligen endast i särskilda butiker (apotek) men var från början inte receptbelagt.
5. Preparatet hade ett pris som var överkomligt.
6. Skadeverkningarna uppmärksammades inte på ett systematiskt sätt.

Amfetaminanvändningen var under 1940-talet en *individuell handling* som handlade om medicinering och skedde diskret. Amfetamin var inte ett preparat som användes i grupp som en del i en *kollektiv handling*. Inte heller var amfetaminanvändningen en livsstilsmarkör och den var inte kopplad till socialt belastade subkulturer.<sup>4</sup>

I den andra stora narkotikavågen i slutet på 1960-talet är det flera illegala droger som florerar även om i Sverige cannabis dominerar, främst i form av hasch. Bland Zinbergs tre begrepp är det ”the Setting”, den sociala omgivningen, som står i centrum. Att röka hasch är i stor utsträckning en kollektiv handling. Man röker hasch tillsammans med sina vänner eller med människor som man vill bli vän med. Haschrökandet sker under rituella former vilket förstärker upplevelsen och den symboliska betydelsen (Goldberg 1971). Till ritualen kopplas föremål som får karaktären av identitetsskapande markörer, exempelvis haschpipan. Många som förespråkar haschrökning följer ett gemensamt klädmode, från början lanserat av amerikanska hippies. Det rör sig om färgstarka kläder som är inspirerade av österländsk design. Man smyckar sig med halsband och knappar med fredsymboler. Frisyerna är långhåriga för både män och kvinnor. Många män har skägg. Även om hippiemodet även anammats av personer som ställer sig kall-sinniga till att använda narkotika är sannolikheten ganska stor att de som vill markera sin sympati med hippilivsstilen både följer modet och de droger som är förknippade med hippies – cannabis och LSD.

---

<sup>4</sup> Att de amerikanska myndigheternas bild av vilka som var de typiska opiummissbrukarna förändrades var en viktig anledning till att USA införde hårda straff för opiumhantering. När opium användes av kvinnor från medelklass var det inget socialt problem, men när missbruket bland fattiga kinesiska arbetare uppmärksammades skedde en snabb kriminalisering av hanteringen av opium (Davenport-Hines 2002).

Under denna spridningsvåg är narkotikaanvändningen i hög grad förknippad med en hedonistisk livsstil. Slagord som ”make love, not war” och i någon mån ”turn on, tune in, drop out” importerades från USA och blir en del av den svenska ungdomskulturen. Haschrökningen marknadsförs i ungdomskulturen som ett sundare alternativ till alkoholdrickande.

Vid denna tid är Sverige ett etniskt relativt homogent land. Självfallet går det inte att tala om en enda ungdomskultur, men det finns en tidsanda eller *trend* som påverkar stora ungdomsgrupper. Den trenden handlar om ett avståndstagande från den dominerande vuxenkulturen som beskrivs med termer som kommersialism, individualism, statusjakt och puritanism. I många ungdomars beskrivning är föräldragenerationens enda andningshål helgens alkoholberusning. Den alternativa livsstil som förs fram är i stället präglad av närhet till naturen, ointresse för materialistiska symboler och incitament, kollektiv solidaritet mellan människor och en friare syn på sexualitet. Som berusningsmedel för man fram hasch som kommer från växtriket och gör användarna lugna, meditativa och solidariska mot omgivningen, till skillnad från den aggressionsframkallande alkoholen.

Både 1940-talets legala amfetaminvåg och 1960-talets illegala haschvåg sänkte ribban rejält för den enskildes beslut att våga pröva okända preparat. Ju fler som använder ett preparat, desto mindre av normbrott är det att börja använda. Men det faktum att den stora majoriteten av den vuxna befolkningen inte använde amfetamin visar att det även på 1940-talet fanns många människor som var skeptiska till denna typ av psykofarmaka och som därför inte kunde tänka sig att ta en ”medicin” när de behövde hålla sig vakna under pressade situationer, som långa bilresor eller tentamensläsande.

Haschvågen i slutet på 1960-talet hade andra förtecken. Hasch var förbjudet och narkotikaklassat, även om straffsatserna för både smuggling och försäljning var ganska låga och innehav för eget bruk var något som polis ofta såg genom fingrarna på. Samtidigt var medvetenheten liten i ungdomsgruppen om haschets skadliga effekter. Preparatet sågs av många som harmlöst, särskilt i jämförelse med alkoholen som förknippades med våld och otrevliga berusningsupplevelser.

Både när det gäller amfetamin och cannabis blev skadeverkningarna uppenbara efter hand. Medicinhistorikern Rasmussen (2008) framhåller att 1960-talets amerikanska alternativkultur var skeptisk till amfetamin och såg preparatet som en lömsk drog som gjorde människor egoistiska och hänsynslösa. Hippiekulturens förgrunds-

gestalter bidrog genom sin kritiska inställning till att amfetaminen tappade i popularitet inom ungdomsgruppen i USA.

När det gäller cannabis finns det en ständigt pågående debatt mellan olika forskare om preparatets skadeverkningar, men knappast någon forskare skulle i dag hävda att cannabis enbart har positiva effekter. Även i ett land som Nederländerna, där cannabis i praktiken är legaliserat, avstår den stora majoriteten av ungdomar från att använda drogen, vilket bland annat bygger på en bedömning av drogens negativa effekter överväger de positiva eller att andra rusmedel – främst alkohol är att föredra.

Ett aktuellt exempel på sambandet mellan tillgång, efterfrågan och användning är GHB. Preparatet har sedan det introducerades i huvudsak haft en lokal spridning, främst städerna i Norrlands kustland och Västra Götaland. I Skåne har däremot få ungdomar använt GHB (Jfr Richert 2008). För att drogen ska spridas i en viss kommun krävs dels att den är tillgänglig, dels att det finns personer som är intresserade av att introducera drogen bland vänner och bekanta. Journalisten Anders Sundelin (1987) har i boken "När knarket kom till stan" i reportageform beskrivit just hur introduktionen av en ny drog – cannabis – gick till i Borlänge. En avgörande betydelse hade en grupp unga män med kriminell bakgrund som etablerade sig i staden. Genom deras förmedling spreds kunskaper om drogens användning och männen etablerade sig om lokala försäljare. Ett liknande scenario beskriver den engelske forskaren Howard Parker (1988) i en studie av hur heroin introducerades i Liverpools grannstad Wirral. Även här hade etablerandet av ett nätverk av användare i staden en avgörande betydelse för spridningen av heroinmissbruket.

Den engelska forskaren Hilary Klee har gjort ett försök att formulera ett generellt förlopp. Enligt henne följer narkotikaspridningen ett cykliskt mönster där en viss drog introduceras på en ort, sprids till allt fler och röner inledningsvis en stor uppskattning vilket skapar intresse hos nya proselyter. Sedan börjar skadeverkningarna synas, de försiktiga hoppar av och det epidemiska förloppet stannar upp. Men kvar finns en restgrupp som håller fast vid drogen och upprätthåller en drogmarknad. När de negativa effekterna glöms bort och nya ungdomsgrupper kommer till kan epidemin sätta fart igen. Klee kallar denna process "minnesförlost" och "återupptäckande" (Klee 1997:307).



## 7.4 Vården

### 7.4.1 Tillgången på vård förändras över tid

Den svenska narkomanvården började byggas upp på 1970-talet och expanderade mycket snabbt under 1980-talet då rädslan för att HIV-skulle spridas i befolkningen, via de intravenösa narkotikamissbrukarna, ledde till kraftfulla statliga, regionala och kommunala satsningar på missbruksvård. Under dessa decennier satsade man främst på institutionell vård, ofta med långa vårdtider. Behandlingshem som arbetade utifrån det terapeutiska samhällets principer (dvs. hela miljön på institutionen skulle användas terapeutiskt) växte upp på landsbygden i stor utsträckning.

Efter den kraftiga ekonomiska nedgången i början av 1990-talet kom stora nedskärningar av den offentliga sektorn. Dessa drabbade missbruksvården hårt och många av de institutioner som byggts upp under 1980-talet lades ner. Ett paradigmskifte genomfördes inom narkomanvården som innebar att det blev mycket svårare för den enskilde missbrukaren att få vård (Svensson, Kristiansen 2004). Från att socialtjänsten försökte motivera alla aktiva missbrukare till vård, blev det nu missbrukarnas uppgift att försöka övertyga socialtjänsten om att just de skulle få tillgång till de knappa vårdresurserna. Särskilt svårt var det att få tillgång till institutionsvård, eftersom den var dyr och bedömdes som ineffektiv. Å andra sidan skedde en kraftig utbyggnad och metodutveckling inom öppenvården. Den största förändringen har skett för heroinmissbrukare. Längre var det mycket svårt för dessa att få tillgång till underhållsbehandling (Johnson 2005), men undan för undan har hindren minskat och i dagsläget har läkemedelassisterad underhållsbehandling en helt dominerande ställning när det gäller heroinmissbruk. Sannolikt kommer det nu att bli allt svårare att få institutionell, medicinfri vård för heroinmissbrukare. En sådan utveckling har man sett i Danmark (Andersen, Järvinen 2009).

Få forskare ifrågasätter att behandlingsinsatser av olika slag minskar brottsligheten.<sup>5</sup> Likaså är det rimligt att anta att spridningen av narkotika minskar när fler personer är i behandling. Personer med aktivt narkotikamissbruk har en framträdande roll när det gäller försäljning av narkotika, främst på gatuplanet (Bretteville Jensen

---

<sup>5</sup> Treatment works and is cost-effective: for every £1 spent on treatment, at least £9:50 is saved in crime and health costs. Treatment breaks the links between drug misuse and crime. Denna slutsats framför den statliga engelska narkotikakampanjen "Tackling drugs changing lives" <http://drugs.homeoffice.gov.uk/treatment/strategy/>

2002). När dessa personer kommer in i exempelvis underhållsbehandling behöver de inte längre dra in tusentals kronor om dagen för sitt missbruk. Därmed minskar deras brottslighet avsevärt även om den inte upphör helt.

Tyvärr saknas än så länge beräkningar på samhällsnivå över effekterna för brottsligheten vare sig efter de stora nedskärningarna av missbruksvården under 1990-talet (då brottsligheten rimligtvis steg) eller efter utbyggnaden av underhållsbehandling för opiatmissbrukare under 2000-talet (vilket borde innebära en minskad brottslighet).

## 7.5 Efterfrågan på droger

### 7.5.1 Efterfrågan varierar mellan olika ungdomsgrupper

I varje svensk kommun finns det ungdomar som har särskilt hög risk att hamna i ett narkotikamissbruk. Det är ungdomar som tidigt börjar med normöverträdelser av olika slag. De skolkar i skolan, börjar tidigt röka, har en tidig sexuell debut, startar kriminella karriärer redan i de lägre tonåren. Ofta har de en tung social belastning med föräldrar som själva haft bekymmer med rusmedel, har dålig psykisk hälsa och lever under fattiga förhållanden. De båda svenska forskarna Leif Lenke och Börje Olsson (2002) hävdar exempelvis att det svenska amfetaminmissbruket främst har berört en grupp ungdomar som var mer eller mindre predestinerade för kriminalitet och tungt missbruk, tidigare i form av alkoholmissbruk. Introduktionen av amfetamin på 1960-talet innebar inte att fler ungdomar blev kriminella. I stället var det som hände att personer som hade en tidig debut av sociala problem, avvikande beteende och hög alkoholkonsumtion gick över till att också använda amfetamin, vilket innebar att de fick ännu fler problem än tidigare.

Men förutom ungdomarna med tidiga beteendestörningar finns en grupp ungdomar som står och väger – i drogpositiva tider kommer de att använda narkotika. I puritanska epoker låter de bli och nöjer sig med högkonsumtion av alkohol.

Även ekonomiska faktorer påverkar ungdomars intresse för att börja använda narkotika. I tider av hög ungdomsarbetslöshet ökar narkotikamissbruket (Lenke, Olsson a.a.). Om vägarna upplevs som stängda till arbetsmarknaden blir det mer attraktivt för några

unga människor att söka sig till illegala försörjningssätt och man har mer tid att ägna sig åt rusmedelsanvändning. I våra segregerade storstäder finns risken att unga män väljer att söka sig till kriminella nätverk om de upplever sig som chanslösa på den ordinarie arbetsmarknaden eller om de gör bedömningen att livet som ung kriminell ger avsevärda fördelar, när det gäller materiell status och livsinnehåll (jfr Lalander 2001).

### **7.5.2 Narkotikamissbrukets omfattning har förändrats under de senaste decennierna**

Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning, (UNO) genomförde 1979 en så kallade case-finding undersökning för att fastställa antalet tunga narkotikamissbrukare i Sverige. Undersökningar med liknande metodik genomfördes dessutom 1992 och 1998 av CAN. Som grund för bedömningen av det tunga missbruket låg en definition ”dagligt eller så gott som dagligt missbruk av narkotika och allt injektionsmissbruk, oavsett frekvens”. Med denna definition inkluderas också frekvent användning av cannabis som ett tungt missbruk, men eftersom de flesta cannabisanvändare inte är kända hos myndigheter fångas de inte upp i case findingundersökningarna, vilket är en svaghet för denna typ av undersökningar.

Metodiken innebär att alla myndigheter som har kontakt med personer med narkotikamissbruk fyller i enkäter med uppgifter om dessa. Blanketterna sammanställs, dubletter sorteras bort, en uppräknings där man tar hänsyn till mörkertalet (det vill säga personer som inte är kända av myndigheter) och en samlad beskrivning av gruppen görs. Beskrivningens relevans bygger på vilken precision de enskilda enkäterna har. Det har med åren blivit ovanligare att uppgiftslämnarna kan ange dominerande medel. Exempelvis finns i 1998-års undersökning i 20 procent av blanketterna över tungt missbruk ingen uppgift om dominerande preparat. Sannolikt beror detta, enligt forskargruppen, på ett ökat blandmissbruk samt en försämrad kunskap om missbrukarna hos dem som arbetar med frågorna på de rapporterade myndigheterna (Olsson et al. 2001).

Med tanke på att UNO 79 förmodligen var bättre på att fånga in cannabismissbruket än senare undersökningar skulle ökningen av det verkligt tunga missbruket från 1979 till 1992 och sedan till 1998 vara ännu större än vad som brukar redovisas i siffrorna. Undersökningarna presenterar antalet missbrukare inom ett intervall men

jag har valt att utgå från ett värde mitt i intervallet, den så kallade punktskattningen (a.a.).

1979 – punktskattning 15 000 varav cannabis dominerar i 33 %, centralstimulantia (cs) i 47 %, opiater 15 %

1992 – punktskattning 19 000 varav cannabis dominerar i 17 %, cs i 48 %, opiater 26 %

1998 – punktskattning 26 000 varav cannabis dominerar i 8 %, cs i 32 %, opiater 28 %

Dessa siffror pekar på en liten ökning av missbruket av heroin och amfetamin under de 13 åren mellan 1979–1992, men en rejäl ökning under de sex åren mellan 1992 och 1998. Den blir ännu tydligare om man tar bort cannabissmissbruket, vilket ger följande totalsiffror

1979 – 10 050, varav dominerande CS missbruk för 7 050, opiater 2 250 personer

1992 – 15 770, varav dominerande CS missbruk för 7 570, opiater 4 940 personer

1998 – 23 920, varav dominerande CS missbruk för 8 320, opiater 7 280 personer

För varje undersökning ökar andelen personer för vilka dominerande preparat inte kan anges av uppgiftslämnarna.

Efter 1998 har inte några case-finding undersökningar genomförts. I stället har Socialstyrelsen utvecklat en modell att uppskatta det ”problematiska narkotikamissbruket” utifrån sjukhusinläggningar. Utgångspunkten är den rapportering av diagnoser i samband med utskrivningar som svenska sjukhus är skyldig att göra till Statistiska centralbyrån och Socialstyrelsen. Enligt professor Börje Olsson, som varit ansvarig för de tre svenska case-finding undersökningarna är Socialstyrelsens beräkningsmetod godtagbar (Olsson 2005).

Socialstyrelsen gjorde en skattning 2004 och kom till slutsatsen att missbruket efter några års uppgång nu åter var nere på 1998 års nivå. En ny uppskattning genomfördes under hösten 2009 för Missbruksutredningens räkning. Det totala antalet problematiska missbrukare uppskattades då till 29 500 personer. Denna siffra kommer jag att använda när jag längre fram i texten gör ett försök att uppskatta den framtida missbruksutvecklingen i Sverige.

I 1998 års undersökning är medelåldern 35 år både för män och för kvinnor. Den var 27 år 1979 och 32 år 1992. Kvinnornas andel i gruppen är 23 procent, vilket är nästan exakt lika som vid de båda andra undersökningstillfällena. Orsaken till att medelåldern stiger är främst att en stor del av personer med narkotikamissbruk fortsätter med sitt missbruk (Olsson et al 2001).

Traditionellt har i Sverige amfetaminmissbruket varit förknippat med injicering. Intagningsätten är relaterade till vilket eller vilka medel som använts. 66 procent av dem som missbrukat CS har rapporterats ha injicerat preparatet, 3 procent har rökt, 6 procent har sniffat och 18 procent har ätit CS. Som jämförelse kan noteras att 60 procent av opiatmissbrukarna uppges ha injicerat, 33 procent har rökt, 2 procent har sniffat och 5 procent har ätit opiater. (Byqvist 2007).

Med utgångspunkt från Socialstyrelsens beräkningar kan antalet problematiska amfetaminanvändare beräknas till minst tio tusen personer. Medelåldern är förmodligen över trettio år. Utifrån en översiktlig bedömning av det problematiska svenska narkotikamissbruket gör jag bedömningen att amfetamin dominerar i åldrarna över 30 år, men heroin är den mest frekventa problematiska drogen för personer under 30 år. Denna fördelning stöds av den forskning som genomförts med hjälp av kriminalvårdens ASI-intervjuer (Håkansson 2009).

Under de fem år då Mobilisering mot narkotika var verksam (2002–2007) minskade testandet av narkotika enligt CAN:s skolungsundersökningar, trots fortsatt stor tillgång på narkotika (Fries 2007). Det finns dock en viss anledning att vara skeptisk till de siffror som presenteras över narkotikafrekvensen när det gäller skolungsundersökningar. Ungdomar som använder narkotika är diskreta och försöker i allmänhet dölja sin narkotikaanvändning. De har ingen anledning att erkänna i en enkät att de använder illegala droger.

De ansvariga bakom CAN-undersökningarna brukar hävda att ungdomars tendens att svara osant förmodligen är lika stor varje år vilket innebär att undersökningarna ändå med god precision kan visa på tendenser. Det är ett rimligt antagande, även om det kan finnas skillnader i benägenheten att dölja sitt missbruk som hänger samman med hur ungdomar bedömer riskerna för repressalier under olika tidsepoker. Förmodligen var ungdomar mer öppenhjärtiga i början av 1970-talet när undersökningarna inleddes och frekvensen testande ungdomar nådde nivåer som sedan aldrig har överträffats. Då var normbrottet att ha använt narkotika inte så stort.

### 7.5.3 En jämförelse med Danmark, Finland och Norge

Mellan Sverige och våra tre nordiska grannländer finns det stora likheter i välfärdspolitik och också hur tidsandan framträder. På kontrollsidan har Sverige, Norge och Finland hårda straff för narkotikabrott. Danmark ligger lägre. De senaste årens stora europeiska ungdomsarbetslöshet har drabbat Sverige hårdare än Danmark och Norge, och dessa båda länder har numera ett stort antal unga svenska "gästarbetare", som främst arbetar inom den lågavlönade servicesektorn.

När det gäller narkotikapolitiken är skillnaderna störst mellan Sverige och Danmark. I Danmark har skadereducerande inslag inom narkotikaområdet traditionellt en stark ställning. Det är lättare att få underhållsbehandling för heroinmissbrukare och olika former av lågtröskelalternativ – daginstitutioner, härbärgen och institutioner där ett visst missbruk accepteras – är mer utbredda än i Sverige (Sjölander, Svensson 2008). I Danmark finns en vårdgaranti som ger personer med ett rusmedelsmissbruk rätt att inom två veckor från ansökan få behandling.

Också i Norge och Finland har skadereducerande inslag en starkare ställning än i Sverige. Det rör sig om exempelvis underhållsbehandling och sprutbytesprogram. Tillgång till behandling är god i Norge, även om det finns regionala skillnader mellan större städer och landsbygd, med sämre tillgång i glesbygd. Finlands specialiserade narkomanvård är mindre utbyggd än i Sverige, men det avspeglar framför allt att narkotikaproblemen traditionellt har bedömts som mindre omfattande. I Finland betonas att det stora rusmedelsproblemet utgörs av alkohol och narkomanvården är oftast integrerad med alkoholvård.

Sverige har cirka 9,3 miljoner invånare, Danmark 5,5 milj, Norge 4,7 milj, Finland 5,3 milj (Wikipedia 2009). Enligt EMCDDA:s senaste sammanställning (EMCDDA 2009) är antalet problematiska narkotikamissbrukare följande i respektive land:

Danmark	26 979
Finland	16 600
Sverige	25 745
Norge (skattat)	14 500

För Norge saknas siffror över totalantalet, men i landets nationella rapport anges 8 500–12 500 injektionsmissbrukare (EMCDDA 2008). Jag räknar upp siffran med 3 000 som utgörs av en skattning av personer som är problematiska missbrukare, men inte injicerar. I den danska siffran ingår cannabissmissbrukare, vilket innebär att antalet är överskattat i förhållande till övriga länder. Även i den svenska estimeringen ingår cannabissmissbruk, men eftersom beräkningen utgår från sjukhusvistelser och få cannabissmissbrukare blir inlagda, är sannolikt cannabissmissbruket underskattat. I den finska och norska ingår inte primärt cannabissmissbruk. Det är anmärkningsvärt att inte ens de nordiska länderna använder sig av enhetliga definitioner, vilket försvårar jämförelser.

När andelen problematiska narkotikamissbrukare ställs i relation till invånarantalet ligger Danmark högst – 4,8 promille av befolkningen. Finland har 3,1 promille, Norge 3,1 promille och Sverige 2,8 promille. Med reservation för osäkerheten i siffrorna kan det följaktligen konstateras att Norge, Finland och Sverige ligger på ungefär samma nivå, Danmark en bit över, vilket delvis kan förklaras med att cannabissmissbrukare inkluderas.<sup>6</sup>

Alla fyra länderna är välfärdsstater som lägger avsevärda resurser på kontroll, missbruksvård och prevention. De små skillnaderna avseende det problematiska narkotikamissbruket indikerar att nyanser i narkotikapolitiken inte har så stor betydelse när det gäller att bestämma nivån på narkotikamissbruket.

Även när det gäller narkotikaanvändning bland skolungdom (15–16 år) är likheterna stora mellan Sverige, Norge och Finland, medan Danmark ligger på en högre nivå.<sup>7</sup> Siffror över tobaksrökning tas också med, eftersom de ger en indikation om hälsotrender i ungdomsgruppen (Hibell et al. 2009).

---

<sup>6</sup> I Danmarks redovisning till EMCDDA anges att 7 300 av 27 000 rapporterade problematiska narkotikaanvändare har ett cannabissmissbruk. Om dessa räknas bort hamnar Danmark på 3,5 promille. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/dk>

<sup>7</sup> Det finns en notering i rapporten om bristande jämförbarhet med de danska siffrorna. Orsaken är att 58 % av de utvalda danska skolorna vägrade att delta (Hibell et al. 2009).

Tabell 2 Narkotikaanvändning i Skandinavien

Land	Livsstidsprevalens cannabis	Livsstidsprevalens annan narkotika	Tobaksrökning senaste månaden
Sverige	7	4	21
Danmark	19	7	32
Finland	8	3	30
Norge	6	3	19

Enligt ESPAD-undersökningen har i genomsnitt 23 procent av pojkarna och 17 procent av flickorna någon gång använt narkotika i de 35 europeiska länder som ingår i undersökningen (ESPAD 2009). Högst är prevalensen i Tjeckien, Slovakien, Schweiz och Frankrike. Den ökning av missbruket som man har kunnat skönja 1995–2003 tycks ha stannat upp. Inte i något land ökade exempelvis cannabis mellan 2003 och 2007 (a.a.).

ESPAD har också börjat genomföra enkäter bland 17-åringar över rusmedelsanvändning, men endast sex länder medverkade i senaste studien. Högst livstidsprevalens av illegal droganvändning hade Frankrike, 58 procent. Sedan kom Italien 43 procent, Slovakien 39 procent, Polen 37 procent, Grekland 16 procent och Sverige 15 procent. Den drog som de flesta använt var cannabis. Pojkar låg högre än flickor. Å andra sidan låg Sverige högst när det gällde erfarenhet av att vara alkoholberusad, också här låg pojkar högre än flickor (Andersson et al 2007). Enligt Leif Lenke och Börje Olsson visar mönstringsundersökningarna ett tydligt samband mellan berusningsdrickande och experimenterande med narkotika (Lenke, Olsson, 2002).

Med tanke på att många svenska ungdomar arbetar eller studerar utomlands kan man räkna med att de påverkas av den narkotikakultur som de möter. Ju längre de vistas utomlands desto mer sannolikt är det att de "tar seden dit de kommer" och anpassar sig till de drogvanor som gäller i det land där de vistas (Svensson, Svensson 2005).

Sammanfattningsvis kan sägas att Sverige fortfarande har en gynnsam situation när det gäller ungdomars narkotikaanvändning, men det finns faktorer som indikerar att förändringar kan vara på gång, exempelvis en hög frekvens av berusningsdrickande och ett ökat internationellt utbyte som innebär en påverkan från mer narkotikatoleranta miljöer.



## 7.6 Drogssituationen i dag

### 7.6.1 Narkotikatillgången i Sverige

CAN, som har som uppdrag att undersöka den svenska drogutvecklingen, genomför två gånger om året en enkät där man låter lokala rapportörer inom polis, socialtjänst, sjukvård m.fl. bedöma tillgången på narkotika runt om i landet. Vid samma tillfälle samlar man också in uppgifter om prisutvecklingen, men då är det bara polisen som lämnar uppgifter. I ekonomisk teori brukar man tala om ett samband mellan tillgång och pris. Om priset är högt är det en indikation på att efterfrågan överstiger tillgången. Om priset sjunker är det ett tecken på ökad tillgång (eller minskad efterfrågan). I en rapport från 2008 redovisar CAN prisutvecklingen mellan 1988 och 2007 (CRD 2008).

För hasch, amfetamin, kokain och heroin är priserna på gatunivå relativt låga under 2000-talet jämförda med slutet av 1980-talet. Hasch kostade cirka 80 kronor per gram 2007, vilket är en halvering jämfört med 1988 räknat i 2007 års penningvärde. Dessutom fördubblades polisens och tullens beslag under denna period (både i antal och vikt) vilket talar för att tillgängligheten på hasch har ökat i Sverige.

För amfetamin har priserna sjunkit ännu mer (cirka 70 procent mellan 1988 och 2007) medan beslagen tredubblats jämfört med utgångsåret. År 2007 rapporterades ett gram amfetamin kosta cirka 225 kronor. Även för kokain och heroin visar CAN:s siffror på en ökning av tillgängligheten sedan 1988. År 2007 rapporterades ett gram kokain kosta runt 800 kronor, vilket är en 40-procentig nedgång sedan 1988. Däremot är beslagen mångdubbelt fler i slutet än i början av mätperioden, men fortfarande är drogen betydligt mindre vanlig än exempelvis hasch eller amfetamin. En kraftig ökning av antal beslag av kokain kan konstateras under 2006 jämfört med tidigare år, och den högre nivån bestod under 2007, men priset har inte gått ner (CAN 2008).

Priserna på brutt heroin har fallit med nästan 65 procent under perioden och 2007 rapporterades ett gram kosta runt 1 000 kronor. Vitt heroin kostar i genomsnitt 1 400 kronor. Fram till år 2000 ökade heroinbeslagen men sedan 2001 är beslagstrenden vikande, även om beslagsnivåerna fortfarande är betydligt högre än 1988. Sammantaget tyder detta på att tillgängligheten av heroin inte

förändrats nämnvärt under 2000-talet, vilket också gäller prisnivån.<sup>8</sup>

En samlad bedömning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning i dagsläget ger följaktligen en indikation om att tidigare års ökning har avlösts av en stabil situation. Det sker inga dramatiska förändringar för tillfället. De larmsignaler om exempelvis ett ökat missbruk av metamfetamin, som bland annat Tullverket har framfört, tycks främst handla om att ”vanligt” amfetamin ersätts av metamfetamin på gatunivå från och till (Svensson 2009). Ofta är det amfetamin som säljs en blandning av amfetamin och metamfetamin. I länder som USA, Australien och Nya Zeeland har introducerandet av metamfetamin inneburit en ökad spridning av centralstimulantia, i och med att det går att röka metamfetamin, vilket upplevs som mindre farligt än att injicera (Pates, Riley, 2009). Ännu har vi inte kunnat se någon motsvarande förändring av intagningsätt i Sverige, men med tanke på att internationella användningsmönster sprids i en globaliserad värld är det sannolikt att rökning av metamfetamin kommer till Sverige också med en ökning av amfetaminanvändningen som följd.

Det finns tecken som tyder på att injicerandet minskar. I exempelvis sprutbytesprogrammet i Malmö minskar besöksantalet sedan några år tillbaka, liksom tillskottet av debutanter, vilket innebär att medelåldern hos spruthämtarna stiger undan för undan (Andersson 2009). En trolig orsak till minskningen är att fler heroinmissbrukare har kommit in i underhållsbehandling. Även om förmodligen en hel del sprutor smugglas in från Danmark är det sannolikt att injektionsmissbruket i sydvästra Skåne minskar, möjligen som ett resultat av en ökad rädsla från missbrukarnas sida för att bli smittade av hepatit och hiv.

När det gäller cannabis gör CAN:s rapportörer bedömningen att missbruket ökar (CAN 2009). Tyvärr saknar vi effektiva metoder för att bedöma cannabisanvändningen och cannabismissbruket i Sverige. Det fångas vare sig genom traditionella case-finding metoder eller genom Socialstyrelsens metod att räkna narkotikamissbrukare utifrån diagnoser vid sjukhusinläggningar. Under sommaren 2009 rapporterade polisen om en kraftig ökning av den hemmaodlade cannabisen. Man gjorde bedömningen att den svenska odlingen numera överstiger importen. Om importerad

---

<sup>8</sup> I CAN-rapport 121 redovisas gatupriserna för 2009. Prisskillnaderna per gram är små i förhållande till 2007. Amfetamin kostar 250 kr, hasch 82 kr, marijuana 100 kr, kokain 800 kr, brutt heroin 1100 kr och vitt heroin 2000 kr (Guttormsen 2010).

cannabis ligger på ungefär samma nivå som tidigare innebär den ökade hemmaodlingen ett ökat utbud av cannabis.

En rapport från polisens Nationella cannabisprojekt uppmärksammar en grupp som inte finns med i polisens eller socialtjänstens prioriteringar. Det är äldre och medelålders cannabissmissbrukare som man bedömer utgöra en mycket stor del av cannabismarknaden. En välkänd ”gammal missbrukare” kan för ungdomar få rollen av försäljningskanal (Rikskriminalpolisen 2007). Med andra ord finns det, precis som när det gäller amfetaminmissbruk och heroinmissbruk, äldre missbrukare som sitter kvar i ett mångårigt missbruk och inte nås av samhällets behandlingsutbud.

## 7.7 Narkotikapolitik

### 7.7.1 Är den svenska narkotikapolitiken framgångsrik?

Det finns en stark övertygelse bland politiker, intresseorganisationer och myndigheter att den svenska narkotikapolitiken har varit framgångsrik och att den har bidragit till att vi har, jämförelsevis låga siffror när det gäller det problematiska narkotikamissbruket. Essensen i politiken kan sägas vara målformuleringen ”ett narkotikafritt Sverige”, vilket ska uppnås genom effektiva insatser av tull och polis, höga straff för narkotikabrott, kriminalisering av det egna missbruket samt kraftfulla satsningar på prevention och vård.

I Narkotikakommissionens slutrapport ”Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen” beskrevs narkotikapolitiken som framgångsrik under en följd av år (SOU 2000:126). Men kommissionen ansåg att den hade försämrats efter de kraftiga nedskärningarna av den offentliga sektorn på 1990-talet. Problemet var bland annat att den tidigare framgångsrika balansen mellan politikens tre ben – prevention, kontroll och vård hade rubbats. Nedskärningarna hade nämligen främst drabbat vård och prevention, medan kontrollen hade fått behålla mer av sina resurser. Dessutom var de myndigheter som arbetade med kontroll eniga när det gällde ”syfte, mål och medel”, vilket underlättade arbetet. En motsvarande enighet saknades inom områdena vård och prevention.

Kommissionen menade att Sverige stod inför ett ”vägval”. Antingen skulle man tillföra nya resurser till vård och prevention och fortsätta den tidigare narkotikapolitiken. Eller annars skulle

man, liksom i många andra europeiska länder, resignera, satsa på insatser för att reducera missbrukets skadeverkningar för personer med missbruk och ge upp målet om ett narkotikafritt samhälle. Kommissionens eget förslag var att man även i fortsättningen skulle ha en hög ambitionsnivå.

Ett resultat blev upprättandet 2002 av en fristående statlig kommitté – Mobilisering mot Narkotika – som skulle försöka åstadkomma en bättre samordning mellan myndigheter och på det sättet, med ganska lite av resurstillskott, kunna återupprätta den gamla, ambitiösa narkotikapolitiken. MOB gjorde 2002-2007 stora ansträngningar för att få till stånd en bättre samverkan mellan kriminalvård och socialtjänst och mellan olika aktörer på lokal nivå, för att förbättra preventionen och för att utvidga kunskapsunderlaget för narkomanvården genom utökad forskning (Fries 2007). Under några år fick narkotikafrågan en större plats i media än tidigare och ett ökat engagemang på lokal nivå uppnåddes. En utbyggnad skedde av underhållsbehandlingen, vilket bland annat har inneburit färre narkotikadödsfall och nya initiativ prövades när det gällde preventiva insatser (a.a.).

Innebar MOB-satsningen den återgång till en mer ambitiös narkotikapolitik som Narkotikakommissionen hoppades på? Möjligen skedde detta tillfälligt men MOB lades ner i slutet av 2007, strax innan den ekonomiska krisen slog till med stor kraft och det finns en risk för att beroendevården och socialtjänstens insatser för personer med missbruk skärs ner när kommuner och landsting tvingas till stora besparingar. Det innebär att det blir närmast omöjligt att bedöma om MOB-satsningen var framgångsrik, eftersom den samhällsekonomiska situationen medfört förändrade förutsättningar för narkotikapolitiken. Narkotikakommissionen konstaterade att den ekonomiska krisen under 1990-talet medförde så stora nedskärningar av missbruksvården och narkotikapreventionen att den ambitiösa svenska narkotikapolitiken åsidosattes. Risken är som sagt påtaglig att samma sak sker nu, med andra ord att vi återigen står i den valsituation som kommissionen beskrev:

Svensk narkotikapolitik står inför ett avgörande vägval. Den ena vägen kräver betydande tillskott av resurser i form av engagemang, ledning, kompetens och ekonomi. Den andra vägen innebär sänkta ambitioner och betydande acceptans av narkotikamissbruk.

Med tanke på att den samlade narkotikapolitiken förändras kontinuerligt utifrån politiska och ekonomiska prioriteringar är det

svårt att bedöma dess effekter. I min analys lyfter jag ut en aspekt av narkotikapolitiken – vården av narkotikamissbrukare – och försöker belysa sambandet mellan den och det tunga eller problematiska narkotikamissbrukets omfattning. Min utgångspunkt för att bedöma missbrukets omfattning är de tre UNO-undersökningarna och den skattning av missbruket som gjordes av Socialstyrelsen 2004. Med tanke på att undersökningarna har dålig precision när det gäller att bedöma cannabissmissbruket har jag räknat bort detta.

Under de tretton åren mellan 1979 och 1992 var ökningen av missbruket måttlig, från 10 000 personer med tungt missbruk till 16 000 (se ovan). Under denna period skedde en omfattande utbyggnad av missbruksvården. Sedan inträffade en mycket snabb ökning av missbruket mellan 1992 och 1998 då antalet missbrukare steg till 24 000. Denna ökning sammanföll med kraftiga nedskärningar av missbruksvården. Mot slutet av 1990-talet skedde en metodutveckling och viss ökning av öppenvården, vilket innebar att nedskärningarnas effekter minskade även om missbruksvården totalt fick mindre pengar än i början av årtiondet. Efter Narkotikakommissionens slutrapport och etablerandet av MOB ökade satsningen på missbruksvård något. Ungefär samtidigt avstannade ökningstakten och man beräknar att antalet missbrukare stabiliserades till 24 000.

När det gäller kontrollpolitiken skedde från polisens sida ett skifte i prioriteringar i slutet av 1970-talet. I stället för att tidigare lägga tonvikten på att komma åt de stora langarna har polisen prioriterat att komma åt langningen på gatunivå (Lenke, Olsson 2002). Detta underlättades av att det egna innehavet av narkotika kriminaliserades 1988, med en straffskärpning 1993, som gav polisen rätt att kräva urinprov från en person som uppfattades som drogpåverkad (Käll 2009). Några större förändringar av kontrollpolitiken har inte skett därefter.

Utifrån denna bedömning av vårdinsatser och missbrukets omfattning skulle man kunna dra slutsatsen att vården bidrar till att stoppa upp ökningen av missbruket. Däremot påverkar inte skärpningar i kontrollpolitiken missbruket lika tydligt. Den stora uppgången under 1990-talet skedde trots skärpningar av lagstiftningen. Men den kraftiga ökningen av antalet missbrukare under 1990-talet sammanföll med en tidsanda som jag betecknar som hedonistisk, vilket också var betydelsefullt. Denna hedonistiska epok klingade av i början av 2000-talet. Min bedömning är

att dessa förändringar var väl så viktiga som förändringar i vårdinsatserna.

Thomas Ekbohm, Gunnar Engström och Birgitta Göransson, läroboksförfattare med lång erfarenhet från arbete inom kriminalvården, framhåller att ”ju mer tillåtande ett samhälle är till en drog, och ju mer tillgänglig drogen är, desto fler människor använder drogen och desto fler fastnar i missbruk (Ekbohm et al 2006:319)”. Men den restriktiva politiken har ingen positiv effekt när det gäller dem som redan är inne i ett tungt missbruk. Om de bara straffas, utan behandling, fördjupas i stället deras problem, menar författarna. De tunga missbrukarna är en grupp som utmärks av fattigdom, bostadslöshet, arbetslöshet, sjuklighet och dödlighet. Deras situation har försämrats på senare år på grund av otillräckliga vårdinsatser. Frapperande är att rättsväsendet har fått ta över problemen. ”Häkterna har blivit avgiftningskliniker” (a.a).

### 7.7.2 Några narkotikapolitiska kommentarer från Danmark och Nederländerna

Även i Danmark tar kontrollpolitiken stor plats. Peter Ege, läkare och ledande dansk narkotikaexpert framhåller att kontrollpolitiken tar hand om 80–90 procent av narkotikapolitikens kostnader, medan vård och prevention får dela på resten (Ege 2004). Ändå utvärderas inte kontrollpolitiken, vilket däremot görs av behandling och prevention.

Är det självklart att en repressiv politik minskar nyrekryteringen? Den holländske forskaren Dirk Korf (1995) har analyserat hur den nederländska narkotikapolitiken påverkar tillflödet av nya användare av heroin och cannabis. Typiskt för Nederländerna är främst två saker. 1) Uppdelningen i soft drugs (cannabis) och hard drugs (alla övriga) och tillåtandet av cannabisförsäljning genom coffeshops för att hålla isär marknaden av lätta och tunga droger. 2) En massiv satsning på skadereducerande insatser till heroinmissbrukarna, främst i form av metadonprogram.

För att få perspektiv på den holländska situationen jämför han med grannlandet Tyskland, där cannabismarknaden är kriminaliserad och underhållsbehandlingen inte är lika lättillgänglig. Korf konstaterar att fler använder cannabis i Nederländerna än i Tyskland, men att de flesta har ett experimentellt eller rekreationellt bruk som inte leder till några skador. Få använder cannabis dagligen i

Nederländerna. Nyrekryteringen till heroinmissbruk är större i Tyskland. I Nederländerna är heroinisterna en åldrande population som inte fylls på, medan man ser en hel del unga heroinmissbrukare i Tyskland.

Korfs slutsats blir att uppdelningen i skilda narkotikamarknader och satsningen på underhållsbehandling har varit framgångsrik. Kanske är den viktigaste slutsatsen av Korfs analys att det är svårt att på ett entydigt sätt avläsa resultatet av narkotikapolitiska satsningar.

## 7.8 Förväntningar om framtiden – allmänt

### 7.8.1 Missbrukutvecklingen

Förutom hemmaodling av cannabis tycks den inhemska narkotikaproduktionen vara obetydlig. I den internationella arbetsfördelningen är det andra länder än Sverige som sköter produktionen av syntetiska preparat som amfetamin. Förmodligen har det ett samband med att det är lättare att få tag i precursorer i dessa länder.<sup>9</sup>

Den australiske medicinhistorikern Nicholas Rasmussen (2008) konstaterar i sin analys av amfetamin att det introducerades som ett undermedel men undan för undan visade sig vara ett mycket problematiskt preparat. En av hans poänger är att det inte finns och förmodligen aldrig kommer att finnas medicinska lösningar på mänskliga problem. Varje preparat som har potenta effekter kommer förr eller senare visa sig möjligt att missbruka och bli beroende av.

Den globaliserade värld vi lever i i dag präglas av rörlighet av kapital, varor, idéer och människor. Till Sverige flyttar människor med skiftande erfarenheter och traditioner när det gäller rusmedel. En parallell flyttningsström går från Sverige, bestående av personer som utbildar sig eller arbetar utomlands. Människor som lever i Sverige påverkas av ett ökat inflytande från omvärlden avseende alla former av livsstilsfenomen, inklusive narkotikaanvändning. En tänkbar utveckling i ett allt mer enat Europa är en ökad konvergens mellan länderna, när det gäller konsumtionsmönster. För Sverige där narkotikamissbruket är förhållandevis lågt skulle en ökad anpassning till ett europeiskt medeltal innebära en höjd konsumtionsnivå.

Det finns risk för att den stora ungdomsarbetslösheten fortsätter och att den innebär att vissa ungdomsgrupper hamnar i ett

---

<sup>9</sup> Precursorer är icke narkotikaklassade ämnen som används som utgångspunkter i framställningen av syntetisk narkotika.

permanent utanförskap.<sup>10</sup> Särskilt utsatta är ungdomar med invandrarbakgrund. För ungdomar som gör bedömningen att de är chanslösa på den reguljära arbetsmarknaden kan en karriär som kriminell te sig som den bästa utvägen för att få tillgång till pengar och status (Lalander 2001, 2009).

Ofta introduceras olika livsstilsmarkörer, olika musikgenrer och *moden* (kläder, frisyrier, utsmyckningar som piercing och tatueringar,) i ungdomsgruppen av personer som tillhör "eliten", det vill säga har hög status i en ungdomsgrupp. Sedan sprids det nya modet vidare till elitens "anhängare". Det är de ungdomar som finns i närheten av eliten och ser upp till denna. Vissa *moden* får så stort inflytande att de också slår igenom hos "mainstream", det vill säga breda lager av ungdomar. Vid det laget har eliten valt nya livsstilsmarkörer. Ibland gäller detta spridningsmönster också narkotiska preparat (Narkotikameldingen 1997:83). För att en drog ska slå igenom i stora grupper krävs att den har ett gott rykte. Här har "eliten" sin särskilda betydelse genom sitt stora inflytande över attityder och förhållningssätt.

Men narkotika har sin största spridning bland personer som lever i socialt utsatta situationer (Goldberg 2005). För den som känner sig ensam kan missbrukarlivets socialitet upplevas som attraktivt. En drog som amfetamin har precis som cannabis och alkohol effekten att den underlättar det sociala umgänget (Svensson 2007). Av Lalanders norrköpingsstudie (2001) framgår att även heroinet inledningsvis förde samman människor i en förtrolighet och tät gemenskap.

De ungdomar i de lägre tonåren och uppåt som kastar sten mot polis och brandmän kan ses som markörer av ett exkluderande samhälle. De lever i segregerade förorter med hög arbetslöshet och hög kriminalitet. Ofta är deras skolgång problematisk, präglad av stummiga klasser, hög frånvaro och bristfällig utbildning. Om man ser till utvecklingen i USA och England löper dessa ungdomar en stor risk att hamna i narkotikamiljöer. I de narkomana subkulturerna är mod, fräckhet och stark karaktär (i Lalanders betydelse lika med att de kan hålla tyst inför polis och andra myndighetsrepresentanter) viktiga egenskaper, medan goda skolbetyg är ointressant.

---

<sup>10</sup> 2008 var en femtedel av de svenska ungdomarna yngre än 25 år arbetslösa. Denna höga nivå på ungdomsarbetslösheten slås enbart av ett fåtal andra EU-länder. Vi har en ungdomsarbetslöshet i nivå med Kroatien, Polen, Slovakien och Frankrike. [www.ekonomifakta.se](http://www.ekonomifakta.se)



### 7.8.2 Vården

Min bedömning är att tonvikten på farmakologiska interventioner inom missbruksvården fortsätter med en betoning av läkemedels-assisterad behandling, både avseende opiater och centralstimulantia. När underhållsbehandlingen byggs ut snabbt finns en risk att de kompletterande psykosociala insatserna (som socialtjänsten ska ansvara för) minimeras vilket försämrar resultaten av vården. Det är kombinationen av underhållsmedicinering och psykosociala insatser som har god evidens, inte enbart medicinering.

Hitills har det varit självklart att den patient som inte vill ha underhållsbehandling ska erbjudas annan vård. Medicinfri vård är socialtjänstens ansvar. Med tanke på att läkemedelsassisterad behandling ska bekostas av sjukvården finns det en uppenbar risk att socialtjänsten hänvisar till denna typ av behandling i stället för att erbjuda medicinfria alternativ. I så fall får vi en ny typ av tvång inom missbruksvården – att människor som vill sluta med illegal narkotika i stället tvingas in i vad som ofta är en livslång medicinering av underhållspreparat. Den institutionsdöd som vi såg under 1990-talet, då många behandlingshem som byggde på det terapeutiska samhällets ideal lades ner, ser ut att upprepas nu. Det medför i sin tur minskad valfrihet för patienterna.

Vi kan förvänta diskussioner om underhållsförskrivning av legalt heroin, även i Sverige. Forsningen visar ganska goda resultat av förskrivningen av heroin, när det gäller patienternas hälsotillstånd, kriminalitet och totala livskvalitet. Diskussionerna kan påskyndas av att förskrivning av amfetamin i låga doser blir allt vanligare även för vuxna patienter med en ADHD-diagnos. I längden kan det te sig som ologiskt att ett narkotiskt preparat – amfetamin – kan förskrivas, medan ett annat – heroin – inte blir tillgängligt.

Narkotikamissbruk innebär stora kostnader för samhället och för enskilda. Narkotikakommissionen beräknade kostnaderna till 8 miljarder om året. Det rör sig om kostnader för polis, tull, rättsväsende men också sjukvård och socialtjänst. En viktig orsak till sjukvårdens kostnader är de hälsorisker som ett injektionsmissbruk medför. Rädslan hos narkotikaanvändarna för hiv och hepatit har förmodligen inneburit ett ökat motstånd mot att injicera. Men vårdbehoven för personer som redan är smittade med C-hepatit är stora<sup>11</sup>. Det är hepatit C, snarare än hiv, som kommer

<sup>11</sup> Man beräknar att 70–80 procent av personer med injektionsmissbruk har C-hepatit.

att medföra stora sjukvårdskostnader i framtiden för personer med ett pågående eller tidigare narkotikamissbruk.

En stor del av den tunga missbrukarpopulationen finns inom kriminalvården. Enligt uppgifter från Kriminalvården (2009) är 60 till 70 procent av Kriminalvårdens intagna narkotika-, bland- eller alkoholmissbrukare. Hela 30 procent av de inskrivna i anstalt har narkotikabrott eller varusmuggling som huvudbrott. För missbrukare med kriminell belastning är återfallsfrekvensen i brott högre än för de kriminellt belastade utan missbruksproblem. När det gäller behandling är kriminalvården fortfarande underutvecklad, även om försök görs att öka behandlingsinslagen i verksamheten (ibid.).

### 7.8.3 Brukarmedverkan och prevention

Traditionellt har brukarorganisationer inom missbruksområdet varit svaga. Det är först på senare år som patienter själva har organiserat sig, som i Sveriges Brukarförening (SBF) och Metadonpatientföreningen (MPF). Visserligen har RFHL också haft karaktären av brukarorganisation men professionella från missbruksfältet har haft en framträdande roll i organisationens ledning. Även KRIS (Kriminellas revansch i samhället) är en brukarorganisation, men den organiserar också personer som inte har haft ett narkotikamissbruk.

Brukarorganisationernas inflytande har begränsats av att de har varit oeniga i viktiga policyfrågor. Exempelvis har en organisation som KRIS varit stark motståndare till läkemedelsassisterad behandling, medan SBF och MBF varit varma förespråkare för denna vård. Om i framtiden synen på missbrukare normaliseras och personer med missbruksproblem ses som en patientgrupp bland andra kommer ett ökat brukarinflytande att vara en självklarhet.

Den prevention som är verksam kräver omfattande insatser som riktar sig till ungdomars totalsituation. Punktinsatser, som när en före detta missbrukare kommer till en skola och informerar om narkotika är enligt forskningen verkningslös. Den engelske forskaren Hilary Klee framhåller vikten av hur ett hälsobudskap uppfattas av mottagarna. För att budskapet ska nå fram krävs att dess negativa sida uppfattas som trovärdig och personligt relevant och inte kan avfärdas med att det bara gäller personer som är obegåvade och oerfarna. (Klee 1997).

En narkotikapolitik som bygger på att det är svårt att använda narkotika ger förmodligen resultatet att färre börjar men att hälsosituationen försvåras för dem som håller på. Polisiära insatser för att stoppa öppna drogscener (där narkotika används och säljs) bidrar förmodligen till att färre använder narkotika.

Drogtester förs ofta fram som en metod för att tidigare upptäcka att ungdomar använder narkotika. Exempelvis RNS och FMN framhåller behovet att testa ungdomar redan i grundskolan för att man ska få kännedom om ett missbruk tidigt. Ted Goldberg, professor i socialt arbete i Gävle, tillhör dem som ifrågasätter ett utökat testande (Goldberg 2004). Han menar att problemet inte handlar om att upptäcka narkotikamissbrukare – de ungdomar som använder narkotika är redan kända av myndigheterna – utan att hitta verksamma metoder för att hjälpa ungdomarna. Det är enligt Goldberg bättre att lägga resurserna på hjälpinsatser, för att komma åt de orsaker som ligger bakom att en ungdom missbrukar narkotika, än på repressiva åtgärder, som tvångsmässiga urinprov.

#### 7.8.4 En brittisk narkotikaprogno

Foresight är en tankesmedja som är knuten till den brittiska regeringen. Den gör regelmässigt prognoser om den framtida samhällsutvecklingen. Fyra brittiska narkotikaforskare fick uppdraget att utifrån sociologisk forskning förutse narkotikautvecklingen i Storbritannien de kommande tjugo åren (McKeganey et al. 2005). Gruppen valde att arbeta med fyra olika framtidsscenarier. Utgångspunkten var en beräkning att landet i nuläget har ca 350 000 problematiska narkotikamissbrukare. Prognosen landade i allt ifrån 300 000 till 1 000 000 missbrukare. Forskarna själva valde att i första hand föra fram det mest pessimistiska scenariot med en miljon problematiska missbrukare år 2025<sup>12</sup>. De konstaterar att narkotikamissbruket har haft en våldsam expansion under de senaste femtio åren och att det är mycket osannolikt att den nuvarande problemnivån utgör taket. Vad som krävs för att hålla tillbaka den förväntade ökningen av missbruket är mer resurser i arbetet mot narkotikan.

---

<sup>12</sup> I en ingress till analysen gör "Government", dvs. den brittiska regeringen, en markering att missbruket har minskat sedan 1998 och att prognosen enbart står för forskargruppen. "It should be noted that this paper only looks in detail at the implications of worst case scenarios".

If we are to avoid the point where drug abuse reaches a level that is beyond the capacity of society to cope with it (and we have no way of knowing what that point may be) there will be a need to substantially increase funding in the areas of drug prevention, drug treatment and drug enforcement and to ensure that interventions in each of these areas are maximally effective (ibid: s. 5).

Utifrån en jämförelse mellan storstadsområden med höga andelar narkotikamissbrukare och övriga landet drar forskarna slutsatsen att det finns ett ”förråd” av sårbara personer som ännu inte har börjat använda narkotika. Om exempelvis kvinnor började få lika hög andel missbrukare som män skulle antalet stiga kraftigt. Likaså om missbruket utanför storstäderna steg till storstadsnivåer. En annan anledning till ett ökat antal är att missbruket ökar för varje generation. Bland åldringarna som dör är det få narkotikamissbrukare, medan varje ungdomsgeneration fyller på med nya.

Forskarna tar upp ett antal konsekvenser om man får ett kraftigt ökat narkotikamissbruk i landet.

1. Fler narkotikarelaterade dödsfall.
2. Fler personer med infektionssjukdomar som hiv och hepatit.
3. Fler barn som växer upp i missbruksfamiljer.
4. Mycket stora ekonomiska och sociala kostnader.
5. Ökning av den narkotikarelaterade brottsligheten.
6. Ökad synlighet av personer med narkotikamissbruk i den offentliga miljön. Likaså allt fler människor som har en anhörig med narkotikamissbruk.
7. Den illegala och legala ekonomin växer samman i allt större utsträckning.
8. Ökat politiskt inflytande för personer som är verksamma inom narkotikahandeln.
9. Förändrad narkotikapolitik som en anpassning till de ökade problemen.
10. Förändringar i utrikespolitiken i förhållande till de länder där narkotika produceras.

Forskargruppen förutser också förändringar i den brittiska befolkningens attityder till personer med narkotikamissbruk. Dessa

förändringar kan gå åt två håll – antingen i form av större förståelse för personer med missbruk – eller så får man större motsättningar mellan narkotikamissbrukare och den övriga allmänheten (ibid).

## 7.9 Resultat från enkäten till experter

### 7.9.1 Hur kommer tillgången på narkotika se ut i framtiden?

För att få större bredd på framtidsbedömningen har jag skickat ut ett antal frågor till trettio utvalda experter, varav 21 har svarat. Frågorna har rört förväntningar om tillgången på narkotika, missbrukets utveckling och den framtida vården. Experterna är personer som arbetar inom beroendevården eller som forskar om narkotikamissbruk eller som har omfattande expertis om missbruk från andra verksamhetsfält.

Den allmänna bedömningen bland experterna är att tillgången på olika narkotiska preparat även i framtiden kommer att vara stor. Sannolikt fortsätter utvecklingen med att nya preparat, som liknar de etablerade drogerna, uppträffas och lanseras. Här kommer kontrollmyndigheterna ofelbart att befinna sig på efterkälken, eftersom det är svårt att kriminalisera ett preparat som ännu inte är ute på marknaden. Flera av preparaten bygger dessutom på produkter som används inom den kemiska industrin för kommersiella ändamål. I enkäten har flera respondenter tagit upp ett förväntat ökat missbruk av preparat som importerats via Internet. I den senaste rapporteringen från CAN tar man upp bland annat mefedron, spice och tramadol (CAN 2009). Dessa är också preparat som nämns flitigt bland deltagarna i internetportalen Flashbacks forum, där det finns en ständigt pågående diskussion bland användare om olika substansers berusningspotential.

I en amerikansk studie om tonåringars drogvanor konstateras att användningen av receptbelagd medicin som berusningsmedel ökar. Ungdomarna väljer smärtstillande preparat som Oxycontin och Vicodin, eftersom de uppfattas som säkrare än gatudroger. Fortfarande är marijuana den vanligaste illegala drogen, men bland dem som debuterade med droger under 2005 var det nästan lika många som använde receptbelagd medicin som marijuana (NSDUH, 2006).

Experterna förutspår också en ökning av kokainmissbruket och några förväntar sig att cannabis kommer att öka. Få förväntar sig

att heroinet kommer att öka, förutom på opioidsidan i form av ett ökat missbruk av buprenorfin (Subutex, Suboxon). De flesta är överens om att några dramatiska förändringar i den framtida narkotikakonsumtionen i Sverige inte är att vänta.

*Några röster om tillgången till narkotika:*

Jag tror vi kommer att se mer missbruk av narkotikaklassade tabletter (främst inhandlat över Internet). Ser tendenser och möter mer socialt etablerade missbrukare (yngre datakunniga) som handlat tabletter över nätet, främst smärtstillande och lugnande, såsom kodeinpreparat, tramadol och ångestdämpande bensodiazepiner. Inköp över Internet upplevs som anonymt, lätt och smidigt. Även insmuggling till Sverige av narkotikaklassade tabletter kommer att öka. Magnus Andersson, Malmö.

När det gäller vilken typ av preparat som kommer att användas kommer det förmodligen att ske en fortsatt ökning av läkemedelsmissbruket, men överhuvudtaget kommer drogmarknaden när det gäller preparat att bli mer differentierad, det vill säga att den kommer att bestå av fler preparat-typer, dels de gamla, men också med tillförsel av nya. Arne Kristiansen, Lund.

Länge har missbruket i stort sett likadant ut med hasch, nikotin och alkohol som inkörsport till mer tyngre droger i form av amfetamin, kokain och heroin. I och med Internet kommer det nog att bli allt vanligare med mer "hemmagjorda" designade droger för olika behov och dessa kommer att tillverkas, säljas och modifieras utifrån hur människors behov ser ut och blir därför flexibla och "World-Wide" precis som den "moderna människan" förväntas vara. Även fortsatt ökning av unga som missbrukar suboxone/subutex direkt eftersom det kommer att öppnas fler mottagningar för underhållsbehandling med ökad tillgång på dessa preparat såväl legalt som illegalt. Dock kommer tyngre droger alltid att finnas kvar för det är där som de stora pengarna finns. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Utanför Internet är kopplingen mellan kokain och kriminalitet den realitet som många väljer att inte se. Här har kriminaliteten spridit sig med användandet och människor med "hög social status" har i dag en kriminell identitet som vi inte känner igen. Kokain är i dag inte speciellt dyrt sett till den livsstil den förknippas med. Här har vi ett helt annat "socialt mönster" och andra verktyg för avdramatisering än hos de unga som håller till på nätet. Två huvudriktningar i Stockholm som kanske är på väg att smälta samman, förortskriminella gäng och Stureplanseliten. Åsa Magnusson, Stockholm.

I kristallkulan ser jag tydligt en tid av ökad användning av cannabis. Det innebär att kunskapen om och behandling i olika situationer måste

fortsätta att utvecklas. Internetdroger kommer att minska eftersom effekten av dem inte motsvarar reklamen. Däremot kommer antalet skadliga ämnen att fortsätta att marknadsföras som bra alternativ till partydroger och cannabis. Eftersom de är kryddor eller andra växter så kommer de när de röks avge terpenoider, vilket egentligen skapar ett lätt lösningsmedelsrus. Den allmänna självbevarelsesdriften kommer att göra de flesta av dessa preparat ointressanta. Thomas Lundquist, Lund.

I Göteborg och närliggande städer är missbruk av GHB ett växande problem. Omkring 10 procent av ungdomarna missbrukar GHB. Drogen är enligt fältarbetarna "försätlig". Förutom risken för medvetlöshet och andningsuppehåll bidrar den till att hämningar släpper och leder till sex med pornografiska inslag. Både pojkar och flickor blir sexuellt utsatta. Karin Trulsson, Höör.

När det gäller preparat etc. pekar ju olika kartläggningar på ett ökat användande av kokain, i Europa, men också i Sverige. Och spridningen av olika gamla och nya, legala och illegala droger och psykoaktiva produkter visar ju på en utomordentligt stor uppfinningsrikedom som framtidens narkotikapolitik har att hantera. Hur denna "marknad" utvecklas hänger naturligtvis ihop med vad som händer inom ungdomskulturen i stort. Anette Skårner, Göteborg.

Ingen större förändring kommer att ske av bruket av heroin. Heroin är ingen sexdrog eller partydrog, och sprids därför inte den vägen. Dessutom är de negativa konsekvenserna för stora för att heroin ska sprida sig till bredare grupper utanför de redan marginaliserade. Men de marginaliserade kan komma att börja tidigare med tyngre droger som heroin. Magnus Andersson, Malmö.

### 7.9.2 Kan vi räkna med nya vågor av ungdomsmissbruk?

Många av respondenterna pekar på den dåliga samhällsekonomin som både påverkar enskilda människors möjligheter att få arbete och bostad och myndigheters förmåga att organisera förebyggande insatser och vårdinsatser för dem som faller igenom systemet.

Flera uttrycker oro över boendesegregationens följder och den svåra arbetsmarknadssituation som särskilt ungdomar med invandrarbakgrund står inför. Sociologen Ted Goldberg befarar att allt fler invandrare från tredje världen kommer att rekryteras till problematisk konsumtion, eftersom de inte bereds plats i det svenska samhället. "Bristen på hopp om en positiv framtid är en central drivkraft bakom problematisk konsumtion".

Ulla Spång och hennes kollegor på en ungdomsmottagning i Skellefteå betonar att det är viktigt att Sverige behåller sin restriktiva narkotikapolitik. "Den har haft stor betydelse för att vi

trots allt inte har så stora problem på narkotikasidan som många andra länder”.

Anders Arnsvik, som arbetar på FoU-Nordväst i Sollentuna, tar upp att ungdomsmissbruket (unga vuxna 18–24 år) ur ett socialtjänstperspektiv är svårt att nå.

”Socialtjänsten är generellt inte organiserad för att arbeta med den här gruppen trots att det är en prioriterad grupp. Svårigheterna består bland annat av att många förnekar att de har problem samt att de ännu inte fått några konsekvenser av missbruket”. Agneta Forsberg, också hon socialarbetare, menar att mäns och kvinnors missbruk troligen kommer att jämnas ut alltmer i framtiden. ”Unga kvinnor är oftare rökare än män och alkoholkonsumtionen har ökat bland unga kvinnor vilket sannolikt gör att en del även provar droger under alkoholens rus”.

#### *Fler röster:*

Jag tror inte på några omvälvande förändringar. Trots allt prat om globalisering tycks de nationellt kulturella strukturerna vara ganska sega. Små, begränsade ”epidemier” kommer att bryta ut då och då, men den typiskt svenska, låga nivån av experimentellt bruk kommer att bestå. Jouko Lindgren, Stockholm.

Någon ”våg av ungdomsmissbruk” har jag svårt att se framför mig, men klart är att Internet erbjuder nya vägar för att skaffa droger, vilket skulle kunna leda till en viss ökning. Thomas Karlström, Malmö.

Frågan om vi kan räkna med en ny våg av ungdomsmissbruk är enligt min mening något felställd. Snarare än *om* så borde det vara *när* vara mer på sin plats. Under min tid som socialarbetare med ungdomar i stadsdelen Rosengård så fick jag en relativt bra bild av hur dessa ungdomar ser på användandet av narkotika och denna skiljer sig avsevärt mot den som min generation (70-talisterna) hade eller har. De unga i Rosengårds som jag stött på har i stort sett alla testat någon form av narkotika och de som inte har det känner flertalet som har det. Jimmy Pettersson, Malmö.

Missbruket kommer att bli mer och mer individuellt. Folk kommer fortfarande att samlas för att missbruka tillsammans men då enbart i syfte att må bra själva. Solidariteten – om den ens har funnits – är bortblåst. Nätverken inom dessa kretsar kommer att finnas kvar men då enbart i syfte av att de fyller en funktion. Stefan Ahlund, Enköping.

Det finns några faktorer som innebär stora risker för ett ökat narkotikamissbruk. För det första den ökande ekonomiska segregationen i samhället, som bland annat handlar om försämringar av



socialförsäkringssystem, ghettoisering av stadsdelar och ökande arbetslöshet och utanförskap (i synnerhet bland unga). Andra faktorer som kommer att påverka den framtida missbrukssituationen är den tydliga tendensen till medikalisering av till exempel missbruksvården, men också barn- och ungdomspsykiatri. Användningen av psykofarmaka och andra läkemedel kommer inte bara att bidra till läckage, utan även till att allt fler kommer att se användning av läkemedel och droger som en självklar del av deras livsstilar. Arne Kristiansen, Lund.

Ungdomar kommer troligen alltid att vara nyfikna och vilja experimentera med droger på olika sätt som en del av tonårsutvecklingen. De flesta vet att det är farligt med droger, men bara upplysning hjälper inte. Det behövs mer livskunskap under skoltiden och i andra sammanhang. Inställningen till livet behöver diskuteras på ett djupare plan för att få unga människor att vilja leva drogfritt och nyktert och se vinsterna med det som en motkraft mot ökad kommersialisering, maktbegär, pengar och relationer som en handelsvara. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Inte minst på grund av finanskrisen har ungdomar svårare att ta sig in i det etablerade samhället – med jobb och egen bostad. Socialtjänsten i Stockholm har under flera år pekat på att gruppen unga vuxna växer i gruppen hemlösa. Det här kommer att synas även i missbruksstatistiken. Också i gruppen invandrade personer växer missbruket och hemlösheten sedan några år. Jag tror att ungdomar och invandrade kommer hamna alltmer utanför och att narkotikamissbruket framför allt kommer att öka i dessa två grupper. Victor Estby, Stockholm.

När nya droger med särskilda effekter dyker upp kommer vissa att fastna i ett missbruk. Mängden som gör det har troligen att göra med i vilken grad ungdomar känner sig som en del i samhället, har jobb och upplever en tillhörighet. Leili Laanemets, Malmö.

Säkert kommer vi få nya vågor av ungdomsmisbruk. Jag ser dock inte några tendenser till legalisering i Sverige. Krav i den vägen har snarare mattats av gentemot förr. Kraven handlar snarare om att snabbare illegalisera olika nya designade droger som säljs via nätet.

Jag kan tänka mig att typ av droger för dem som drogat också förändras av tidsandan och av andra påtagliga beteenden. Med tanke på att rökning generellt minskat kraftigt bör droger som primärt röks inte öka, utan kanske tvärtom minska - i vart fall vad gäller nyrekrytering. "Färdigheten" att röka innebär en viss tröskel som fler då måste över. Å andra sidan finns redan i dag en stark betoning på "energidrycker" och medikamenter, som kan medföra att droger som tas in oralt kan ligga närmare till i framtida missbruksvågor. Arne Gerdner, Östersund

### 7.9.3 Är det sannolikt att några av dagens preparat kommer att legaliseras?

Panelen räknar inte med några förändringar av exempelvis cannabis legala status. Om EU skulle besluta om en avkriminalisering av cannabis skulle Sverige tillhöra de allra sista länderna inom EU som anpassade sig till detta. Flera av experterna från södra Sverige pekade på den påverkan som den danska narkotikapolitiken har på situationen i Skåne. Om cannabis avkriminaliseras i Danmark räknar man med att skånska ungdomar kommer att öka sin förbrukning, eftersom tillgången på cannabis ökar i närområdet. Dessutom indikerar en avkriminalisering att cannabis är tämligen ofarligt, vilket leder till minskat motstånd mot att använda drogen.

#### *Några röster:*

Svårt att svara på legaliseringsfrågan. Det skulle i så fall vara marijuana och cannabis men samtidigt betraktas detta som inkörsporren i den fortfarande endimensionella synen på droger och missbruk... En annan drog som ligger närmare legalisering än andra preparat är khat – och OM det visar sig att det bara är somalier som använder detta så skulle det inte förvåna mig om den legaliseras eller åtminstone att ”eget bruk” inte blir kriminellt. Men samtidigt så finns det tecken på att den har spridit sig till andra människor plus en rörelse inom somaliska föreningar som varnar för khat som talar mot detta. Leili Laanemets, Malmö.

Många av dagens preparat är ju på ett vis redan legala. Concerta, metadon, suboxone, cigaretter, alkohol, bensodiazepiner är samtliga sinnesförändrande och vissa ordinerar ju som legal behandling trots det läckage och missbruk som förekommer. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Ingen i dag illegal drog kommer att bli legal under de tio åren som är närmast, spikar jag fast. Jag tror att det krävs en tyngd och problem-anhopning av apokalyptiska mått som i det latinska Amerika för att åstadkomma drastiska förändringar i vår syn på droger i en svensk kontext. Inga inbördeskrig, kokaodlande bönder eller nord-amerikanska rådgivare i sikte. Det svenska ”narkotikaelandet” kommer att befinna sig inom hägnet av social- och vårdpolitik även fortsättningsvis. Jouko Lindgren, Stockholm.

Legalisering förefaller ofta att diskuteras som en ”lösning” på en del av drogmissbrukets baksidor, i en del EU-länder; och om detta genomförs utan ordentliga, noggranna och nyanserade analyser (som skulle kunna förhindra att dylika lösningar föreslås) så kan det sluta riktig illa för många unga, men även för en del äldre. Bruket och missbruket

stigmatiseras, accepteras och det förpassar brukarna och missbrukarna ut i marginalen, vilket självfallet kan skapa allvarliga psykosociala problem. I och med den nödvändiga öppenheten mellan länderna inom EU, så kan man nog förvänta sig import av såväl droger som av "radikala/liberala" idéer kring narkotikaproblemet, generellt. Thomas Karlström, Malmö.

Opinionen kommer att öka i fler europeiska länder för att avkriminalisera cannabis, vilket kommer att sätta press på Sveriges hållning. Magnus Andersson, Malmö.

I dagens Europa har jag dock svårt att se hur Sverige ska kunna fortsätta att lägga ribban på samma nivå som tidigare. Detta då flera av medlemsstaterna i unionen inte ser de lätta drogerna som särskilt prioriterade. I flera länder är det snarare så att det går åt motsatt håll och att innehav för eget bruk håller på att avkriminaliseras, om inte enligt lagen så enligt polisernas beteende. Jag har under mina resor runtom i Europa flera gånger sett hur poliser som struntar i att ingripa trots att människor sitter och rullar jointar helt öppet. I Belgien är det numera tillåtet att odla två stycken marijuanaplantor för eget bruk, i de delar av Tyskland som gränsar mot Holland så är det en enorm trafik över gränsen och i England finns det sedan länge svartklubbar som helt öppet skyltar med att de säljer cannabis utan att polisen gör några större tillslag. Så visst kommer vi att få se en förändring i framtiden men jag tror snarare att det kommer att bli Sverige som får ge sig och inte tvärtom. Jimmy Pettersson, Malmö.

Min gissning är att Sverige blir bland de sista länderna som avkriminaliserar och om detta händer kommer det inte att ske inom en överskådlig framtid. Om Sverige skulle avkriminalisera till exempel cannabis kommer det att ske därför att resten av EU har gjort det och svenska politiker kommer att gömma sig bakom "nödvändigheten av en gemensam policy". Ted Goldberg, Solna.

#### **7.9.4 Vad kan vi förvänta oss när det gäller narkomanvården? Finns det nya behandlingsmetoder som väntar bakom knuten? Är det några nya problem som vården kommer att möta i framtiden?**

Flera i panelen tar upp att "narkomanvård" är ett otidsenligt begrepp och bör ersättas av beroendevård, eftersom olika typer av rusmedelsmissbruk går ihop och förekommer samtidigt. Likaså framhåller man behovet av samverkan mellan olika aktörer inom missbruksområdet, främst socialtjänst, beroendevård och psykiatri. Det finns en stor oro i gruppen (som har en tonvikt på socialarbetare och samhällsvetenskapliga forskare) för vad man kallar en

ökad medikalisering, det vill säga att mediciner får en allt större plats medan utrymmet för behandling som bygger på psykosociala interventioner minskar.

Kopplingen mellan samhällsekonomi och nivån på missbruksbehandlingen tas upp av många av experterna. När skatteintäkterna minskar ute i kommuner och landsting är personer som har narkotikamissbruk en grupp som riskerar att hamna i skymundan.

#### *Några röster:*

Den låga prioriteten för missbruksvården i Sverige urholkar rätts-säkerheten och legitimiteten för socialtjänsten och psykiatrin som en väsentlig faktor i välfärden och som ombud för utsatta människor. Det cementerar också utanförskapet för dessa människor i och med att vi inte längre har några högre samhälleliga mål för att bryta detta djupa utanförskap. Diskriminering är ett begrepp som borde användas för att förstå konsekvenserna av den låga prioriteten för den enskilde och på gruppnivå. Jimmy Blondin, Väckelsång.

Med hänsyn till det fokus som i dag ligger på evidensbaserad praktik och på samverkan, kommer utvecklingen av dagens narkomanvård troligen att påverkas till ett mer tydligt gemensamt arbete utifrån den biopsykosociala delen och medicinska kompetensen. Anna von Reis och Annica Henriksson, Lund.

Det som är notabelt är medikaliseringen som blivit ett betydande inslag under de senaste 10 åren med utökade platser inom metadon- och subutexprogrammen (för heroinmissbrukarna) främst i storstäderna. Detta är trenden och den kommer sannolikt att fortsätta då samhället strävar mot att finna enkla lösningar på komplexa problem. Anders Arnsvik, Sollentuna.

Det vi i dag ser som oroar oss är att fler och fler narkomaner behandlas enbart med mediciner för sitt missbruk. Man saknar den breda kompetens som kommunens socialtjänst har haft och har alltjämt. Det är viktigt att se att narkotikamissbruk är ett mångfacetterat problem där det behövs flera insatser och fler ögon som kan se vad den enskilde har för behov och där man utgår från helheten runt missbrukaren. Behovet är ofta ett socialt fungerande liv med arbete, bostad, nätverket med anhöriga som är till stor hjälp och ibland avgörande för att ta sig ur ett missbruk. Ulla Spång, Skellefteå.

I korthet vill jag peka på en trend inom området, medikaliseringen. Vi har ju ibland använt ordet "medical mind". För mig betyder det två saker. Dels att människor blir alltmer benägna att möta inre och mellanmänniska tillstånd med psykoaktiva substanser. Här finns en klar tendens att dessa alltmer "legaliseras", dvs. att traditionellt illegal

narkotika alltmer byts ut mot legalt tillverkad medicin, som används i icke-medicinskt syfte. Den andra sidan är att beroendetillstånd hos människor också möts med psykoaktiva substanser, det vill säga, att den hjälp som erbjuds är medicinsk. Alf Midholm, Göteborg.

Det biologiska synsättet är dominerande i dag. Neurokemi och forskning på området står högt i kurs och nya läkemedel mot beroende kommer nå marknaden. Risken är att Sverige som varit restriktiva mot bensodiazepiner nu riskerar att få en högre förskrivning av dessa läkemedel i spåren av förskrivning av metadon, subutex, suboxone, ritalin, med flera preparat. Jimmy Blondin, Väckelsång.

Vi kommer att få en allt större grupp av äldre missbrukare som förutom sociala, ekonomiska, psykiska problem har stora fysiska problem bland annat genom att de under lång tid burit på hiv-virus och hepatit B och C. Samtidigt kommer nya grupper av väletablerade och socialt integrerade människor vars droganvändande ”ställer till problem” dock utan att de ser sig som ”missbrukare”. Droganvändare från andra kulturer kommer också att komma in i vårdapparaten, främst via kriminalvården. Med andra ord kommer gruppen narkotika(miss)brukare bli oerhörd differentierad vilket ställer krav på vårdapparaten – man kan inte dra alla över en kam!! Leili Laanemets, Malmö.

Brukarorganisationerna och olika typer av brukarstyrda verksamheter kommer att öka sin betydelse inom missbruksvården. Ett skäl till det är att den offentligt drivna vården minskar. Ett annat skäl är att brukarstyrda verksamheter ofta har minst lika goda resultat som professionella. Ett tredje är att brukarstyrda verksamheter erbjuder medicinfria behandlingar vilket många opiatmissbrukare efterfrågar. Arne Kristiansen, Malmö.

Vi kommer att möta fler som inte blir helt drogfria utan växlar mellan olika droger över tid och detta i sin tur kommer att ställa nya krav på arbetsmarknaden, föräldrarollen och så vidare. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Forskar- och myndighetsvärlden har blivit medvetna om att de flesta avancerade missbrukare började i tidiga tonår, och med då upptäckta psykiatriska symtom (till exempel bokstavskombinationer). Beroendevården måste vara multiprofessionell. Thomas Lundqvist, Lund.

Ett nytt problem, som under 2000-talet börjat uppmärksammas, är barns abstinens i samband med att mamman missbrukat narkotika eller läkemedel under graviditeten. Forskare i Norge har belyst problematiken med Neonatalt abstinenssyndrom NAS. Barnen blir ljuskänsliga, irriterbara, har sömnproblem, matproblem och problem i samspel med föräldern eller andra som tar hand om dem. Karin Trulsson, Höör.

EU måste också möta den fria rörligheten över gränserna med kraftigt utökad socialpolitik i östländerna som blivit medlemmar senaste åren. Annars kommer vi att få en ny, stor underklass, ett trasproletariat med

stora missbruksproblem i Sverige. Samtidigt innebär EU:s murar mot omvärlden problem för människor i Afrika och Asien som flyr hit och är tvungna att leva gömda under stora umbäranden här. De påfrestningarna kommer säkert också på sikt att leda till ökat missbruk i den gruppen. Victor Estby, Stockholm.

Jag är i och för sig inte rädd för att medicinska behandlingar både används och utvecklas för att bringa ned missbruk och överdödlighet (det är tvärtom önskvärt). Det jag däremot är rädd för är om detta leder till avrustning av sociala insatser och psykosocialt orienterad vård. Enligt mina sagesmän är det exakt vad som hände i Frankrike när man där satsade stort på underhållsbehandling. Det är viktigt att det även i fortsättningen finnas starka drogfria behandlingsalternativ även för heroinister.

I USA har Georg DeLeon pekat på problemet att heroinister som får metadon också har behov av att tillämpa "recovery"-ideologi i sin egen rehabiliteringsprocess. Detta har medfört att han initierat behandlingsprogram som kombinerar metadon med terapeutiskt samhälle-inslag och 12-steps-arbete. Följaktligen har det även bildats självhjälpsgrupper "Metadon Anonymous", och dessa grupper är inte inriktade på att sluta med sitt metadon, utan på att sluta med missbruk och tillämpa 12-steps-programmet i sina liv tillsammans med den krycka som deras metadon utgör. Frågan är när motsvarande initiativ tas i Sverige? Arne Gerdner, Östersund

#### **7.9.5 Är det något i den nuvarande narkomanvården som vi kan räkna med kommer att omvärderas?**

På denna fråga kommer det upp kritik mot de förenklingar som dagens narkomanvård står för. Det rör sig exempelvis om att förmedla en alltför negativ syn till personer med heroinmissbruk om möjligheterna att klara sig utan underhållsmedicinering. Likaså framförs kritik mot bristen på brukarinflytande i vården.

Genom upphandlingsförfarandet, som sköts av tjänstemän utan specialistkunskaper, missgynnas ambitiösa behandlingsprogram som arbetar med personer som både har missbruk och psykisk ohälsa. I stället är det den billigaste lösningen som gäller.

Ja, definitivt finns det sådant som bör förändras. Bryt till exempel myten om att det skulle vara extra svårt för heroinmissbrukare att bli drogfria. Olika droger ger olika svårigheter när man ska sluta och fokus måste ligga just på det. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Trots fortsatt hård hållning bland lobbygrupper och en stor del av allmänheten och före detta narkomaner att narkomaner ska bli friska av att lida, förnedras och stängas ute tror jag att utvecklingen pekar åt motsatt håll. Narkomanvården kommer att bli mer human och därmed också mer effektiv. Kanske kan folk också begripa att narkomani liksom alkoholism är en sjukdom eller kanske snarare självmedicinering för människor som mår dåligt och befinner sig i livskriser. Victor Estby, Stockholm.

Några revolutionerande arbetssätt finns inte vid horisonten. Däremot en förhoppning om att *relationen* återigen får en innebörd. Kunskapsöversikter och olika FoU-rapporter som publicerats under de senaste åren lyfter upp detta faktum. Anders Arnsvik, Sollentuna.

Omvärderingar och nya problem, säger du? Ja, säkert – bara jag visste vad och vilka problem? Då och då undrar jag om den där bilden om hjärnans belöningsystem som vi nu stirrat på något decennium under var och varannan konferens kommer att behålla sin status som det sista ordet om missbruk och beroende över eviga tider? Jouko Lindgren, Stockholm.

Synsättet på när och vem som är missbrukare kommer att förändras då fler kommer att våga testa droger på nätet där det kan ske utan någon särskild risk. Man slipper kontakten med andra narkomaner och det tar längre tid att identifiera sig själv som missbrukare, för omgivningen att upptäcka det och därmed kan missbruket pågå längre innan man söker hjälp. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Sverige har förändrats och vi har en än mer heterogen befolkning som ställer högre krav på att vården anpassas till olika gruppers behov. Anna von Reis och Annica Henriksson, Lund.

Det som den biologiska forskningen kommit fram till, bör användas för att förklara för missbrukaren (jag tänker främst på heroinmissbrukare), varför det upplevs så svårt att låta bli drogerna, lära dem att skilja på svårt och omöjligt etc., i stället för att ensidigt försöka lösa problemen genom medicinering och underhållsbehandling. Den drogfria missbruksvården måste återerövra denna så viktiga "mark" och återinföra hoppet och vetskapen om att DET GÅR att bli kvitt ett beroende och det går att bli drogfri, helt drogfri, oavsett gener, hjärnans receptorer och signalsystem. Thomas Karlström, Malmö.

Även om vi blir hur duktiga som helst i behandling kan vi aldrig få bättre resultat än samhället är beredd att välkomna dem ut i samhället till efter en behandling. Det är närmast omöjligt att till exempel. byta kommun, människor med långvariga destruktiva livsstilar är dömda att gå tillbaka till samma miljö utan möjlighet att bli en "skattebetalare". När ska samhället ta tag i dessa problem? Eller lastar man över kraven på oss behandlare för att slippa ta tag i eget ansvar? Christel Blondin, Väckelsång.

Tror inte att en missbrukare i framtiden kommer att kunna gå igenom 3–5 olika behandlingar på behandlingshem under sin missbrukstid, utan de får 1–2 möjligheter. Magnus Andersson, Malmö.

Den utveckling av missbruksvården mot öppenvård som förstahandsval och kortare vårdtider i de fall behandlingshem ändå kommer i fråga kommer förmodligen att fortsätta, särskilt om den kommunala ekonomin fortsätter att vara dålig och inga ”öronmärkta” resurser avsätts (inte minst för gruppen lite äldre tunga narkotikamissbrukare som riskerar att drabbas särskilt hårt). Frågan är hur den enskilde individens behov och egna önskemål kommer att beaktas, det vill säga i vilken utsträckning kommer behandlingsplaneringen att vara kunskapsstyrd eller budgetstyrd? Anette Skårner, Göteborg.

LVM kommer att försvinna även om det tar längre tid än vad jag har trott men det är helt enkelt dött. Harm reduction kommer att växa sig starkare och i slutändan kommer vi nog att se någon form av försöksutskrivning av droger igen. Dock helt annorlunda än det såg ut på 1960-talet. Narkotikan kommer att skrivas ut under medicinska förtecken i allt högre grad vilket också är befogat. Stefan Ahnlund, Enköping.

Genom åren har de enskilda samtalen på behandlingshemmet blivit färre och färre på grund av administrativt arbete. Kraven har ständigt höjts av beställare, myndigheter och oss själva i form av rapporter. Som ett exempel räknade jag i våras ut att våra platschefer har cirka 40 olika rapporteringsuppdrag med skilda intervaller i sina arbetsuppgifter att sköta, och fler är på gång. Som exempel kan man också ta upp våra avtal som består av cirka 130 stycken, och varje avtal är unikt med många arbetstimmar bakom sig, både hos beställaren och hos oss. Finns det ingen som skulle kunna samordna dessa? Varför måste varje kommun uppfinna hjulet varje gång? Från mitt perspektiv kan jag se att för varje år går mer och mer av vårdkostnaden åt till administration och mindre och mindre går direkt till patienten. Christel Blondin, Väckelsång.

Relationers betydelse och även sexualiteten behöver synliggöras mer även inom narkomanvården då svårigheter och okunskap inom dessa områden inte sällan utgör orsak till återfall i missbruk och ger problem att finna harmoni i det drogfria livet. Agneta Forsberg, Trelleborg.

Frågan om heroinbehandling kommer att dyka upp. Nyligen har en ny engelsk studie presenterats med positiva resultat, vilket gjort att de engelska heroinprogrammen nu ska utökas. Den danska verksamheten har också inletts, och om den visar resultat av samma typ som tidigare verksamheter som kommer det att bli positiva utvärderingar. Detta kommer sannolikt att påverka den svenska debatten i så måtto att vissa aktörer kommer att föreslå svensk försöksverksamhet. Vi får då i vanlig ordning en polariserad debatt. Men hur kommer svenska myndigheter att ställa sig? Hur bör de ställa sig? Björn Johnson, Malmö.



Sedan vårdresursplaneringen i varje län upphörde i slutet av 1980-talet finns inte längre krav på basresurser inom varken missbruksvård eller social barn- och ungdomsvård. För att trygga behovet av förebyggande och behandlingsresurser inom både missbruksvård och social barn- och ungdomsvård i offentlig och privat regi behövs statlig, kommunal anslagsfinansiering eller annat ekonomiskt stöd. När det gäller kvinno-behandlingen riskerar den annars att successivt nedmonteras och att resurserna läggs på könsneutral behandling liknande de terapeutiska samhällen som växte fram under 1970-talet. Karin Trulsson, Höör.

Utöver det nämnda är systematisk uppföljning av klienten och de insatser som förmedlas nödvändigt. Väsentligt att missbruksvården i samverkan med forskningen utvecklar modeller för uppföljning av praktiken. Även värdefullt att personal bereds möjligheter att reflektera och dokumentera arbetet. Den kliniska vardagen syftar till att bli kunskapsproducerande och därmed kan en erfarenhetsbaserad praktik utvecklas. Men det finns hitintills inga tecken på att så kommer att bli fallet. Den tilltagande ekonomiseringen tycks vara överordnat arbetet inom socialtjänsten. Personal och klienter kvävs inom de rådande strukturerna. Anders Arnsvik, Sollentuna.

Slutligen en fråga om dubbelmedicinering, alltså LAB-patienter som också medicineras med CS-preparat för ADHD-problematik. Detta är en ny trend inom LAB-vården på vissa orter, medan det inte alls förekommer på andra orter. Föreskrifter och rekommendationer saknas helt, och forskningen är i sin linda. (Olof Blix har skrivit en artikel om erfarenheter från Jönköping.) Detta är en fråga som kommer att få mer uppmärksamhet, och som eventuellt kan bli kontroversiell. Björn Johnson, Malmö.

## 7.10 Avslutning

### 7.10.1 Faktorer som påverkar narkotikamissbruket

Det finns många faktorer som inverkar på den framtida narkotikasituationen. På makroplanet handlar det om den ekonomiska utvecklingen i samhället som påverkar tillgången till arbete, utbildning, bostad och möjlighet att utnyttja en god sjukvård för den enskilde medborgaren. Särskilt viktigt är hur samhällsekonomin påverkar ungdomarna, eftersom det är i ungdomsåren som de flesta debuterar med narkotika.

Det som jag kallar för tidsanda, det vill säga de förhärskande, typiska stämningarna och åsikterna under viss tidsperiod är också något som verkar på makroplanet. Jag har försökt belysa att tidsandan förändras över tid och att vi hittills har haft en utveckling

som kan beskrivas som dialektisk, där hedonistiska perioder övergår i puritanska med mellanperioder som ligger någonstans emellan de båda ytterligheterna.

En tredje faktor på makronivå är tillgången till narkotika. Först och främst styrs den av lagstiftningen. Legala rusmedel är lättillgängliga, illegala är svårare att komma över. Vi har kunnat se genom exemplet med amfetamin att narkotikapreparat kan ha en stor potentiell marknad, men så länge de är illegala avstår en överväldigande majoritet av befolkningen från användning. Om cannabis avkriminaliseras eller legaliseras i Sverige kommer förbrukningen att öka snabbt. Även lagstiftningen i vår omvärld spelar in. Den som är bosatt i Lund tar sig med tåg till Huvudbangården i Köpenhamn på en timme. Dygnet runt förs varor över världens alla gränser med flyg, fartyg, tåg och lastbilar. Tankar och idéer flyttar mellan länderna på någon sekund genom Internet. Med hjälp av Internet underlättas kontakten mellan köpare och säljare av alla typer av varor, legala såväl som illegala.

Den framtida narkotikasituationen hänger som nämnts ovan samman med ungdomars villkor i samhället. Känner de sig delaktiga i skola och arbetsliv eller söker de sig i stället till subkulturer som skriver sina egna lagar? Under ungdomsåren frigör man sig från sina föräldrar. Andra förebilder tar vid, i form av kamrater, men också personer som man enbart känner till genom massmedia blir viktiga. När narkotikan etablerades i västvärlden under andra halvan av 1960-talet hade rockmusiker och filmstjärnor en stor betydelse. De var idoler som gick i täten för nya drogvanor. Kanske är det så att mediaförebilderna bidrar till att etablera en tidsanda eller så "väljer" tidsandan sina mediala förebilder, det vill säga under hedonistiska epoker är det utsvävande artister som hamnar i centrum.

På mikronivå sker förmodligen inga större förändringar över tid när det gäller de enskilda individernas egenskaper. Sannolikt är det i varje årsklass ungefär lika många som har psykiska eller sociala problem eller andra riskfaktorer i bagaget. Med andra ord är antalet individer med en särskild sårbarhet för narkotikamissbruk ungefär lika många. Men, som de tidigare refererade brittiska forskarna (Mc Keganey et al. 2005) framhåller, ännu har inte narkotikan nått fram till alla personer med en särskild sårbarhet. Fortfarande är det stora skillnader mellan kvinnors och män missbruk och mellan personer som lever i storstad och dem i mindre kommuner på landsbygden. Om tillgången på narkotika ökar, om utanförskapet

för unga människor ökar, om tidsandan gynnar en hedonistisk livsstil, om dessutom prevention och vårdinsatser minskas så finns det en stor pool av människor från nya grupper som är tänkbara problematiska narkotikamissbrukare i framtiden.

### 7.10.2 Prognos missbruksutvecklingen

I Socialstyrelsens senaste bedömning över nivån på problematiskt narkotikamissbruk anges summan 29 500 personer. Den siffran används som bastal för en prognos över den framtida missbruks-situationen, dels 2015, dels 2020.

En ökning av totalantalet är att förvänta av bland annat följande skäl:

1. Befolkningen ökar
2. Äldre generationer med obetydliga narkotikaerfarenheter avlöses av generationer där narkotika används i större utsträckning
3. Ungdomsarbetslösheten är för närvarande mycket hög, en omständighet som traditionellt har inneburit ökad narkotika-användning
4. Andelen kvinnliga narkotikakonsumenter kan förväntas öka, eftersom kvinnors alkoholanvändning ökar, vilket brukar samvariera med större benägenhet att använda narkotika
5. Importen av narkotika underlättas av den ständigt ökande internationella handeln och av möjligheterna till kontakter via Internet
6. Flyttströmmarna till och från Sverige innebär ett ökat inflytande från omvärldens syn på narkotika. I vår omvärld är synen på narkotika genomgående mindre negativ än i Sverige.

Det är sannolikt att förändringar i narkotikaanvändningen kommer att innefatta både ett ökat rekreationellt missbruk och ett ökat problematiskt eller tungt missbruk. Parallellt med nyrekryteringen av personer med tungt missbruk sker också en avgång genom dödsfall, genom att personer lämnar missbruket via behandling och genom så kallade självläkning (Olsson et al 2001). Mer om detta längre fram.

### 1) *Befolkningsökning*

Enligt SCB finns det 2009 4 827 000 personer som är i åldersgruppen 20–59 år (SCB 2009:2). Om man utgår från siffran 29 500 avseende problematiska narkotikamissbrukare och räknar bort 500 personer som antingen är under tjugo år eller över sextio år blir summan 29 000 personer. Det innebär att 600 av 100 000 personer i denna del av befolkningen har ett problematiskt missbruk, det vill säga 0,6 procent.

Utifrån SCB:s prognos över 2015 blir antal personer i intervallet 20–59 år 4 995 000. Motsvarande befolkningsciffror för 2020 är 4 981 000, det vill säga en liten minskning.

Om andelen problematiska missbrukare är oförändrad står befolkningsökningen för ett litet tillskott. I förhållande till 2015 är det en ökning med 970 personer, men sedan minskar antalet något fram till 2020, vilket innebär en ökning 2009–2020 på 886 personer.

### 2) *Fler med narkotikaerfarenhet i varje årskohort*

Denna tendens kan komma att innebära en viss ökning fram till 2015 eller 2020. Om man tänker sig att de 29 000 är jämnt fördelade på fyrtio år mellan 20 år och 60 år, så innebär det 725 personer i varje årskohort. På sex år kan detta innebära en maximal ökning på 4 350, på elva år på 7 925. Tillskott inom denna kategori påverkas av dödligheten i gruppen problematiska narkotikamissbrukare. Men tanke på att tillflödet under denna rubrik i stor utsträckning ingår i nästa kategori ”de ungdomsarbetslösa”, räknar jag bort 75 procent av ökningen. Siffrorna blir då 1 087, respektive 1 981.

### 3) *Ökning som beror på den höga ungdomsarbetslösheten*

Ungdomsarbetslösheten i åldersgruppen 14–24 år var första kvartalet 2009 enligt SCB 24,4 procent för män, 23,9 procent för kvinnor (SCB 2009:1). Totalt var 142 000 registrerade som arbetslösa. Siffrorna kan inte jämföras med tidigare år, eftersom man nu också räknar in heltidsstuderanden som söker arbete på deltid eller heltid. Om dessa räknas bort var totalantalet 89 000. Av SCB:s siffror framgår att ungdomsarbetslösheten var ännu högre 1992–

1997, vilket sammanfaller med den period då narkotikamissbruket enligt Max-undersökningen steg kraftigt (Olsson et al 2001).

Enligt Max-undersökningen var ökningen av det tunga missbruket 2 procent 1979–1992 och 6 procent 1992–1998. Omräknat till absoluta tal innebar det, med korrigeringar för avgångar ur missbrukspopulationen, en årlig ökning med 800 missbrukare under den första perioden och 1 900 personer under den andra. Naturligtvis sammanfaller inte all ökning med arbetslösheten. En del hänger samman med en förändrad tidsanda i samhället, men jag väljer i räkneexemplet att lägga samman dessa båda faktorer och antar att de sammanfaller, det vill säga att en hög ungdomsarbetslöshet sammanfaller med en hedonistisk tidsanda. När nyrekryteringen beräknas framöver är utgångspunkten ett högre bastal än vad som gällde 1992. Det innebär att jag räknar med en årlig ökning på i genomsnitt 2000 personer inom denna kategori.

#### *4) Ökning som beror på att fler kvinnor missbrukar narkotika*

Kvinnors andel av problematiskt narkotikamissbruk har varit i stort sett oförändrad mellan 1979–1998 (Olsson et al 2001). Finns det någon anledning att tro att den kommer att förändras de närmaste tio–femton åren? På alkoholsidan har kvinnors konsumtion ökat sedan 1970-talet, även om ökningen inte har varit dramatisk (CAN 2009).

I dagsläget är ungefär 25 procent av de problematiska missbrukarna kvinnor, dvs. ca 7 400. Jag angav tidigare att ungefär 0,6 procent av den vuxna befolkningen har ett problematiskt missbruk, vilket följaktligen fördelat på könen innebär 0,9 procent av männen, 0,3 procent av kvinnorna.

Om det inträffar en tio procentig ökning av antalet kvinnor med problematiskt missbruk fram till 2015 skulle det innebära en ökning med 740 personer. Om ökningen sedan fortsätter i samma takt de följande fem åren fram till 2020 blir ökningen ytterligare 336 personer, dvs. fortfarande låga tal.

För att totalantalet missbrukare ska öka på grund av att en högre andel av varje årsklass kvinnor blir missbrukare krävs rejäla procentuella förändringar, eftersom kvinnor ligger på så låg nivå från början.

5) *Ökning som har samband med lättillgänglig import och ökat inflytande från omvärlden*

Det inflytande som omvärlden kan tänkas ha på svenskt narkotikamissbruk är närmast omöjligt att beräkna. Jag väljer antagandet att den ökning som kan komma av omvärldsfaktorer täcks upp av övriga uppräknings.

6) *Reduktion av ökningen genom dödsfall, behandling och självläkning*

I sin beräkning av det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998 diskuterar forskarna Börje Olsson, Caroline Adamsson Wahren och Siv Byqvist (Olsson et al 2001) den dämpning av ökningen som sker genom dödsfall, framgångsrik behandling och självläkning. De beräknar den årliga dödligheten till i genomsnitt 1,25 procent och med att fler heroinmissbrukare får underhållsbehandling kan det vara rimligt att sänka dödligheten till 1 procent. De som slutar genom behandling beräknas till 2 procent och de som slutar på egen hand ungefär lika många. Totalt skulle med andra ord avgången vara 5 procent varje år. Det innebär om bastalet är 30 000 sammanlagt 1 500 personer per år. Under en sexårsperiod är det totalt 9 000 personer.

*Sammanfattning av beräkningarna*

Utgångspunkten i prognosen är att det finns 29 500 problematiska narkotikamissbrukare 2009.

Orsak till ökning/	År 2015	År 2020
Befolkningsökningen	970	886
Nya befolkningskohorter med narkotikaerfarenhet	1 097	1 981
Ungdomsarbetslöshet och tidsanda	12 000	22 000
Förändringar i kvinnors konsumtion	740	1 076
Total nyrekrytering	14 807	25 943
Avgång pga dödsfall, behandling och självläkning	9 000	15 000
Totalsumma	35 307	46 270

Som framgår är den avgörande faktorn, när det gäller den förväntade ökningen, om vi i en nära framtid kommer att få en

motsvarande dramatisk stegring av missbruket som vi hade under de värsta arbetslöshetsåren på 1990-talet.

När det gäller det rekreationella missbruket avstår jag från att försöka beräkna det, eftersom det inte finns något bastal att utgå ifrån. En rimlig bedömning är att det kommer att öka i ungefär samma utsträckning som det problematiska narkotikamissbruket.

### 7.10.3 Åtgärder för att dämpa ökningstakten

Finns det något som kan göras för att minimera ökningstakten? Här får samhället förlita sig på narkotikapolitikens tre ben, precis som tidigare. Det handlar om *kontroll*, dvs. insatser från tull och polis för att minska tillgången till narkotika. Både *prevention* och *vård* kan inkluderas i begreppen primär, sekundär och tertiär prevention.

När det gäller primärprevention är åtgärder för att minska ungdomsarbetslösheten centrala. Om den kan nedbringas minskar tillflödet till problematisk narkotikaanvändning. Likaså är åtgärder som förbättrar ungdomars generella livsvillkor (skola, bostad, fritid, familj) och deras hälsosituation viktiga. Slutligen är balanserad och vetenskapligt baserad information viktig så att ungdomar har kunskaper om de risker som narkotikaanvändning innebär.

Sekundär prevention handlar om insatser för särskilt sårbara grupper, så kallade riskgrupper. Här är ungdomar som har svårigheter i skolan en viktig grupp liksom ungdomar som har svårt att komma in på arbetsmarknaden. En grupp som man har börjat uppmärksamma inom LVU- och LVM-vården är personer med svag teoretisk begåvning, men som inte kategoriseras som begåvningshandikappade. Det är en grupp som har fått allt svårare att finna en plats på arbetsmarknaden i nutidens högteknologiska samhälle. Numera finns det inga drängjobb för Alfred i Lönneberga! Personer som växer upp i missbruksfamiljer löper en förhöjd risk att själva bli missbrukare, liksom personer som har blivit utsatta för sexuella övergrepp och andra typer av våld. Det är angeläget med riktade åtgärder även för dessa grupper.

Tertiär prevention innebär insatser för personer som redan är inne i det problembeteende som preventionen ska förebygga, med andra ord personer som är problematiska narkotikaanvändare. Kraftiga satsningar på vård leder till att fler människor lämnar missbruket och att färre dras in i nytt missbruk, eftersom aktiva

missbrukare ofta är involverade i narkotikahandel och därmed bidrar till spridning av missbruket. Personer som har lämnat ett tungt narkotikamissbruk fungerar ofta som goda förebilder när det gäller att avstå från narkotikaanvändning.

#### **Enkät svar via e-post från följande experter:**

Stefan Ahnlund, Enköping  
Magnus Andersson, Malmö  
Anders Arnsvik, Sollentuna  
Christel Blondin, Väckelsång  
Jimmy Blondin, Väckelsång  
Victor Estby, Stockholm  
Agneta Forsberg, Trelleborg  
Arne Gerdner, Östersund  
Ted Goldberg, Stockholm  
Björn Johnson, Malmö  
Thomas Karlström, Malmö  
Arne Kristiansen, Lund  
Leili Laanemets, Malmö  
Juoko Lindgren, Stockholm  
Thomas Lundqvist, Lund  
Åsa Magnusson, Stockholm  
Alf Midholm, Göteborg (i samråd med Ove Lundgren)  
Jimmy Pettersson, Malmö  
Anna von Reis och Annica Henriksson, Lund  
Anette Skårner, Göteborg  
Ulla Spång, Skellefteå  
Karin Trulsson, Höör

(Experterna har i flera fall diskuterat frågeställningarna med andra experter i sin närhet.)



## Referenser

- Andersen D. & Järvinen, M. (2009) Skadesreduktion i praksis. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for velfærd.
- Andersson, B. m.fl. (2007) Alcohol and Drug Use Among European 17–18 Year Old Students. Data from the ESPAD Project. Stockholm: CAN/ESPAD
- Bretteville-Jensen, AL (2002) Understanding the Demand for Illicit Drugs. Bergen: University of Bergen, Departement of Economics.
- Davenport-Hines, R. (2002) The Pursuit of Oblivion. A Social History of Drugs. London: Phoenix Press.
- Byqvist, S. (2007), Missbruksmönster hos narkotikamissbrukare i Sverige. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- CAN 2009. Drogutvecklingen i Sverige (2009), CAN. CAN Rapport 17: Stockholm CAN
- CRD (2008) Tendenser andra halvåret 2008) Early Warning System. Stockholm: CAN
- Ekbom, T, Engström, G, Göransson, B ( 2006), Människan, brottet, följderna. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ege, P. (2004) Stofmisbrug og afhaengighed. Köpenhamn: Hans Reitzels forlag.
- EMCDDA (2009)  
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>
- Fender, E, Irlander, Å, Gripe, I, Guttormsen, U, Hibell, B. (2008) Narkotikaprisutvecklingen i Sverige 1998-2007. Stockholm: CAN Rapport 112
- Fries, B. (2007) Den nationella narkotikapolitiska samordnarens slutrapport för verksamheten 2002–2007. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Goldberg, L. (1968) Drug abuse in Sweden. Bulletin on Narcotics 1.
- Goldberg, T. (1971) Haschare. Stockholm: Aldus.
- Goldberg, T. (2005). Samhället i narkotikan. Solna: Academic Publishing of Sweden.
- Guttormsen, U. (2010) Narkotikatillgängligheten i Sverige 1988–2009. En analys av priser och beslag. Stockholm: CAN Rapport 121

- Hibell, B. m.fl. (2009) The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. Stockholm: CAN/ESPAD.
- Håkansson, A (2009) Overdoses, Suicidal Behaviour and Clinical Characteristics in Heavy Drug Users: Studies in The Criminal Justice System. Lund: Clinical Alcohol Research. Lund University.
- Johnson, B. (2005): Metadon på liv och död. Lund: Studentlitteratur.
- Klee, H. (1997) Amphetamin Misuse. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Korf, D. (1995) Dutch Treat. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Kriminalvården (2009) Lägesrapport och förslag till inriktning och prioriteringar på alkohol-, narkotika-, dopnings och tobaksområdena.  
<http://www.kriminalvarden.se/sv/Medier/Nyheter/Samlat-grepp-kring-ANDT-fragor/>
- Käll, K (1997) Amphetamine Abuse in Sweden. In *Amphetamine Misuse*, Hilary Klee (ed). Amsterdam: Harwood Academic Publishers
- Käll, K (2009) Sweden's long experience of amphetamine problems. In Pates R, Riley D (eds), *Interventions for Amphetamine Misuse*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Lalander, P. (1998) Anden i flaskan. Stehag: Symposium.
- Lalander, P. (2001) Hela världen är min, Lund: Studentlitteratur.
- Lalander, P. (2009) Respekt – gatukultur, ny etnicitet och droger. Malmö: Liber.
- Lalander, P, Svensson, B, (2002), Ungdomar, normer och alkoholprevention, i Andréasson, S, (red) Den svenska supen i det nya Europa, (Folkhälsoinstitutet).
- Lenke, L, Olsson, B. (2002) Swedish Drug Policy in the Twenty-First Century: A Policy Model Going Astray. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, Vol. 582, Cross-National Drug Policy (Jul., 2002), pp. 64–79 Published by: Sage Publications.
- McKeganey, N, Neale, J, Lloyd, C, Hay, G. 2005. *Sociology and Substance Use. Foresight Brain Science, Addiction and Drugs Project.*

- [http://www.foresight.gov.uk/OurWork/CompletedProjects/Brain Science/KeyInfo/Outputs.asp](http://www.foresight.gov.uk/OurWork/CompletedProjects/BrainScience/KeyInfo/Outputs.asp)
- Olsson B, Adamsson Wahren C and Byqvist S (2001). Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998. MAX Project, Sup-report 3. Report series no. 61. Stockholm: CAN
- Olsson, B (2005) Personlig kommunikation.
- Parker, H, Bakx, K, Newcombe, R. (1988) Living with Heroin. Milton Keynes: Open University Press.
- Pates, R, Riley, D (2009) Interventions for Amphetamine Misuse. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Pedersen, W. (1998): Bittersøtt. Oslo: Universitetsforlaget.
- Rasmussen, N. (2008) On Speed. New York: New York University Press.
- Richert, T, (2007), Unga missbrukare i Stockholm, Göteborg och Malmö – En deskriptiv och jämförande studie av sex öppenvårdsmottagningar och deras besökare. Stockholm: MOB
- Rikskriminalpolisen RKP (2007) Den illegala drogsituationen i Sverige 2007, Swedish National Criminal Police, CID Unit, Intelligence Section, NCP Report 2007:7.
- SCB 2009, Pressmeddelande Nr 2009:275  
[http://www.scb.se/Pages/Product\\_23262.aspx?produktkod=A M0401&displaypressrelease=true&pressreleaseid=280999](http://www.scb.se/Pages/Product_23262.aspx?produktkod=A M0401&displaypressrelease=true&pressreleaseid=280999)
- Sjölander, J, Svensson, B, (2008) Svenska hemlösa och missbrukare i Köpenhamn, Stockholm: Mobilisering mot Narkotika.
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem. Stockholm: Socialstyrelsen
- SOU 2000:126 (2000). Vägvalet – den narkotikapolitiska utmaningen. Slutrapport från Narkotikakommissionen. Stockholm: Fritzes.
- Narkotikameldingen (1997) Stortingsmelding nr 16 (1996–97): Narkotikapolitikken, Oslo: Sosial- og helsedepartement.
- Sundelin, A (1987) När knarket kom till stan. Stockholm: Ordfront.
- Svensson, B. (2007) Pundare, jonkare och andra, 3 uppl, Stockholm: Carlssons.

- Svensson B and Kristiansen A (2004). "Byråkrati och narkomani går inte ihop..." Livsvillkor och vårderfarenheter hos kvinnor och män som använder narkotika. Stockholm: Mobilisering mot narkotika..
- Svensson, B, Svensson, J & Tops, D, (1998), Att komma för sent så tidigt som möjligt, Om prevention, ungdomskultur och narkotika. NAD-publikation 34/1998.
- Svensson, D (2009) Personlig kommunikation.
- Svensson, J, Svensson, B. (2005) Speed – om svenska ungdomars erfarenhet av narkotika utomlands. Stockholm: Mobilisering mot narkotika.
- Wikipedia. <http://sv.wikipedia.org/wiki/>.
- Zinberg, N. (1984): Drug, Set and Setting-The Basis for Controlled Intoxicant Use, New Haven and London, Yale University Press.

## 8 Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och psykisk sjukdom

*Agneta Öjebagen, professor, Lunds universitet*

### **Sammanfattning**

Personer med missbruk eller beroende har en klart ökad risk att under livet också få andra psykiatriska diagnoser, vilket kräver handläggning för båda problemen enligt många internationella studier. Här har studier från Sverige, Norge och Danmark sammanställts, vilka bekräftar samma höga förekomst som i länder utanför Norden. Detta medför att socialtjänsten och hälso- och sjukvården måste bli bättre på att identifiera samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och andra psykiska sjukdomar. Sjukvården måste medverka till att adekvat bedömning och behandling kommer till stånd för att undvika försämring av tillstånden. Det skall uppmärksammas att risken för självmordsförsök och självmord är hög i denna grupp.

## 8.1 Inledning

Sedan länge föreligger stora och välkända problem för såväl socialtjänst som sjukvård vad gäller handläggningen av personer med samsjuklighet mellan missbruk/beroende och psykisk sjukdom/personlighetsstörning. Både inom missbruksvården och inom sjukvården är det angeläget att samsjuklighet identifieras, utreds och behandlas adekvat. För att rätt kunna dimensionera vård och behandling behövs kunskap om *hur vanligt* förekommande samsjuklighet är. Det finns god kunskap om detta från internationella studier utanför Norden. Det är givetvis också av intresse att känna till förekomsten av samsjuklighet i Sverige och närliggande länder med liknande alkohol-, och droggkultur, vanor och delvis lagstiftning, varför denna kartläggning genomförts.

Uppgifter om förekomsten av samsjuklighet mellan psykisk sjukdom/personlighetsstörning och missbruk/beroende av alkohol och narkotika finns från studier som gjorts i *befolkningen* (där ingår även personer som inte är aktuella i vården) och i *kliniska populationer* (personer aktuella i vården). Data finns dels som *livstidsprevalens*, dvs. andelen av personer med missbruk/beroende som någon gång i livet också får en psykisk sjukdom/personlighetsstörning och vice versa, dels som *12-månaders prevalens eller som aktuell prevalens*. Studier om livstidsprevalens är vanligast. I denna redovisning berörs först i korthet internationella siffror och därefter presenteras uppgifter från Danmark, Norge och Sverige.

Uppgifter har inhämtats från fil. dr Anne Landheim, som gjort en sammanställning inför Norska riktlinjer om samsjuklighet (2009), dr i medicinsk vetenskap Kerstin Damström-Thakker (PART-studien Stockholms län), professor Arne Gerdner (LVM-vård) och fil. dr Birgitte Thylstrup (avhandling Köpenhamn 2009) samt litteratursökningar. Citerade internationella studier har använt strukturerad diagnostik, vilket ger säkrare uppgifter än sedvanlig bedömning i praktiken. Strukturerad diagnostik har tyvärr inte alltid använts i de skandinaviska studierna.

## 8.2 Studier utanför Norden

Det är väl belagt i internationella *befolkningsstudier* att personer, som någon gång i livet utvecklar ett missbruk/beroende (skadligt bruk eller beroende enligt ICD alternativt missbruk, "abuse" eller beroende enligt DSM-systemet) har en 3–9 gånger ökad risk att någon gång under livet också drabbas av en psykisk sjukdom jämfört med personer som inte har missbruk/beroende. Det är också väl dokumenterat att personer med psykisk sjukdom/personlighetsstörning har en klart förhöjd risk att drabbas av missbruk/beroende under livet, med högst risk hos dem med svår psykisk sjukdom; schizofreni, bipolär sjukdom, där upp till 50 procent drabbas. Här skall också framhållas att samsjuklighet innebär ökad risk för suicidförsök och suicid.

Den största befolkningsstudien som genomförts har undersökt *12-månadersprevalensen* av 43 035 personer i USA, The National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, NESARC (Grant et al., 2004 a, b). Denna genomfördes med DSM-IV-metodik med krav att personen inte får vara i ett abstinens-tillstånd vid bedömningen. Man undersökte ångest, depression samt personlighetsstörningar hos personer med missbruk/beroende av alkohol och narkotika samt vice versa. För hela populationen fann man en fördubblad riskökning för depression och ångest hos dem med samtidigt missbruk/beroende av alkohol, narkotika jämfört med dem utan missbruk/beroende (depression 20 procent jmf. 8 procent och ångest 18 procent jmf. 10 procent). I en analys av alkoholmissbruk respektive alkoholberoende fann man att samsjuklighet var vanligast hos dem med beroendediagnos (Hasin et al., 2007) I materialet har man också analyserat dem som är i behandling, vilket presenteras under kliniska populationer.

I sex europeiska länder (Belgien, Frankrike, Tyskland, Italien, Holland och Spanien) genomfördes *en stor befolkningsstudie genom ett representativt urval med 21 425 intervjuer av 12-månadersprevalens* av psykiska sjukdomar och alkoholmissbruk/beroende (2001–2003). Narkotikamissbruk ingick inte. Man använde en strukturerad diagnostisk intervju, CIDI (Composite International Diagnostic Interview), som identifierar olika diagnoser i en kombination av diagnossystemen ICD och DSM. Man fann inga skillnader länderna emellan. Studien visar att förekomsten av psykisk sjukdom var högre hos personer med alkoholberoende än bland dem med alkoholmissbruk, 27,7 procent jmf. 20,8 procent, dvs.

samma resultat som tidigare nämnd NESARC-studie. Man fann höga odds för flertalet ångest- och depressionssjukdomar vid alkoholberoende, högst för generaliserad ångest, GAD (OR 11,2, 95 procent CI 3,8–32,9) och agorafobi (OR 10,7, CI 3,0–38,5) (Alonso et al., 2004).

Två *befolkningsstudier*, NCS-R (Lenzenweger et al., 2007) och NESARC (Grant et al 2004 b) fann högre förekomst av *personlighetsstörningar* bland dem med narkotikamissbruk/beroende än hos dem med missbruk/beroende av alkohol. Grant redovisar högre förekomst bland dem med beroende än dem med missbruk, både av narkotika (69,5 procent vs. 38 procent) och alkohol (39,5 procent vs. 19,8 procent).

I *kliniska populationer* är *livstidsprevalensen* för *psykiska sjukdomar* vanligare än i befolkningsstudier, eftersom personer med samsjuklighet är mer benägna att söka behandling (Berkson's fallacy). I studier gjorda med strukturerad diagnostisk intervju har 41–81 procent av personerna med alkoholproblem och 51–73 procent av personerna med narkotikamissbruk en psykisk sjukdom (översikt Anne Landheims avhandling 2007). I mer än hälften av studierna är prevalensen 70 procent eller högre. Hon fann *högst livstidsprevalens* för ångest (8–44 procent, median 38 procent), följt av depression (16–44 procent, median 30 procent). Bland ångesttillstånden är specifika fobier, social fobi och agorafobi vanliga. De flesta studierna har undersökt ångest och depression (Hall et al., 2007). Aktuell psykossjukdom är mindre undersökt i missbrukspopulationer, där man funnit att 0,1–11 procent har en livstidsprevalens för schizofreni. Personer med psykossjukdomar är huvudsakligen aktuella inom den psykiatriska vården, och där det är väl känt att missbruk/beroende är vanligt.

I den tidigare nämnda NESARC-studien (Grant et al., 2004 a) fann man hos dem som *sökt behandling* för sitt *missbruk/beroende* 12-månadersprevalens av *oberoende depression/ångest* (4 veckors nykterhet innan man bedömt den psykiska ohälsan).



Tabell 1 Samsjuklighet NESARC-studien

	Missbruk eller beroende	
	alkohol	narkotika
<i>Oberoende:</i>		
- depressionssjukdom	41 %	60 %
- ångestsjukdom	33 %	43 %
- personlighetsstörning	28 %	48 %

Hos dem som sökt *behandling för depression* hade 21 procent missbruk/beroende och hos dem som sökt *för ångest* hade 17 procent ett missbruk/beroende.

Förekomsten av *personlighetsstörningar* bland missbrukare skiljer sig inte mellan *befolknings- och kliniska studier*, vanligast är anti-social och paranoid personlighetsstörning (översikter Verheul 1995, 2001). Borderline, instabil personlighetsstörning är dock vanligare i kliniska populationer, då personer med detta tillstånd söker behandling i större utsträckning.

*Självordsrisk.* Beroende av alkohol/droger, liksom andra psykiatriska diagnoser innebär var för sig ökad risk för självmordsförsök och självmord. Hos alkoholberoende personer som tagit sitt liv är samtidig depression vanlig, upp till 75 procent (Sher, 2006 och Schneider, 2009). Ett självmordsförsök är den starkaste riskfaktorn för självmord. Landheim fann en förekomst av självmordsförsök hos i genomsnitt (median) 30 procent (17-64 procent) bland dem med alkoholproblem och (median) 39 procent (19-47 procent) vid narkotikamissbruk.

*Sammantaget* visar studier i befolkning och klinik utanför Norden;

- att personer med missbruk/beroende har en klart förhöjd risk för psykisk sjukdom/personlighetsstörning och tvärtom,
- att förekomsten av psykiatriska tillstånd är högre vid svårare missbruk (beroende versus missbruk),
- att personer med narkotikamissbruk/beroende oftast har högre förekomst av såväl psykiska sjukdomar som personlighetsstörningar än personer med alkoholmissbruk, beroende.
- att kvinnor oftare har psykiska sjukdomar än män.

### 8.3 Förekomst i befolkning och i kliniska verksamheter i Norden

I en studie från Island fann Tómasson & Vaglum (1995) i ett representativt sampel av patienter som *sökt behandling för alkoholproblem*, att 76 procent (74 procent av männen och 82 procent av kvinnorna) hade en livstidsprevalens av psykiska sjukdomar (inkl. antisocial personlighetsstörning), högst för ångest 65 procent, följt av depression 33 procent och antisocial personlighetsstörning 28 procent. Prevalensen var högre hos dem som också hade annan drogdiagnos.

I Norge, Danmark och Sverige har få studier genomförts om förekomsten av psykiska sjukdomar/personlighetsstörningar hos personer med missbruk/beroende.

**Tabell 2 Livstidsprevalens för psykiatriska tillstånd i missbrukspopulationer**

Källa	Population	Antal	Diagnos	Frekvens
Sverige Dalmau et al. 1999 (population insamlad över 15 år)	Inlagda för behandling cannabis, amfetamin, opiat	461 425 371	ICD eller annan klinisk diagnostik	Psykisk sjukdom 30 % 30 % 6 %
Hodgins et al. 2007	Ungdom i missbruks- behandling	97 fl 81 p	SCID eller K-SADs	Psykisk sjukdom 90 % fl 81 % p
Sallmén et al. 1996	LVM-behandling	104	SCID strukturerad diagnostik	Psykisk sjukdom Livstids-prev. 66 % <i>aktuell prev. 61 %</i>
Gerdner 2004 Översikt (6 rapporter mitten 1990-talet till LVM utredningen)	LVM-vård	544	SCID strukturerad diagnostik	Livstids-prevalens - psykisk sjukdom 52– 82 % personl. störning 38–76 %
PART-studien (2001)	<i>Befolkn.stud</i> Missbruk: Ber alkohol:	96 m 47 kv	SCAN2.1 strukturerad diagnostik	<i>Aktuell psyk.diag</i> M: 20 %, Kv 30 % M: 33 %, Kv 20 %
Danmark Nordholm & Nielsen 2007	Poliklin.beh 87 % Alk.beroende)	363	ICD-10 klinisk diagnos	Personl. störning 34 %

Arendt et al. 2007	Cannabisbeh. jmf. med repr. urval befolkning	3 114 vs. 15 570	Sedvanlig klinisk diagnos	Vid uppf. psykiatr. beh. hos 40,7 % vs 5,2 %
Nielsen, et al. 2007	Inlagda missbruk	108	MCMI-II	Personl. störning 66 %
Norge ROP-undersökn. Landheim et al. 2002	Missbruksbehandling	260	CIDI strukturerad diagnos	Livstids-prevalens agorafobi 48 %, social fobi 47 %, depr. 44 %
Ravndal 1994	Inlagda narkotika-missbrukare	-	MCMI	Personl. störning 96 %
SIRUS – Kostnyttasundersökning Mellberg et al. 2003	Narkotika-missbrukare (20 behand-lingar)	482 (1998, 1999)	MCMI-II SCL-25 (bedömda 3ggr)	Personl. störning 75 % Symtom depr., ångest, s-tankar 60 %
SINTEF-Helse Gråwe 2006	Olika missbruks-behandlingar	3 330	Diagnos (sedvanlig)	75 % ej bedömda Av bed.har 7 % psyk. diagnos

I linje med studier utanför Norden, finner vi i *kliniska populationer* höga frekvenser av samsjuklighet (livstids- och aktuell prevalens), högre bland dem med narkotika- än hos dem med alkoholdiagnos. Befolkningsstudien (PART) visar högre förekomst vid beroende hos män och missbruk hos kvinnor.

**Tabell 3 Studier missbruk/beroende – personer med psykiatrisk diagnos**

Källa	Typ material	Antal	Diagnos	Frekvens
Sverige PART-studien (2001)	Befolkn.stud Missbruk Beroende	87 m 172 kv	SCAN 2.1	Aktuell drogdiagnos Män: 8 %, Kv: 4 % Män: 23 %, Kv: 2 %
Cantor-Graae (2001)	Schizofreni i behandling Malmö	42	SCID	Missbruk/ber Livstids-prev. 48 % Aktuell prev. 15 %
Danmark Hansen (2000)	Tolv Psykiatriska vårdavdelningar	-	PSE – intervjuer Strukturerad diagnostik	Nark.miss-bruk/ber. 24,7 % Alk.missb./ber. 25,3 % någondera 37 %
Norge Hagen 1994 Vaaler 2006 Oydna 2006	Akutupsykiatri	-	Sedvanlig diagnos	Missbruk/beroende 20–47 %

Gråwe 1996 Hagen 1994 Larsen 2006	Psykos	-	Sedvanlig diagnos	Missbruk/ beroende 14–33 %
Helseth 2004	Inlagda misstanke psykos	65	EuroASI ej diagnos	Månad före anv.alkohol, legala/ illegala droger 54 %
Lilleeng 2007	Psykiatriska verksamheter 2003–2004	-	Sedvanlig	Missbruk/ber Poliklin: 25 % Inlagd: 26 %

I studierna som utgår från psykiatriska populationer ses höga prevalenser av missbruk, beroende, 20–50 procent, vilket är i linjer med internationella studier.

I de studier som identifierats kan konstateras att frekvenserna i Norden varierar liksom i de först nämnda internationella studierna. Dessa skillnader kan bero på flera faktorer; att man använt olika sätt att diagnosticera, olika kartläggningsmetoder, hur kartläggningen genomförts, vilken population som undersökts (t ex. öppen vård, institution) och urvalets demografiska sammansättning. Diagnosen skall ha ställts med strukturerad diagnostik. En mycket viktig faktor som påverkar frekvensen psykiatriska tillstånd är om personen är i aktivt missbruk. Därför har betonats att det är centralt att klargöra om det psykiska tillståndet kan bero på pågående missbruk eller om det kvarstår efter en tid av avhållsamhet. I DSM-IV är kriterierna för självständig eller ”oberoende psykisk sjukdom” att 1) de psykiska symtomen/ sjukdomen finns innan missbruket debuterat eller 2) att symtomen kvarstår fyra veckor efter alkoholbruk eller abstinens. En del studier har osäkert kontrollerat för denna faktor. En senare översikt av studier av depression och samtidigt alkohol- och drogmissbruk talar för möjlighet att behandla med antidepressiva efter en veckas abstinens (Davis et al., 2008).

För att närmare illustrera förekomsten följer en presentation av en studie, som gjorts i Norge, och som belyser några centrala aspekter. Anne Landheim genomförde 1997–1998 en kartläggning av förekomst av psykiska sjukdomar bland personer aktuella inom missbruksvården i Norge (Landheim et al., 2002). Hon använde en datorbaserad strukturerad intervjuversion av CIDI, som ofta använts i prevalensstudier. Samtidigt bedömdes personlighetsstörningar enligt självskattning med MCMI-I. Studien genomfördes vid sex institutioner och tre polikliniker inom missbruksvården i Hedmark och Uppland (n=287). Studien inklu-

derade också sociodemografiska uppgifter samt självmordsförsök någon gång i livet. En uppföljning genomfördes efter sex år.

**Tabell 4 Landheims kartläggning**

I Resultat – 12-månadersprevalens i sammanfattning:	
* <i>Alla</i> : psykiska sjukdomar var vanligare än personlighetsstörningar: (ångest 78 procent, depressioner 60 procent)	85 % vs 72 %
* <i>Narkotikaberoende &gt; alkoholberoende</i> : psykiska sjukdomar: (särskilt social fobi, PTSD)	91 % vs 82 %
* <i>Narkotikaberoende &gt; alkoholberoende</i> : personlighetsstörning: (vanligast antisocial, passivt aggressiv, borderline störningar)	79 % vs 66 %
* <i>Kvinnor &gt; män</i> : psykiska sjukdomar: (vanligast depression, specifik fobi, PTSD, ätstörningar)	96 % vs 82 %
II Resultat – livstidsprevalens	
* <i>Livstidsprevalens för allvarlig psykisk sjukdom</i> : (schizofreni, bipolär, allvarlig depression eller ångest, cluster A)	71 %
* <i>Tidigare fått behandling i psykiatri</i> (högre andel bland dem med allvarlig psykisk sjukdom; 83 vs 62 %) (narkotikaberoende oftare, kvinnor oftare än män)	41 %
* <i>Behandlad i psykiatri jämfört med övriga</i> : längre missbruk, yngre debut, högre utbildning, oftare psykiska sjukdomar.	
* <i>Patienter med tidigare behandling i psykiatri</i> (hänsyn ålder, kön, typ, start, längd missbruk): multivariat analys för allvarlig psykisk sjukdom OR 2.6	
III Resultat – tidigare självmordsförsök	
* <i>Tidigare självmordsförsök (en eller flera ggr)</i> (narkotikaberoende > alkoholberoende, kvinnor > män)	47 %
* <i>Missbruksfaktorer relaterade till självmordsförsök</i> : (längre i missbruk > 15 år och tidigare start < 18 år)	
* <i>Psykiska sjukdomar relaterade till självmordsförsök</i> : (ätstörningar, agorafobi, depression)	
IV Resultat – 6 årsuppföljning	
* <i>Efter 6 år har 33 av 287 patienter avlidit</i> : (högst dödlighet bland alkoholproblem)	11 %
* <i>Vid 6 årsuppföljningen (n=160) aktuellt missbruk (AUDIT)</i>	70 %

En multivariat analys, där man undersöker olika faktorerers samband med missbruk vid 6-årsuppföljningen, visar att såväl tidig missbruksstart som depression under livet var för sig var relaterade till ”missbruk” efter 6 år.

In Landheims studie finner vi höga 12-månadersfrekvenser av att ha någon *psykiatrisk diagnos*. Ser man till enskilda diagnoser är förekomsten i linje med andra studier, t.ex. har 60 procent en depressionsdiagnos. Det skall noteras att personerna i undersökningen hade missbrukat i 15 år eller mer och ju längre missbruk och ju tidigare debut, desto större risk för psykiska sjukdomar. Förekomsten av psykisk sjukdom är mer än dubbelt så hög (särskilt ångest) i denna missbrukspopulation jämfört med vad man funnit i befolkningsstudier i Norge (n=2066), som också använt CIDI (Kringlen 2001, 2006).

5-års uppföljningen av psykiatireformens samverkansprojekt kring personer med beroende, missbruk och svår psykisk sjukdom (psykos, svår depression m.fl. diagnoser av motsvarande svårighetsgrad) fann att 9 procent avlidit (8 ggr ökad risk jämfört med befolkningen, SMR), vanligast var missbruksrelaterad död. Förbättringar hade skett, hälften hade ej missbruk senaste halvåret, men flertalet hade kvarstående hjälpbehov (Öjehagen & Schaar, 2004).

## 8.4 Sammanfattning

Av denna genomgång framkommer att det sammantaget finns få studier från Sverige, Norge och Danmark av den storlek och kvalitet som bör krävas för uppgifter om samsjuklighet. De studier som finns bekräftar hög livstidsförekomst, vilket innebär att man inom missbruksvården möter klienter, som också har en psykisk sjukdom och inom psykiatri patienter som med stor sannolikhet därtill också ett missbruk/beroende. Siffrorna är i överensstämmelse med internationella studier utanför Norden, varför det är möjligt att hänvisa till sådana studier. Vidare kräver den ökade självmordsrisken psykiatrisk handläggning i samverkan.

De siffror som finns om personer som söker för missbruk/beroende visar att cirka 30–50 procent eller mer också har livstids- eller aktuell prevalens för psykisk sjukdom, vilken behöver identifieras, bedömas och behandlas av psykiatriskt kunniga personer. Det är nödvändigt att klienter med misstänkt psykisk sjukdom inom socialtjänstens missbruksvård bedöms med strukturerad diagnostik, i enlighet med de nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevården, vilket också framhålls i internationell litteratur (Tiet et al., 2007). Tar man utgångspunkt i personer som

söker vård för psykisk ohälsa, finner vi att *cirka 20–30 procent samtidigt har ett missbruks/beroendetillstånd*, vilket kräver kompetens i att handlägga och behandla detta. Förutom behandling för beroende och psykisk sjukdom kan behov av psykosociala insatser för andra problem föreligga, som kräver social och annan kompetens, vilket dock inte gäller alla samsjukliga patienter/ klienter.

## Referenser

- Alonso, J, Angermeyer, M, Bernert S, et al. (2004). 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe, results from the European Study on of the epidemiology of Mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psych Scand* , 109 (420, suppl), 28–37.
- Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, Perto G, Munk-Jorgensen P. (2007). Psychopathology among cannabis-dependent treatment seekers and association with later substance abuse treatment. *J Subst Abuse Treat* Mar; 32 (2), 113-9.
- Dalmau, A, Bergman, B, Brismar, B (1999). Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? *Eur Psychiatry* Nov; 14 (7), 366-71.
- Davis, L, Uezato, A, Newell, J, Frazier, E (2008) Major depression and comorbid substance use disorders. *Current Psychiatry*, 21, 14-18.
- Grant, B, Stinson, F, Dawson, D, et al. (2004 a). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, , 807- 816.
- Grant, B, Stinson F, Dawson, D, et al. (2004 b ) Co-occurrence of 12 month alcohol and drug use disorders and personality disorders in United States: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Archives of general psychiatry*, 61, 362–368.
- Gråwe RW. & Ruud T. (2006). *Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne*. STF78 A06003. Oslo: SINTEF Helse.
- Hall W, Degenhardt, L, Teesson, M. (2009). Understanding the comorbidity between substance abuse, anxiety and affective

- disorders: broadening the research base. *Addictive behaviors* 34, 526-530.
- Hansen S. P, Munk-Jorgensen, B, Guldbaek, et al. (2000). Psychoactive substance use disorders among psychiatric inpatients. *Acta Psych Scand*, 102, 432-438.
- Hasin, D S., et al. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 64 (7), 830-842.
- Helseth, V, Lykke-Enger T, Aamo TO et al. (2005). Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17-40 år innlagt med psykose. *Tidsskr. Nor. Lægeforen.* 125, 1178-80.
- Hodgins, S. et al. (2007). Consulting for Substance Abuse: mental disorders among adolescents and their parents. *Nord J Psychiatry*, 61 (5), 379-86.
- Kringlen, E, Torgersen, S, Cramer, V . et al. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Kringeln, E, Torgersen, S, Cramer, V . (2006). Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* , 467, 713-19.
- Landheim, A, Bakken, K, Vaglum, P. (2002). Sammansatte problemer og separate systemer. psykiske lidelser bland rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk epidemiologi* , 12 (3), 309-318.
- Landheim, S. (2007). Psykiske lidelsere hos pasienter i russektoren: Forekomst og relasjon til langtidsforløpet av rusmisbruket. En tverrsnittsstudie og en prospektiv studie i to fylker. Avhandling medisinska fakulteten i Oslo.
- Lenzenweger, M, Lane M, Loranger A, Kessler K. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Biological Psychiatry*, Volume 62, 6, Melberg, H O, Lauritzen, G, & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad? En prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling.* (SIRUS rapport nr. 4).
- Socialstyrelsen (2007). Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård. Vägledning för socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens verksamhet för personer med missbruks- och beroendeproblem.



- Nielsen P, Røjskjær S, Hesse M. (2007). Personality-Guided Treatment for Alcohol Dependence: A Quasi-Randomized Experiment. *The American Journal on Addictions*, 16, 357–364.
- Nordholm D, Nielsen B (2007). Personality disorders among Danish alcoholics attending outpatient treatment. *European Addiction Research*, Sep 13 (4), 222-9.
- Ravndal, E & Vaglum, P. (1994). Treatment of female addicts: The importance of relationship to parents, partners and peers for outcome. *The International Journal of the Addictions*, 29, 115–125.
- Sallmén B, Nilsson L-H, Berglund M (1997). Psychiatric comorbidity in alcoholics treated at an institution with both coerced and voluntary admission. *Journal of Associated European Psychiatrists* 12, 329–334.
- Schneider B. (2009). Substance Use Disorders and Risk for Completed Suicide. *Archives of Suicide research*, 13, 303-316.
- Sher L. (2005). Clinical Overview Article Alcoholism and suicidal behavior: a clinical overview. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 113 Issue 1, 13 – 22.
- Tiet Q & Mausbach B. (2007). Treatment for patients with Dual Diagnosis: A review. *Alcoholism: Clinical Exp Research* volume 31(4), 513–536.
- Thylstrup B. (2009). Dual Diagnosis and treatment relations. Akademiska avhandling psykologiska institutionen, Köpenhamns Universitet.
- Tomasson K & Vaglum P. (1995). A nationwide representative sample of treatment seeking alcoholic: the influence of psychiatric comorbidity. *Acta Psych Scand* 92, 378–385.
- Öjehagen, A, Schaar, I. (2004). Förbättringsprocessen hos personer med svår psykisk störning och missbrukproblem. En långtidsuppföljning av Socialstyrelsens försöksverksamheter i samband med psykiatireformen. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

## 9 Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom

*Hanne Tønnesen, professor och överläkare, Lunds universitet*

### **Sammanfattning**

Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom är ett område som kräver särskilt fokus för att säkra synlighet och hantering, då patienter med samsjuklighet mycket lätt kan bli placerade i en gråzon mellan olika vårdformer eller mellan olika specialiteter. Det är en dubbel ingång till samsjuklighet. Det gäller både missbruks- och beroendeproblem vid de somatiska sjukhusen och inom primärvården, och somatiska problem i missbruks- och beroendevården. Samtidigt finns det också möjlighet till dubbel effekt vid behandling, som det har visats inom kirurgi och alkoholbehandling.

En rad initiativ har tagits internationellt för att öka identifieringsgraden och få till stånd intervention. Det ges konkreta exempel på vad som med enkla medel kan göras i den svenska hälso- och sjukvården.

## 9.1 Introduktion

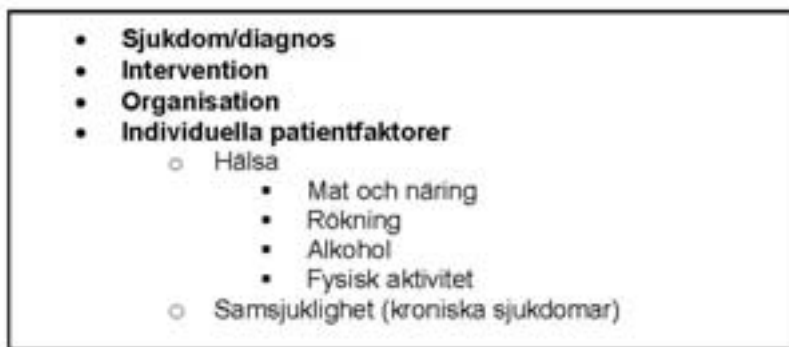
Samsjuklighet mellan missbruk eller beroende och somatisk sjukdom är ett område som kräver särskilt fokus för att säkra synlighet och hantering, då patienter med samsjuklighet mycket lätt kan bli placerade i en gråzon mellan olika vårdformer eller mellan olika specialiteter. Det gäller för både psykiatriska patienter med dubbel-diagnos som för somatiska patienter med två eller flera samtidiga somatiska sjukdomar, men kanske i ännu högre grad för patienter, där samsjukligheten omfattar somatisk sjukdom och missbruk eller beroende av alkohol/narkotika. Lyckligtvis är det icke längre relevant att diskutera om dessa patienter skall ha kvalificerad behandling för sin samsjuklighet, men det är i hög grad relevant att diskutera, hur de får den korrekta behandlingen, som baserar sig på bästa evidensbaserad praxis (Sackett et al., 1996).

Det första steget mot korrekt hantering av samsjuklighet är systematisk identifikation och dokumentation av samsjukligheten följt av tillhörande intervention, antingen direkt i den vårdorganisation som patienten är knuten till eller genom hänvisning till adekvat vård. WHO har utvecklat standarder på detta fält och testat dem kliniskt (Groene, 2006). Det sista steget i ett patientförlopp med samsjuklighet är att uppföljningen också skall genomföras för båda sjukdomarna för att säkra kvaliteten i dubbelbehandlingen.

### 9.1.1 Patientförlopp vid samsjuklighet

Ett patientförlopp är generellt avhängigt av flera betydande faktorer. Själva diagnosen och behandlingsmöjligheterna är självklart avgörande för utfallet av förloppet, men också organisationen med till exempel utbildad personal, användande av evidensbaserade kliniska riktlinjer och kvalitetssäkring spelar en stor roll. Dessutom är patientens individuella faktorer, speciellt livsstil och kroniska sjukdomar, avgörande för det enskilda patientförloppet (se Figur 1).

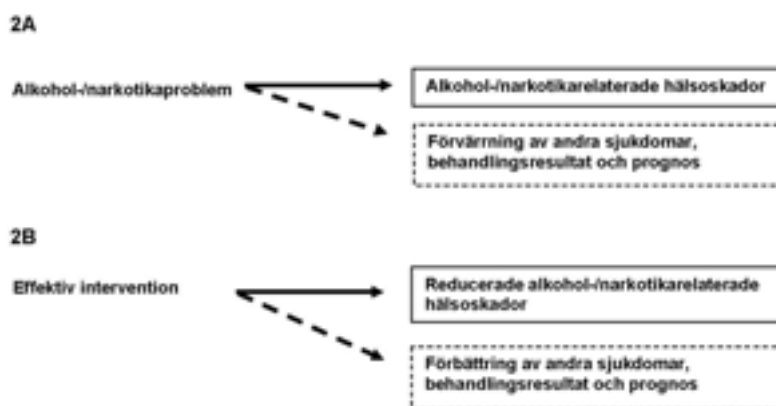
Figur 1 Faktorer av betydelse för patientförloppet



Det är principiellt två ingångar till ett patientförlopp med samsjuklighet för missbruk eller beroende och somatisk sjukdom. Det beror på att alkohol och narkotika kan inducera specifika sjukdomar, men också förvärra förloppet av andra sjukdomar och reducera effekten av behandling – generellt (se Figur 2A). Det vill säga, den negativa påverkan av missbruk och beroende vid samsjuklighet verkar dubbelt.

Samtidigt är effekten av en tillfredsställande hantering av samsjuklighet på motsvarande sätt fördubblad både när det gäller att reducera alkohol och narkotikainducerade sjukdomar samt att förbättra förloppet av andra sjukdomar och deras behandlingsresultat (se Figur 2B).

Figur 2 Dubbel ingång till samsjuklighet – och dubbel effekt av intervention



Potentialen att optimera hanteringen av samsjuklighet är förväntat mycket stor och ännu inte igångsatt. Fördelen med en tillräcklig målinriktad insats vid samsjuklighet är att patienten uppnår en bättre hälsovinst, outcome och prognos på kort sikt (dvs. i det aktuella patientförloppet) och på lång sikt. Det har betydelse för den enskilde patienten och familjen, för hälso- och sjukvården samt på samhällsnivå.

Den stora potentialen vid hantering av samsjuklighet är tydligt beskrivet för bland annat operationspatienter med alkoholmissbruk, som har mångdubblad frekvens av komplikationer. Ett intensivt interventionsprogram bara fyra veckor innan operationen kan halvera utvecklingen av komplikationer i denna patientgrupp (Tønnesen et al., 1999). Liknande gäller för rökning och operation (Thomsen et al., 2009; 2010).

Andra studier har visat att behandling av alkoholinducerade sjukdomar har dålig prognos – om man inte samtidigt tar hand om alkoholproblemet. Detta gäller t.ex. lever- och pankreassjukdomar (WHO-CC/KESF, 2003). Dessutom visar andra studier att effekten av vaccination reduceras vid samtidigt alkoholmissbruk (Nalpas et al., 1993). Detta är dock i mindre grad undersökt för narkotikamissbruk.

### 9.1.2 Risk vid undervärdering av omfattning

Risken är att man bagatelliserar omfattningen av samsjuklighet och behandlingseffekt om man bara fokuserar direkt på alkohol- och narkotikainducerade sjukdomar och dödsorsaker. Därmed missar man den stora delen av samsjukligheten pga. att alkohol och narkotika kan förvärra förloppet vid andra sjukdomar, samt att många patienter med alkohol- och narkotikaproblem samtidigt har andra livsstilsproblem och medicinska kroniska sjukdomar.

Därför är det viktigt att inkludera hela omfattningen i detta uppdrag.

## 9.2 Kända somatiska risker till följd av missbruk eller beroende

### 9.2.1 Mortalitet

Omkring 5 procent av alla dödsfall orsakas av alkohol (WHO, 2004; Anderson & Baumberg, Report for the European Commission, 2006). Alkohol är mer undersökt än narkotika, men för båda två gäller generellt att missbruk och beroende är förenat med ökad sjuklighet och dödlighet (Norström & Ramstedt, 2005; Chen & Lin, 2009; Singleton et al., 2009).

Alkoholmissbrukare och beroendepatienter dör prematurt av samma orsaker som icke-missbrukare (Hart & Smith, 2008), men dessutom kommer också specifika alkoholdödsorsaker, där i synnerhet onaturliga dödsfall såsom olyckor och självmord är frekventa (Sjögren et al., 2000). Svenska tvillingstudier har visat att hög alkoholförbrukning orsakade 11,3 procent av dödligheten för män och 9,4 procent för kvinnor (Andréasson & Brandt, 1997). Den standardiserade mortalitetsskattningen var 3,0 för män och 3,4 för kvinnor. Detta liknade mortaliteten från en annan svensk studie, som samtidigt visade att dödsorsaker och sjukdomsdiagnoser vid hög alkoholkonsumtion är en spegelbild av varandra (Theobald et al., 2001).

En ny svensk studie med en stor narkotikapopulation på 1 705 personer har påvisat, att den genomsnittliga medellivslängden bara är 47 år, dvs. 25–30 år kortare än inom den svenska befolkningen (Stenbacka et al., 2010). Detta stöddes av den ökade drogrelaterade mortaliteten, som observerats i tidigare rättsmedicinska studier

från Sverige (Jöhnsson et al., 2007), från övriga Norden (Naper, 2009; Pedersen et al., 2008) samt från Europa (De Letter et al., 2006; Verschraagen et al., 2007).

Alkoholdödligheten varierar med konsumtionen, som är stigande i den nordliga delen av Europa, inklusive Sverige, för både män och kvinnor. Den svenska alkoholkonsumtionen ökade från 8,2 liter ren alkohol om året per invånare över 15 år 1997 till 9,8 liter 2007 (Ramstedt et al., 2010). Den ligger nu inte långt ifrån den rekordhöga konsumtionen på 11–12 liter per år i Danmark, som också har motsvarande hög alkoholemortalitet (Pedersen et al., 2004). WHO rekommenderar också en mycket lägre konsumtion på inte över 6 liter ren alkohol – och ingenting till barn och ungdomar under 15 år (WHO, 1998).

### 9.2.2 Morbiditet

Den genomsnittliga alkoholkonsumtionen är relaterad till utvecklingen av sjukdomar (Rehm et al., 2003). Oavsett typ av alkohol har alkohol en lång rad skadliga effekter, som långt överstiger eventuell gynnsam effekt av liten eller moderat alkoholkonsumtion, särskilt beträffande risk för hjärt och kärlsjukdomar. Den möjligt gynnsamma effekten elimineras helt vid ett dryckesmönster med periodvis högkonsumtion (t.ex. på helgen) – även om detta är måttligt (Rehm et al., 2003).

Det gäller inte bara klassiska alkoholskador som till exempel skrumplever och kronisk bukspottkörtelinflammation (Sand et al., 2009). Långt frekventare ses ökad risk för lunginflammation och andra infektioner, operationskomplikationer, fördröjd sårhäkning, ringa compliance hos patienter med t.ex. astma, svårbehandlad hypertension och komplikationer till en rad medicinska sjukdomar (NHI & NIAAA, 2000; Macdonald, 1999).

Narkotika medverkar till att åldrande och relaterade sjukdomar börjar för tidigt (Beynon et al., 2009). Dessutom får injicerande missbrukare och beroendepatienter ofta skador, som smitta från orena sprutor, orena droger eller avsaknad av desinfektion, i form av hepatit och HIV, endokardit, blodpropp och åderinflammation, lokal infektion och generell infektion inklusive blodförgiftning, överdos/förgiftning och andra olyckor. De får också komplikationer från andra riskfaktorer, t.ex. blandmissbruk med alkohol,

samtidig rökning, undernäring och kroniska sjukdomar utan behandling, som medför nedsatt compliance och flera komplikationer.

Innan det utvecklas kliniska symptom kan många hälsoskador vara latenta en tid, dvs. man märker inte omedelbart skadorna, även om de är klart mätbara vid flera enkla eller avancerade undersökningar. Det kan t.ex. vara påverkade infektionsparametrar, höga levertal eller nedsatt pumpfunktion i hjärtat.

**Tabell 1 Alkoholrelaterade skador (WHO/KESF, 2003)**

Organ eller funktion	Latenta skador	Kliniska skador
<b>Immunförsvaret</b>	Nästan alla som dricker alkohol har reducerad akut cellulär immunkapacitet och tillväxt av stamceller i benmärgen. Vid leverskador hämmas också bildandet av antikroppar efter vaccination.	Allvarliga infektioner, inkl. bakteriell pneumoni, lungabscess, difteri, meningitis, tuberkulos och hepatit C. Oftast utvecklas infektioner efter operationer och olyckor.
<b>Endokrin stressreaktion</b>	Nästan alla har ökad hormonproduktion från hypotalamus, hypofysen och binjurebarken. I abstinensfasen ökas kortisol, adrenalin och noradrenalin ytterligare.	Den ökade hormonspegeln påverkar många fysiologiska funktioner negativt, bl.a. även immunsystem, sömnrhythm och blodtryck.
<b>Hypertension</b>	Ses ofta och sannolikt pga. påverkan av det sympatiska nervsystemet och nedsatt känslighet för baroreceptorer.	Endast långvarigt förhöjt blodtryck ger symptom. Lättare störningar är huvudvärk och näsblod. De allvarliga är hjärnblödning och njurskada.
<b>Kardiomyopati</b>	Cirka var tredje patient har nedsatt pumpfunktion. Muskelceller svullnar upp och de små organeller, som upprätthåller cellens liv och produktion, går förlorade.	Symtomen är hjärtinsufficiens med andnöd och ödem.
<b>Störning av hjärtrytmen</b>	Kan ses efter både akut och kroniskt missbruk. I samband med alkoholintoxikation utvecklas förmaksflimmer och andra rytmrubbningar	Plötslig död pga. hjärtflimmer vid långvarigt alkoholmissbruk sker i abstinensfasen. Vid längre intag ses supraventrikulär takykardi ("hjärtklappning", "Holliday heart syndrome").
<b>Ateroskleros</b>	Liten alkoholförbrukning kan reducera risken för utveckling av åderförkalkningssjukdomar. Vid samtidig rökning eller större förbrukning ökas risken.	Kranskärslsjukdom och ischemisk apoplexi. Den vanligaste dödsorsaken hos personer med långvarigt missbruk är hjärtsjukdom, i likhet med resten av populationen.
<b>Intrakraniella sjukdomar</b>	Alkohol ökar blodtrycket och därmed risken för hjärnblödning, som förvärras för att alkohol minskar blodets koagulation.	Hjärnblödning. Ökade intrakraniella blödningar vid skallskada.



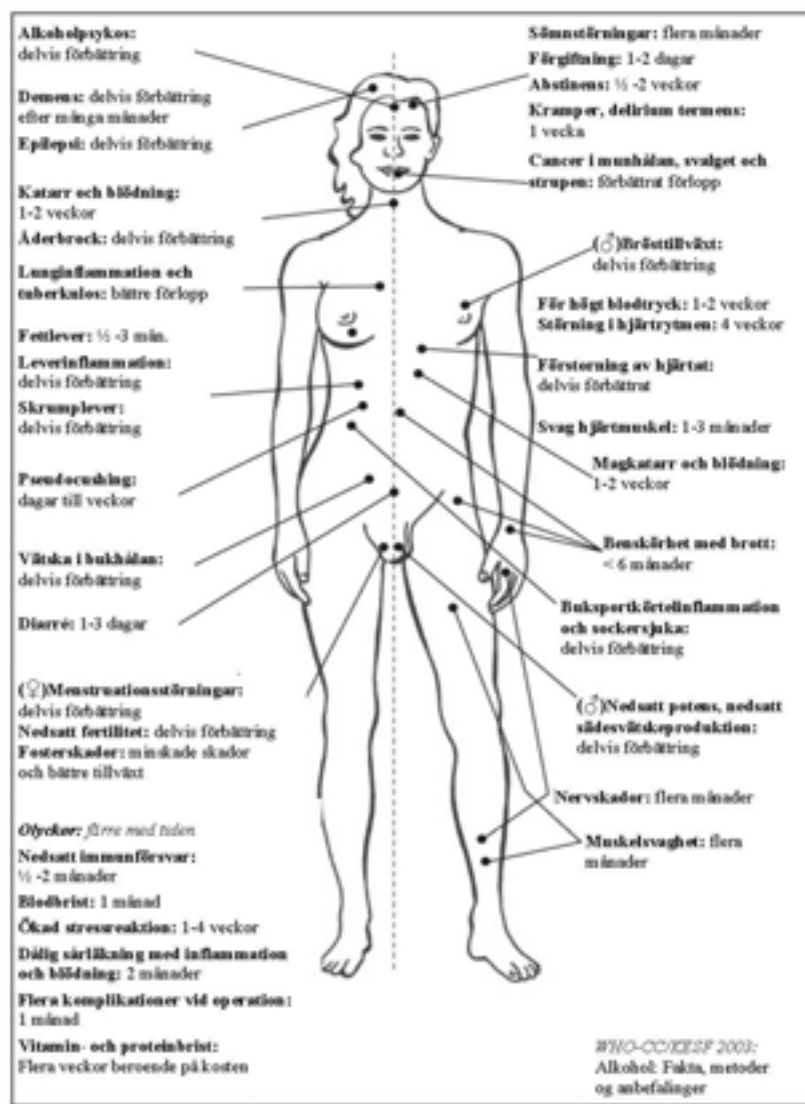
<b>Sömnstörningar</b>	Abstinenssymptom som uppstått på natten. Stresshormonernas naturliga dygnsrytm förändras av alkohol, vilket också kan påverka sömnmönstret.	Sömnstörningar med tätt uppvaknande och dålig sömn. Trötthet under dagen, men ändå svårt att somna.
<b>Könshormonstörning</b>	Långvarigt alkoholmissbruk ändrar könshormonomsättningen.	Män: ofta libido- och potensförlust, atrofi av testiklar, gynekomasti, förändrad könsbehåring och fettfördelning. Kvinnor: menstruationsrubbningsar.
<b>Pseudocushing</b>	Ökad produktion av binjurebarkhormonet pga. alkohol.	Ibland utvecklas runt ("mån") ansikte, fetma centralt på kroppen och muskelatrofi.
<b>Myopati</b>	De flesta har lättare grad i form av smygande muskelatrofi utan smärtor, men oftast symmetriskt lokaliserat i benens muskulatur.	Smärtor i musklerna i synnerhet i benen med ödem och nedsatt kraft. Mycket sällan ses akut rhabdomyolys med nekros av muskelceller med myoglobinuri och njursvikt.
<b>Osteoporos</b>	Smygande benskörhet: Nedsatt nybildning av ben, men fortsatt normal kontinuerlig benresorption.	Ökad risk för kollapsade ryggkotor och frakturer på höfter och handleder.
<b>Blodet</b>	Direkt toxisk effekt på benmärgen. Ger ofta nedsatt cellproduktion. I blodcirkulationen är röda blodceller lätt deformerade och kortlivade.	Anemi, ofta magaloblaster pga. folatbrist. Trombocytopeni. Leucocytopeni (brist på vita blodkroppar och blodplättar).
<b>Cancer</b>	Risken är fördubblad. Alkohol orsakar vävnadsförstörning och fungerar cancerframkallande, speciellt direkt på slemhinnan, dvs. i den övre delen av mag-/tarmkanalen. Samtidig rökning ger också rökrelaterade cancerformer.	Cancer i munhålan, svalget, matstrupen och övre delen av magsäcken. Dessutom ses ökad bröstcancer, primär levercancer och cancer i bukspottkörteln samt rökrelaterade cancerformer, t.ex. i lunga, struphuvud och urinblåsa.
<b>Wernicke-Korsakoff's syndrom</b>	Sällsynt. Orsakas av tiaminbrist, som följd av undernäring och av att alkohol själv sätter ned absorptionen.	Förlamning av ögonmuskler, horisontal nystagmus, tremor, ataksi, hallucination, psykos med inlärningsproblem och konfabulationer.
<b>Polyneuropati</b>	Mera vanligt ses påverkan av både det autonoma, sensoriska och motoriska nervsystemet. Orsaken är både en direkt alkoholpåverkan och tiaminbrist.	Känslöstörning i fötter och ben. Muskelatrofi, nedsatt benkraft och droppfot, dålig gång och fall. Dysfagi, sexuell dysfunktion, sömnapné och rytmstörning på hjärtat.
<b>Cerebellär degeneration</b>	Ibland utvecklas atrofi av lillhjärnan efter lång tids missbruk	Ataktisk gång, dvs. bredbent gång och okoordinerade rörelser, som kan påminna om berusning.

<b>Demens</b>	Atrofi av storbjärnan med krympning av stödande vävnad. Det är inte tal om förlorade nervceller.	Smygande minnesproblem och intellektuell reduktion. Dessutom kan det förekomma paranoida symtom.
<b>Munhålan och spottkörtlarna</b>	Alkohol stimulerar salivutsöndringen och utvidgningen av öronspottkörtlarna ses oftast med cirrhos.	Glossit och stomatit beror ofta på en kombination av tobak- och alkoholkonsumtion, som ökar risken för munhålecancer.
<b>Esofagus</b>	Alkoholkonsumtion sänker ofta trycket mellan esofagus och ventrikeln och orsakar att magsyra backar upp i matstrupen med vävnadsskador.	Många utvecklar smärtor och matstrupskatarr. Den mest allvarliga störningen är esofagusvaricer orsakad av cirrhos med portal hypertension.
<b>Ventrikel</b>	Akut alkoholpåverkan kan utlösa gastrit och hämma ventrikeltömning ut i tarmen.	Uppkastningar, som kan vara blodiga pga. samtidiga lesioner i slemhinnan (Mallory-Weiss lesioner).
<b>Tunntarmen</b>	Ökad permeabilitet, nedsatt enzymaktivitet och bakteriell överväxt i tolvfingertarmen med nedsatt absorption av fett, protein, kolhydrat och tiamin, B12 och folinsyra. På lång sikt ses underskott av vitamin A, zink, magnesium och kalcium.	Många utvecklar diarré.
<b>Akut och kronisk pankreatit</b>	Förhöjd koncentration av amylas i blodet början; senare kan amylas bli normal trots klinisk sjukdom.	Akut pankreatit kan bli kronisk med upprepade tillfällen av akuta våldsamma magsmärter. KomPLICERAS med malabsorption, diabetes, cystbildning och (sällsyntare) fulminant pankreatit.
<b>Lever-sjukdomar</b>	Påverkade levervärden. I en dansk befolkningsgrupp är det en prevalens på cirka 12 %. Fettlever, som kan utvecklas till symtomfri alkoholhepatit.	Leverdekompensation där patienterna blir akut sjuka med feber, dåligt allmäntillstånd, ofta bukvätska och förstörd lever. Biokemin är tydligt påverkad. Histologi med cellnekros, fibros, inflammation.
<b>Cirrhos</b>	Kan utvecklas smygande utan symtom, men progredierar ofta till komplikationer vid fortfarande hög alkoholkonsumtion.	Ascites, ödem, gynekomasti, muskel- och testikelatrofi samt spindel navi och palmart erytem. Ofta miserieutseende? och näringsbrist. 50 % dör innan 3 år. 3-5 % utvecklar primär levercancer.
<b>Olyckor</b>	Risikfyllt beteende med många tillbud. 10 % av akutpatienterna har alkohol i blodet och upp till 40 % dricker minst 21 enheter per vecka.	Svårare och fler olyckor, där förloppet ofta är sämre motsvarande resultaten efter en operation (se nedan).
<b>Operation</b>	Dolda organskador innan operation och därmed mindre reservkapacitet. Vid operation utvecklas ökad stress, som påverkar de redan försvagade organen.	Tre gånger fler postoperativa komplikationer i form av infektioner, nedsatt sårhäkning, hjärt- och lungproblem och blödning.
<b>Fetalt alkohol-syndrom</b>	Regelbundet alkoholintag under graviditeten ger risk för nedsatt tillväxt av fostret och alkoholmissbruk ökar risken för att utveckla fetalt alkoholsyndrom.	Symtomen är utvecklingsstörning, nedsatt tillväxt och ansiktsdeformiteter.

### 9.3 Reversibilitet vid nykterhet

De flesta alkoholskador upphör eller avtar vid uppehåll med alkoholintag. Se figur 3 nedan.

Figur 3 De fysiska fördelarna som kan uppnås hos kvinnor och män som slutar dricka. Där det är möjligt, är det efter skadan angivet den tid det tar för tillstånden att normaliseras. Några skador kommer aldrig att normaliseras, men en delvis förbättring kan uppnås.



## 9.4 Missbruk eller beroende hos somatiska patienter

### 9.4.1 Förekomst och omfattning

Riskfylld alkoholkonsum är vanligt bland somatiska patienter. Förekomst av patienter med alkohol- och narkotikamissbruk och beroende är högre på sjukhus och primärvård än i samhället som helhet, då denna patientgrupp koncentreras i sjukvården (Andreasson et al., 1990). Dels kommer patienterna oftare med alkohol- och narkotikarelaterade sjukdomar och tillstånd (Sundquist & Franck, 2004), och dels kommer de på grund av alla övriga orsaker precis som andra patienter. Äldre svenska studier har visat att bara omkring en tredjedel av alkoholmissbrukares inläggningar (antal eller varaktighet) är direkt relaterat till alkohol (Persson & Magnusson, 1987; Kristenson et al., 1982). Övriga inläggningar orsakas av andra somatiska sjukdomar. Det har inte publicerats nya svenska studier som visar att denna fördelning skulle vara väsentligt ändrad. I några länder är beroendevården inte så omfattande som i Sverige. En tysk studie visar att omkring 2/3 av patienter med alkoholmissbruk och beroende blev hänvisade till alkoholbehandling på medicinska avdelningar i stället för till psykiatriska avdelningar (Maylath et al., 2003).

En populationsstudie bland alla invånare mellan 25–64 år i Sverige visade tydliga tecken på underdiagnostisering av alkohol- och narkotikaproblem i hälsovården. Bara 12 812 somatiska inläggningar var rapporterat associerade med alkoholrelaterade diagnoser och 6 459 var drogrelaterade över en treårig uppföljningsperiod. Män hade dubbelt så många alkoholrelaterade inläggningar som kvinnor, men de var mer likartat fördelade beträffande drog (Sundquist & Franck, 2004). En liknande tysk studie fann en högre förekomst av somatiska inläggningar som följd av alkohol (John et al., 2003). Främjande faktorer för dessa inläggningar var att bo i städer, ensamboende, kort utbildning samt immigration på grund av arbete, medan inläggningar var färre bland flyktingar (Sundquist & Franck, 2004).

Den kliniska erfarenheten inom hälso- och sjukvården visar att frekvensen är mycket högre än siffrorna ovan indikerar, men också att den varierar från patientgrupp till patientgrupp och från specialitet till specialitet. I synnerhet har patientgrupper med många män, trauma och alkohol- eller narkotikainducerade sjukdomar en hög förekomst – ända upp till 50 procent, medan t.ex. gravida eller

äldre kvinnor har den minsta förekomsten på 1–2 procent. Frekvensen varierar också relaterat till hur missbruk eller beroende diagnostiseras. Till exempel kommer frekvensen att bli lägre för samma population, om missbrukskriteriet definieras som över 14 och 21 enheter för kvinnor och män per vecka i stället för de svenska gränserna på 9 och 14 per vecka. Frekvensen är också lägre om innehållet per enhet är 12 gram som i Norden, i stället för 8 gram som i UK och USA. Slutligen blir frekvensen högre om det frågas om överkonsumtion vilken vecka som helst inom det senaste året eller genom hela livet, jämfört med överkonsumtion inom den senaste månaden.

I Danmark har alkoholförbrukningen varit stabilt hög de senaste 30–40 åren på cirka 11–12 liter ren alkohol per person över 14 år. Det är omkring 20 procent av de inlagda männen som dricker för mycket (över 14/21 enheter per vecka). Norges befolkning har en lägre alkoholförbrukning och en norsk tvärsnittsstudie har således visat att 5 procent (vid 14/21 per vecka) till 10 procent (vid 9/14 per vecka) av de manliga patienterna dricker för *mycket* (Oppedal et al., 2010). Tyskland har grundligt kartlagt förbrukningen av alkohol bland sina patienter. Det är möjligt att se variationer inom olika specialiteter, t.ex. 15 procent av alla psoriasispatienter på dermatologisk avdelning drack för mycket; 6 procent av kvinnorna och 22 procent av männen (Gerdes et al., 2010). Bland inlagda medicinska patienter hade 17 procent en riskfylld alkoholkonsumtion (Saitz et al., 2006).

Generellt har från 1/4 till hälften av de akutkirurgiska patienterna och traumapatienterna för hög alkoholkonsumtion, oavsett identifikation och använd definition (var god se bifogat appendix). Tyvärr identifieras bara en mindre del av dessa i den kliniska vardagen (Kip et al., 2008). Ännu mindre kunskap finns om identifikation av narkotikamissbrukare. Här existerar stor potential för förbättring av identifikation, patientinformation och intervention.

#### **9.4.2 Betydelse av alkoholmissbruk bland operationspatienter**

Oavsett att en sjukdom inte är relaterad till alkohol eller droger, så har dessa dock stor betydelse för resultatet av behandlingen, som det t.ex. ses i en analys av alkohol inom kirurgin (Tønnesen et al., 2009).

Omkring 50 studier har visat att överkonsumtion av alkohol ökar komplikationerna signifikant efter operation, även hos patienter utan alkoholinducerade följsjukdomar. Det gäller både stora och mindre kirurgiska procedurer, män och kvinnor, akut och planlagd operation. De postoperativa komplikationerna ökar med 50–100 procent vid en konsumtion över 2 enheter per dag eller motsvarande poäng på alkoholtest (Bradley et al., 2010). Vid förbrukning på 5 enheter eller mer är ökningen på 300–400 procent (Tønnesen et al., 2009). Denna dosrespons är visad flera gånger, senast i en ny stor amerikansk studie. Studien har också visat att det inte finns samband mellan episodisk hög förbrukning och utveckling av operationskomplikationer (Bradley et al., 2010).

Patienter med hög alkoholkonsumtion utvecklar samma typ av komplikationer som andra patienter, de utvecklar dem bara mycket oftare. Det gäller infektioner, hjärt- och lungproblem, blödningar och särskilt sårkomplikationer. Det orsakas av direkt men latent alkoholinducerade mekanismer som äger rum innan operationen, t.ex. svag immunkapacitet, hämmad hjärtfunktion, ökad blödningstid, reducerad sårhäkning. Dessa patienter har därför nedsatt reservkapacitet att motstå kroppsliga komplikationer vid en operation. Dessutom tillkommer också en starkt ökad stressrespons till det kirurgiska traumat (Tønnesen, 2003).

Intensiv alkoholintervention mot nykterhet har motsatt effekt. Här normaliseras grundläggande mekanismer och komplikationerna reduceras till omkring hälften (Tønnesen et al., 1999). Kortvarig intervention mot minskad förbrukning har däremot inte visat särskild effekt på utveckling av komplikationerna (Shourie et al., 2006). Det sista resultatet är i överensstämmelse med andra undersökningar av denna typ av korttidsintervention som enda behandling hos sjukhuspatienter med alkoholproblem (McQueen et al., 2009) och sjukhuspatienter som röker (Rigotti et al., 2008). Däremot blir det motiverande samtalet relevant för operationspatienter när det kopplas till eller integreras som introduktion till ett långvarigt intensivt program mot alkohol eller tobak (Tønnesen et al., 1999; Møller et al., 2002; Lindström et al., 2008).

Då vinsten är så pass stor och biverkningarna är så små vid intensiva alkoholprogram, bör alla operationspatienter därför erbjudas intensiv alkoholintervention innan en planlagd operation. Just nu pågår en nordisk studie med motsvarande intensiv alkoholintervention innan akut operation.

Kliniska observationer tyder på att det är motsvarande potential vid operation av patienter med narkotikaproblem, men detta är inte beskrivet eller undersökt ännu.

### 9.4.3 Behandling eller hänvisning

Det saknas kunskap i Sverige på detta område. Det är en klinisk erfarenhet att bara en ganska liten del av patienter med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika mottager behandling under inläggningen eller hänvisas till behandling i Sverige. Detta beror säkert på att så få patienter identifieras, dels att behandlingserbjudandet är begränsat, dels brist på tradition och kultur och dels att patienterna i Sverige kanske upplever det mer skamfullt och stigmatiserande än i många andra länder.

Case från en svensk ortopedkirurgisk avdelning:

*En kvinnlig patient inläggs akut för operation för fotledsbrott. Hon har tydlig alkoholdoft i andedräkten och verkar ebrierad? alkoholpåverkad?. Alkoholkoncentrationen i blodet är ganska hög motsvarande minst 2 promille. Patienten önskar inte att tala om situationen och önskar inte behandling för sin stora alkoholförbrukning. Hon utvecklar även både svåra abstinens-symtom och operationskomplikationer, det sistnämnda kräver reoperation och förlängd förlopp.*

Det finns bara några studier som indikerar att igångsättning av behandling eller hänvisning till behandling är relativt sällsynt. Det gäller enskilda studier över hur många patienter som hänvisas till psykiatrisk avdelning inklusive för alkohol- och narkotikaproblem under vistelsen på somatiskt sjukhus. En äldre studie från Norge har uppgivit att mindre än 0,1 procent har missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika (Roaldset & Martinsen, 1992). En annan studie är dansk. En kartläggning av hälsofrämjande aktiviteter på danska sjukhus visade att bara 5–10 procent av sjukhuspatienterna med alkoholproblem fick samtidig behandling för alkoholproblemet (Det danske netværk af forebyggende sygehuse, 2004). En liknande internationell studie visade att detsamma gäller för Sverige och andra länder (Tønnesen et al., 2007) – se också avsnitt 9.5.

En helt ny regional översikt från Region Hovedstaden i Danmark visade att omkring 80 procent av sjukhuspatienterna blev tillfrågade om alkohol, och omkring 30 procent drack för mycket. Av dessa fick bara var tredje information och mindre än var femte fick behandling eller remiss till behandling (Region Hovedstaden, 2010). Det är oklart om detsamma gäller i Sverige. Därför är det mycket välkommet att nya riktlinjer för identifikation av alkohol och andra levnadsvanor är på gång (Socialstyrelsen, preliminär rapport, 2010).

Kunskap om narkotika är ännu mera begränsad, och här behövs en grundlig insats.

#### **9.4.4 Skandinaviskt initiativ: Scand-Ankle**

Skandinaviskt projekt med fokus på samsjuklighet mellan alkoholproblematik och frakturer, där identifikation och behandling av båda delarna ingår. Resultaten mäts i form av reduktion av komplikationer, alkoholproblem och kostnader. Sverige, Norge och Danmark deltar och Tyskland arbetar aktivt på att inlemmas i projektet. Om dessa operationspatienter ska uppnå färre komplikationer måste man använda ett särskilt effektivt alkoholbehandlingsprogram med minst 40-50 procent nykterhetseffekt i hela operationsperioden. Därför användes ett intensivt program (Tønnesen et al., 1999), som bygger på det liknande effektiva behandlingsprogrammet för rökstopp hos alkoholpatienter (Tønnesen et al., 2009). Det består av ett inledande motiverande samtal som ingång i behandlingen, som varar 4-6 veckor med besök varje vecka. Patienterna har en positiv attityd till programmet (Pedersen et al., 2010). Det omfattar manualbaserad patientutbildning, förebyggande behandling av abstinenssymptom, vitaminer, ”alkolås” och övervakad disulfiram. Därtill kommer en öppen ”hotline”.



#### **9.4.5 Behandlingsresurser som det kan vara befogat att tillhandahålla för de missbruks- och beroendeproblem som aktualiseras inom sjukvården inklusive primärvården**

Det är nödvändigt att tillhandahålla behandlingsresurser inom sjukvården, primärvården samt inom missbruks- och beroendevården, om alla eller bara en väsentlig del av de somatiska patienterna med alkohol- och narkotikaproblem skall tillförsäkras bättre behandling för alkohol- och narkotikaproblem, med samtidig påverkan på outcome av grundsjukdomen.

Det är mest praktiskt om vårdpersonalen generellt lär sig identifiera missbruk och beroende samt att informera och stödja motivation för behandling. Då missbruk är så pass utbrett överallt, är det också praktiskt att vårdpersonalen lär sig att hantera missbruk, och att beroendepatienter hänvisas till specialistvården – i överensstämmelse med gemensamma och gällande nationella och internationella riktlinjer.

Den snabbt ökande alkohol- och narkotikaförbrukningen i Sverige förväntas i den närmaste framtiden skapa ännu större insatsbehov. En kvalificerad gissning skulle vara en mångdubbling av missbruksbehandlingen, vilken dels har eftersläpning och dels förväntas öka vid högre alkoholförbrukning i Sverige. Samtidigt kommer denna insats att förbättra identifikationen och därmed möjligheterna till hänvisning av beroendepatienter. Dessa kan dock också förväntas öka som följd av ett obehandlat missbruk. Därför kommer det troligtvis att bli tal om en fördubbling av behovet för beroendebehandling – dock avhängigt av hur aktiv insatsen mot missbruk blir.

Det bästa resultatet kan uppnås när behandlingen följer patienten, det vill säga att behandlingen sker på det ställe eller i den sektor där patienten befinner sig. Generellt ökas kvaliteten av behandling och vård, när gemensamma evidensbaserade riktlinjer används. Interventionen måste anpassas till den enskildes behov och patientförlopp, så den stora potentialen frisätts för bättre hälsovinst på både kort och lång sikt till gagn för den enskilde patienten, för den lokala och regionala sjuk- och hälsovården samt för hela samhället. Det är därför anledning till en generell utbredning av systematisk och kvalitetssäkrad alkohol- och narkotika-intervention i samarbete mellan de svenska sjukhusen, primärvården och beroendevården.

Kontinuiteten tvärs genom vårdkedjan är alltid ett problem, och det problemet tycks bli ännu större för en patientgrupp med alkohol- och narkotikaproblem. Det blir problem om patienten skall skickas långt iväg för att få sin behandling på en annan institution, speciellt om patienten fortfarande är inlagd på sjukhus. Det gäller också den andra vägen, om patienten skall börja interventionen i primärvården för operation på sjukhuset (Tønnesen et al., 2010).

Därför är det mest behov av resurser till kvalificerad utbildning av personal på sjukhus och inom primärvård samt flera behandlingsplatser för hänvisning av nya beroendepatienter till specialister inom beroendevården. Slutligen finns det också behov av att undervisning i missbruk och beroende integreras i alla medicinska utbildningar inklusive utbildning av hälsopersonal.

## **9.5 Somatisk samsjuklighet hos patienter med missbruk eller beroende**

### **9.5.1 Förekomst och omfattning**

Utöver många direkta alkohol- och narkotikarelaterade följsjukdomar har missbruks- och beroendepatienter ofta en riskfylld livsstil med rökning, näringsbrist och fysisk inaktivitet, som samtliga har en skadlig effekt på hälsan, både var och en för sig och gemensamt med alkohol eller narkotika (Tayler & Rehm, 2006).

På samma sätt som missbruk och beroende är viktigt för behandling och outcome bland somatiska patienter, så är somatisk sjukdom lika viktig bland missbruks och beroendepatienter. Dessa patienter har ofta fler riskfaktorer och kroniska medicinska sjukdomar än resten av populationen, men en korrekt beskrivning finns ändå inte.

Nyligen har det danska Nationale Råd for Folkesundhed gått igenom litteraturen och rapporterat att hög alkoholkonsumtion medför en gemensam ökning av tobaksrelaterade sjukdomar (inklusive hjärt och kärlsjukdomar), diabetes typ 2 och andra livsstilsrelaterade diagnoser (Hermansen et al., 2007). Dessutom ser det ut som att missbrukare och beroendepatienter som avbryter behandlingen ökar sin rökning, fysiska inaktivitet och vikt (Thygesen et al., 2008). Ohälsosam livsstil, ökade kroniska medicinska sjukdomar och svag behandlingsinsats, som tillägg till

missbruk eller beroende, är huvudsakligen beskrivet beträffande alkohol, men det verkar upplagt att det också bör gälla beträffande narkotika – åtminstone i någon mån.

### 9.5.2 Behandling eller hänvisning

Naturligtvis diagnostiseras många somatiska sjukdomar bland missbruks- och beroendepatienter som blir adekvat hänvisade och behandlade. En fråga kvarstår – sker diagnostisering, behandling eller hänvisning systematiskt för de mest frekventa och allvarligaste sjukdomarna eller sker det mer opportunistiskt och tillfälligt? Omfattar denna diagnostik också allvarliga riskfaktorer och hur behandlas eller hänvisas dessa?

Då förekomsten av somatisk samsjuklighet och riskfaktorer anses vara hög i denna patientgrupp, och då behandlingserbjudande samt patient compliance inte anses vara lika hög, även om det är en stor effektpotential, kan det mycket väl vara en fördel att implementera samma systematik med identifikation och interventionsprogram, som gäller för andra somatiska patienter. Härmed blir det möjligt att ”reach the unreachable” och understödja arbetet i riktning mot likhet i hälsa, som WHO rekommenderar. Därför är det positivt att de nationella kommande rekommendationerna om levnadsvanor och ersättningsavtal från Socialstyrelsen också innefattar psykiatriska patienter inklusive missbruks- och beroendepatienter (Socialstyrelsen, preliminär rapport 2010).

### 9.5.3 Behov av bifogade behandlingsresurser

Det enklaste är fortfarande att hänvisa missbruks- och beroendepatienter med diagnostiserad eller misstanke om somatisk sjukdom och riskfaktorer till behandling och uppföljning i primärvården. Hur många av patienterna som verkligen följer hänvisning, behandling och uppföljning via denna väg är osäkert och borde utvärderas närmre.

Det är viktigt att skaffa mer exakt kunskap om frekvens, behandling och uppföljning av somatisk samsjuklighet och riskfaktorer bland svenska patienter med missbruk och beroende av alkohol och narkotika. WHO har utvecklat och evaluerat standarder för hälsofrämjande åtgärder på sjukhus. Det internationella HPH

Network har utvecklat och kliniskt testat tillhörande dokumentationsmodeller, som alla problemfritt kan användas för att beskriva omfång och utbredning samt kartlägga eventuella existerande hälsofrämjande insatser och aktiviteter och helt enkelt kopplas till något klassificeringssystem, t.ex. DRG-systemet – se också avsnitt 9.5. Socialstyrelsen har lagt till den delen av dessa modeller som omfattar rådgivning i de nya rekommendationerna och ersättningsavtalen.

Med denna kunskap blir det möjligt att kartlägga den fysiska ohälsan bland beroende- och missbrukspatienter och därmed är det enkelt att upptäcka behovet för bifogade resurser (se VIP-initiativet nedan).

Det bästa skulle möjligtvis vara att erbjuda ett bredare interventionsprogram, som inkluderar intervention både mot riskfaktorer och kroniska sjukdomar samt ger ökad sjukdomsinsikt till dessa patienter. Inspirationen kommer ifrån liknande program för kroniska medicinska patienter och operationspatienter (Jørgensen et al., 2005; Gæde et al., 2003; Zwisler et al., 2008; Sillesen et al., 2007; Nielsen et al., 2010). Också här är det behov av mer kunskap. Faktiskt är det dags att genomföra en högkvalitetsstudie över effekten av ett fullständigt interventionsprogram, t.ex. det VIP-projekt som precis är på gång att starta vid Beroendecentrum i Malmö, Psykiatri Skåne. Projektet är stött av FAS.

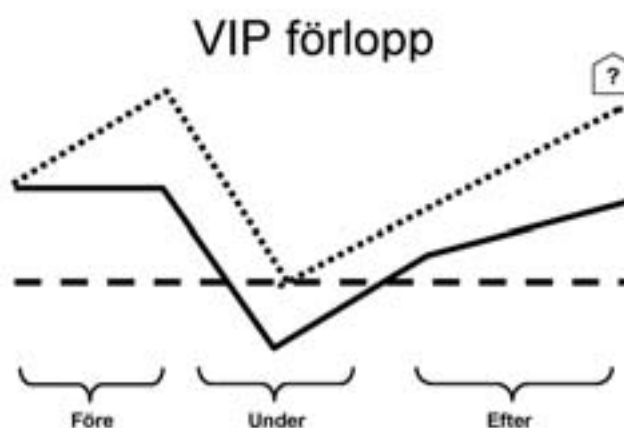
Effekten av hälsofrämjande aktiviteter bör följas upp ordentligt på samma sätt som andra insatser för övriga patientgrupper. Detta kan göras genom patientadministrativa system. Det finns ett behov av ett nytt nationellt kliniskt tvärsektoriellt kvalitetsregister för kvalitetssäkring och effektmätning som löpande offentliggörs – se t.ex. Figur 6 eller [www.rygestopbasen.dk](http://www.rygestopbasen.dk) för inspiration). Det nya kvalitetsregistret bör likna och kunna kopplas till övriga nationella register, till den elektroniska patientjournalen samt kunna fungera tillsammans med internationella register för benchmarking, utveckling och forskning. En enkel koordinerande sekretariatsfunktion bör placeras i en professionell, stark och stabil miljö, som t.ex. hos forskargruppen vid Beroendecentrum Malmö.

#### 9.5.4 VIP-initiativ för patienter med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika

VIP står både för Very Integrated Programme och Very Important Patient, då dessa patienter behöver en VIP-liknande behandling (här har VIP den vanliga betydelsen), så att vi kan utnyttja den stora förbättringspotential, som ännu inte är satt igång. Till detta projekt används de internationella WHO standarder för den ovan efterfrågade beskrivningen av riskfaktorer och somatisk samsjuklighet. Kartläggningen är det första steget i projektet. Kartläggningen kan problemfritt utvidgas till att omfatta andra avdelningar, kliniker, centra etc., som är intresserade av att kartlägga hälsa och behov av hälsofrämjande interventioner i sin patientgrupp.

Figur 4 nedan visar hur VIP-programmet är tänkt att förbättra funktionaliteten för en patientgrupp i samband med ett sjukdoms- och behandlingsförlopp (Carli & Zavorsky, 2005).

Figur 4 VIP förlopp



Alla patienter, som har en riskfaktor (eller flera) och en kronisk somatisk sjukdom blir erbjudna information om det nästa steget, som är en randomiserad klinisk interventionsstudie inklusive kostnadsanalys. Patienterna blir randomiserade antingen till VIP-programmet eller till rutinbehandlingen. I det sistnämnda kan de

naturligtvis använda sig av de existerande behandlingsmöjligheterna, men inte det integrerade VIP-programmet.

Hypotetiskt kommer VIP-programmet också att kunna öka patientens outcome av beroende- eller missbruksbehandlingen genom att öka funktionalitetsnivå, livskvalitet och patienttillfredsställelse. Programmet består av nedanstående element, som var för sig är evidensbaserade, men som inte tidigare har kopplats samman till denna patientgrupp:

- Rökning (Gold standard program för dagliga rökare)
- Risk för undernäring alt. näringsbrist (i enlighet med ESPN:s riktlinjer)
- Övervikt (Dietistprogram för BMI > 25)
- Fysisk inaktivitet (träningsprogram om < 30 minuter per dag)
- Psykosocialt stöd (motivationssamtal och annat stöd)
- Samsjuklighet: kroniska sjukdomar (screening och intervention mot kardiovaskulär sjukdom, andningsorganens sjukdomar, diabetes, leversjukdom liksom anpassning av befintlig behandling av annan samsjuklighet enligt GP:s riktlinjer)
- Utbildningsprogram (i enlighet med patientprogram för kroniska sjukdomar).

Om VIP-programmet skulle visa sig effektivt för denna patientgrupp och i denna miljö kan det implementeras omedelbart på grund av projektets uppbyggnad med användande av kvalitetsstandarder och indikatorer samt uppföljning i kvalitetsregister.

## **9.6 Synlighet, samordnade kliniska riktlinjer och dokumentation**

### **9.6.1 Synlighet, transparens och kvalitetssäkring**

Det är viktigt att säkra synlighet, transparens och kvalitet för identifikation, behandling och uppföljning av samsjuklighet vid missbruk och beroende av alkohol och narkotika – liksom andra sjukdomar och tillstånd, t.ex. lunginflammation och benbrott – oavsett om det gäller alkohol och narkotika på somatiska

avdelningar eller om det gäller somatiska sjukdomar i missbruks- och beroendevården.

Det är många tabun, traditioner och barriärer i förbindelse med alkohol och narkotika i Sverige liksom i andra länder. Det är tydligt att aktiv förändring av andra livsstilsfaktorer, såsom rökning och viktminskning, ger stor uppbackning från omgivningen och mycket stöd från vårdpersonal, medan liknande förändringsprocesser beträffande alkohol och narkotika hanteras på olika sätt av samma omgivning och personal. Här verkar behandlingen nästan mer stigmatiserande än själva missbruket/beroendet utan behandling. Det är också tradition att beskriva patienter som missbrukare /beroende långt efter att det blivit effekt av behandlingen. Det motsvarar att fortfarande kalla en f.d. rökare för rökare eller fortfarande benämna en patient för överviktig efter att normalvikt uppnåtts. Andra barriärer kommer från hälsoplanerare, politiker och beslutsfattare, som kanske inte är medvetna om den stora effektpotential som kan uppnås genom relativt små hälsofrämjande ändringar i patientförloppet.

Dessa barriärer synes möjliga att överkomma genom att synliggöra och kvalitetssäkra insatser och effektmål som en del av sjukvårdens och verksamhetens kvalitetsarbete, att prata öppet om missbruk och beroende, informera tydligt om behandlingsprogram och visa på resultat från behandlingen, samt att utarbeta gemensamma kliniska evidensbaserade riktlinjer med gemensamma mål för alla avdelningar, sjukhus och vårdcentraler i en region eller nationellt. De bästa exemplen handlar om alkohol, medan det finns behov för att intensifiera utvecklingen beträffande narkotika.

En kartläggning av hälsofrämjande aktiviteter på alla danska sjukhus visade att bara omkring 10 procent av patienterna som mottog en hälsofrämjande insats var registrerade i det nationella patientregistret (Træden et al., 2001). Därefter blev ett nationellt och senare ett internationellt utvecklingsarbete satt i verket med avsikt att beskriva och evaluera enkla modeller för dokumentation av hälsofrämjande aktiviteter och dess effekt. Kanske är det inte så annorlunda i Sverige, men det finns inte motsvarande kartläggning från Sverige.

### 9.6.2 Dokumentation

Många gånger blir insatsen för samsjuklighetspatienter inte synlig på grund av bristande dokumentation, dels inom somatiken, där dokumentation av alkohol- och narkotikaproblem ofta kan vara omgiven av barriärer och bristande kunskap, och dels inom beroendevården, där dokumentation av somatiska sjukdomar kan synas komplicerad med alla 45 000 ICD-koder och andra klassifikationskoder i de patientadministrativa stödsystemen.

När problemet inte aktualiseras eller dokumenteras blir insatsen inte synlig – och därmed blir effekten i form av bättre hälsovinst heller inte synlig. Lyckligtvis har det internationella HPH Network redan utvecklat kliniskt genomprövade modeller för enkel, användbar och kliniskt meningsfull dokumentation baserade på WHO-standarder på området, så att det inte blir nödvändigt att ”uppfinna hjulet igen”. Modellerna är testade och funna kliniskt begripliga, brukbara och tillräckliga för patientgrupperna av kliniska specialister från sjukhus och avdelningar i omkring 20 länder i Europa, Amerika, Afrika och Asien. Sverige har deltagit i några av evalueringarna.

Viktiga krav för sådana modeller för dokumentation är att de är kliniskt relevanta för de som skall använda dem (nämnt ovan), att dokumentationen skall vara oavhängig av den metod som kliniken brukar för identifikation eller intervention, att de inte skall vara komplicerade eller ta för mycket av klinikernas (eller andras) tid.

Evaluering på sjukhusnivå kan genomföras med hjälp av fem WHO standarder:

- WHO self-assessment tool for health promotion in hospitals (Groene, 2006),

medan det på patientnivå är två modeller:

- HPH-DATA Model för dokumentation av riskfaktorer (en dokumentationsmodell med nio frågor för de fem mest frekventa riskfaktorerna av störst betydelse för patientförloppet). Relaterat till ICD-klassifikationen och till WHO Standard nummer 2 (Tønnesen et al., 2010).
- Documentation model for health promotion activities in hospitals (15 koder dokumenterar aktiviteter från motiverande samtal till komplexa rehabiliteringsprogram (rehabilitering



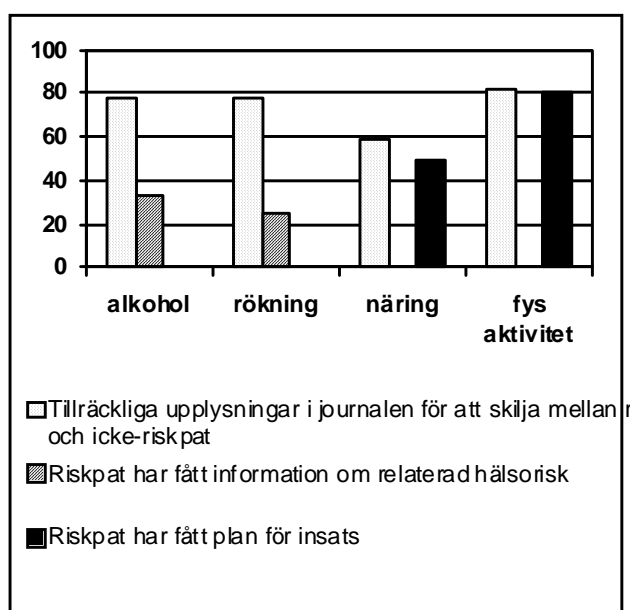
definerat brett som t.ex. vid hjärtrehabilitering). Relaterat till WHO-standard nummer 3 (Tønnesen et al., 2007).

Fokus är mest riktat mot alkohol och andra livsstilsfaktorer, som är enkelt beskrivna med bara några få rader var, medan det saknas ett par rader om narkotika. Att sätta i gång ett internationellt utvecklingsarbete kring detta skulle vara relevant.

### 9.6.3 Exempel från klinisk praxis

Nedan visas exempel på användande av dessa internationella modeller, som alla är helt eller delvis integrerade i den nya nationella kvalitetsmodellen för sjukvården liksom primärvården i hela Danmark samt delvis integrerade i de nya riktlinjerna för rådgivning från Socialstyrelsen i Sverige, dock återstår fortfarande själva behandlingsprogrammen. På samma sätt används modellerna av andra länder och regioner.

Figur 5 Exempel från köpenhamsk journalaudit gällande WHO Standards (nummer 2 och 3) om implementering (procent) av hälsofrämjande åtgärder på sjukhus. (Region Hovedstaden, 2010.)



**Tabell 2** Översikt över förekomst av patienter med hög alkoholkonsumtion på somatiska sjukhus (OBS! gränsvärdena är högre än de svenska. Rökning visas som jämförelse)

	Norge <sup>I</sup> n = 1515	Danmark <sup>II</sup> n = 220	Internationellt <sup>III</sup> n = 1360
<b>Alkohol</b>			
> 14/21 enheter per vecka (K/M)	5%	10%	9%
<b>Rökning</b>			
Daglig rökare	19%	25%	22%

<sup>I</sup> Oppedal K et al., 2010

<sup>II</sup> Tønnesen H et al., 2008

<sup>III</sup> Tønnesen H et al., Submitted 2010

**Tabell 3** Översikt över rådgivning och sedvanligt behandlings-program hos patienter med hög alkoholkonsumtion på somatiska sjukhus. Rökning visas som jämförelse

	Danmark <sup>IV</sup> n = 117	Internationellt <sup>V</sup> n = 380
<b>Alkohol</b>		
Brief intervention (inkl. MI)	8%	10%
Intervention/behandlingsprogram och rehabilitering	5%	6%
<b>Rökning</b>		
Brief intervention (inkl. MI)	20%	17%
Intervention/behandlingsprogram och rehabilitering	11%	8%

<sup>IV</sup> Det danske Netværk af forebyggende sygehuse, 2004

<sup>V</sup> Tønnesen H et al., 2007

Som kan ses i Tabell 2 och 3 är de internationella sjukhusen och psykiatrin duktiga på att identifiera hög alkoholförbrukning bland patienter. Detta innebär mer information, rådgivning och behandlingsprogram. Det samma gäller för rökning. Som inspiration ses i Figur 6 en sammanställning av effekten av de rökstoppsprogram som används i Danmark. Det är oftast Gold Standard Program (GSP), som också rekommenderas till rökstopp vid operation.

Figur 6 Uppföljning i klinikregister. Effekt av rökstoppsprogram i Danmark



#### 9.6.4 Koppling till ekonomisystemet (DRG)

Som tillägg till dokumentationen är det också viktigt att förbinda denna till avräkningssystemen för sjukhus, psykiatri och primärvård. Det mest utbredda systemet gäller diagnosrelaterade grupper (DRG, som utvecklades på 1970-talet för att kontrollera kostnader inom hälsovården. I dag är DRG implementerat världen över. Största delen av DRG-systemet är relaterat till diagnoserna, undantaget kirurgi, där det är relaterat till själva den operativa aktiviteten. Enskilda områden är ännu inte anknutna till DRG, t.ex. psykiatri i flera länder, men där är DRG-planeringen på gång

såsom i Sverige. De flesta budgetar består av en rambudget och en aktivitetsstyrd DRG-budget. Procentfördelningen mellan de två budgetdelarna kan variera mycket i olika länder eller regioner och över tid.

WHO-CC i Köpenhamn har lett ett internationellt arbete med avräkning av tekniska barriärer för att koppla hälsofrämjande åtgärder till DRG-systemet. Där finns inga tekniska barriärer, men det kan vara politiska barriärer (Tønnesen & Groene, 2004). Dessutom har det bara varit en svag tradition att registrera riskfaktorer och samsjuklighet systematiskt.

Både HPH Data Model (WHO standard 2 relaterad) och Dokumentationsmodellen för hälsofrämjande aktiviteter (WHO standard 3 relaterad) kan problemfritt kopplas till DRG-systemet. Den första direkt till diagnoskoder, den andra via etablering av aktivitetskoder (15 totalt), där det är aktiviteten som avräknas. Den sistnämnda har den fördelen att man inte bara får pengar för att ställa en enkel diagnos, men att det kräver en hälsofrämjande insats för att få lösa ut pengarna – precis som att operationen skall genomföras innan det genererar pengar inom kirurgin. Danmark har valt den sista modellen, som också kan beskrivas som kvalitetsbaserad DRG-avräkning, och en motsvarande modell har valts i USA för traumacenter, där missbrukare och beroende av alkohol och tobak samtidigt med traumabehandling får intervention för dessa problem. I Sverige finns ett exempel på stödjande liten incitamentbetalning för alkoholsamtal på sjukhus, baserat på dokumenterad diagnos och aktivitet (Uppsala och Hässleholm). Bland andra Region Skåne utvidgar detta till att omfatta ersättning för de nya nationella riktlinjerna med flera riskfaktorer (Socialstyrelsen, 2010).

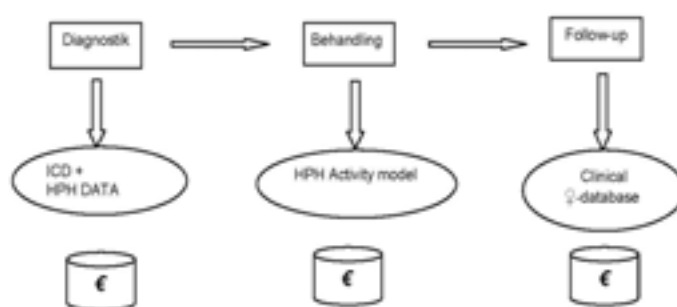
En ännu stramare kvalitetsstyrning är på gång internationellt med mer fokuserad kvalitetsbaserad avräkning. I dessa situationer blir sjukhus inte betalade för återinläggning eller alternativt blir betalningen reducerad vid återinläggningen och kan inte längre täcka den faktiska kostnaden. Detta är redan infört vid några operativa ingrepp (knä- och höftalloplastik i Danmark), där komplikationer och omoperationer inte ger någon betalning i dag.

En annan möjlighet är avräkning till ett högre incitamentspris – enbart för de som följer behandlingen med god effekt. En sådan kvalitetsbaserad avräkning ställer krav om ordentlig dokumentation av diagnos, intervention och uppföljning för effekt och komplikationer via ett välfungerande kvalitetsregister.

Den nationella danska rökstoppsbasen är ett bra exempel på ett internationellt erkänt kvalitetsregister för hälsofrämjande åtgärder, var god se [www.Rygestopbasen.dk](http://www.Rygestopbasen.dk) och Figur 6. Det skulle vara mycket relevant med ett liknande välfungerande kliniskt register inom det aktuella området (se också kapitel 4).

Figur 7 nedan illustrerar hälsofrämjande arbete i ett patientförlopp med relation till de beskrivna modellerna och kliniskt kvalitetsregister.

**Figur 7** Exempel på integrering av hälsofrämjande åtgärder i ett patientförlopp. Ekonomi och avräkning (DRG) kan kopplas till varje del



## 9.7 Konklusion

Samsjuklighet är ett stort problem med nästan lika stor potential för effekt vid adekvat aktualisering. Det spelar en signifikant roll för behandlingsresultat och patientförlopp, som blir sämre när bara den ena delen av en samsjuklighet behandlas.

Det är en dubbel ingång till samsjuklighet, som gäller både missbruks- och beroendeproblem vid de somatiska sjukhusen och primärvården och somatiska problem i missbruks- och beroendevården. Samtidigt är det också möjlighet till dubbel effekt vid behandling, som det har visats inom kirurgi och alkoholbehandling. Här spelar reversibilitet av latent eller subklinisk organpåverkan vid nykterhet en väsentlig roll.

Ofta blir samsjuklighet inte särskilt synlig i journalen eller i de patientadministrativa systemen på grund av brist på systematisk identifikation, dokumentation och intervention. På liknande sätt undervärderas effekten av insatser som är på gång.

I Sverige saknas kunskap om omfattningen och spridningen av samsjuklighet. Från litteraturen fås nedanstående estimering:

- Omkring 5–10 procent av somatiska patienter har samtidigt missbruk eller beroende, flest bland män och vid olyckor; variationen är stor. Bara få procent av dessa aktualiseras (med identifikation, hänvisning eller behandling)
- Mellan 1/3 och 2/3 av patienter med missbruk eller beroende av alkohol eller narkotika har samtidigt medicinska kroniska sjukdomar och riskfaktorer, t.ex. rökning, övervikt, näringsbrist och fysisk inaktivitet. Bara en mindre del av dessa aktualiseras adekvat.

I Sverige ökar alkoholkonsumtionen kontinuerligt så att den är nu inte långt ifrån den danska nivån. Därför kan det också förväntas att missbruk eller beroende och hälsoskador bara kommer att öka, om det inte sätts in aktiva åtgärder.

Det finns ett generellt behov av att:

- säkra systematisk identifikation, dokumentation, intervention/hänvisning och uppföljning av samsjuklighet utifrån WHO:s standarder och de nya svenska riktlinjerna från Socialstyrelsen (t.ex. initiativ som Scand-Ankle & VIP projekten),
- utveckla gemensamma riktlinjer för detta på regional eller nationell nivå tvärs genom olika avdelningar, kliniker och vårdinrättningar,
- utbilda läkare och annan vårdpersonal till att identifiera missbruk och beroende av alkohol och narkotika bland somatiska patienter. Missbruk är (och blir mer och mer) utbredd i Sverige, så det är viktigt att behandling kan utföras av kompetent personal inom sjukvård och primärvård, som också skall uppmärksammas på hänvisning av beroendepatienter till specialister inom beroendområdet,
- integrera undervisning i missbruk och beroende och samsjuklighet i alla utbildningar av läkare och vårdpersonal framöver,
- etablera ett offentligt tillgängligt kliniskt kvalitetsregister för att understödja att systematiskt samla in kunskap på området,
- analysera kommande nya data för en mer precis uppskattning, insats etc.

## Referenser

- Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe, a public health perspective. A report for the European Commission. National Institute on Alcohol UK, 2006.
- Andréasson S, Allebeck P, Romelsjö A. Hospital admissions for somatic care among young men: the role of alcohol. *Br J Addict* 1990; 85: 935-41.
- Andréasson S, Brandt L. Mortality and morbidity related to alcohol. *Alc Alc* 1997; 32: 173-8.
- Beynon CM, Roe B, Duffy P, Pickering L. Self reported health status, and health service contact, of il-licit drug users aged 50 and over: A qualitative interview study in Merseyside, United Kingdom. *BMC Geriatrics* 2009; 9: 45 (1-9).
- Bradley K, Rubinsky AD, Sun H, Bryson CL, Bishop MJ, Blough DK, Henderson WG, Maynard C, Hawn MT, Tønnesen H, Hughes G, Beste LA, Harris AHS, Hawkins EJ, Houston TK, Kivlahan DR. Alcohol screening and risk of postoperative complications in male VA patients undergoing major surgery. *J Gen Intern Med* 2010 Sep 28. [Epub ahead of print]
- Carli F, Zavorsky GS. Optimizing functional exercise capacity in the elderly surgical population. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2005 Jan; 8(1):23-32.
- Chen CY, Lin KM. Health consequences of illegal drug use. *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22; 287-92.
- De Letter EA, Piette MH, Lambert WE, Cordonnier JA. Amphetamines as potential inducers of fatalities: A review in the district of Ghent from 1976-2004. *Med Sci Law* 2006; 46: 37-65.
- Det danske netværk af forebyggende sygehuse. Rapport om DRG og Forebyggelse 2004, (ISB87-988376-7-2).
- Gerdes S, Zahl VA, Weichenthal M, Mrowietz U. Smoking and alcohol intake in severely affected patients with psoriasis in Germany. *Dermatology* 2010; 220: 38-43.
- Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GV, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 383-93.
- Groene O. Implementing health promotion in hospitals: Manual and self assessment forms. World Health Organization; 2006.

- Hart CL, Smith GD. Alcohol consumption and mortality and hospital admissions in men from the Midspan collaborative cohort study. *Addiction*. 2008 Dec; 103(12): 1979-86.
- Hermansen K, Jørgensen K, Schmidt EB, Tjønneland A, Tolstrup JS, Grønbaek M. Alkohol og livsstilssygdomme. *Ugeskr Læger* 2007; 169: 3404-6.
- John U, Rumpf HJ, Hanke M, Gerke P, Hapke U. Estimation of tobacco- or alcohol-attributable disease rates in national hospital care: an approach based on routine in-patient disease register data and systematic diagnosis of alcohol use disorders. *Alcohol Alcohol*. 2003 Jul-Aug; 38(4): 339-46.
- Jöhnsson AK, Holmgren P, Druid H, Ahlner J. Cause of death and drug use pattern in deceased drug addicts in Sweden 2002–2003. *Forensic Sci Int* 2007; 169: 101-7.
- Jørgensen SJ, Hendriksen C. [Rehabilitation of chronic diseases. Can its effectiveness be improved?] *Ugeskr Laeger*. 2005 Jan 17; 167(3): 263-6.
- Kip MJ, Neumann T, Jugel C, Kleinwaechter R, Weiss-Gerlach E, Guill MM, Spies CD. New strategies to detect alcohol use disorders in the preoperative assessment clinic of a German university hospital. *Anesthesiology*. 2008 Aug; 109(2): 171-9.
- Kristenson H, Peterson B, Trelle E, Hood B. Hospitalization and alcohol-related morbidity within three years after screening in middle-aged men. *Drug Alcohol Depend*. 1982 Aug; 9(4): 325-33.
- Lindström D, Sadr Azodi O, Wladis A, Tønnesen H, Linder S, Näsell H, Ponzer S, Adami J. Effects of a perioperative smoking cessation intervention on postoperative complications: a randomized trial. *Ann Surg*. 2008 Nov; 248(5): 739-45.
- Macdonald I, ed. Health issues related to alcohol consumption. 2<sup>nd</sup> edition. Oxford: Blackwell Science Ltd, 1999.
- McQueen J, Howe TE, Mains D. Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8; (3): CD005191.
- Maylath E, Spanka M, Nehr R. [Which wards or hospital departments admit mentally ill patients? An analysis of hospital admissions recorded by the German Statutory Sickness Insurance Body in the light of the introduction of German



- budgeting practice] *Gesundheitswesen*. 2003 Aug-Sep; 65(8-9): 486-94.
- Møller AM, Villebro N, Pedersen T, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomised clinical trial. *Lancet*. 2002 Jan 12;359(9301):114-7.
- Nalpas B, Thepot V, Driss F, Pol S, Courouce AM, Saliou P, Berthelot P. Secondary immune response to hepatitis B virus vaccine in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 1993 Apr;17(2):295-8.
- National Institutes of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism 10th special report to the U.S. congress on alcohol and health. Bethesda, 2000.
- Naper SO. All-cause and cause-specific mortality of social assistance recipients in Norway: A registerbased follow-up study. *Scand J Publ Health* 2009; 37: 820-5.
- Nielsen PR, Jørgensen LD, Dahl B, Pedersen T, Tønnesen H. Prehabilitation and early rehabilitation after spinal surgery: randomized clinical trial. *Clin Rehabil*. 2010 Feb; 24(2): 137-48.
- Norström T, Ramstedt M. Mortality and population drinking: a review of the literature. *Drug Alcohol Rev*. 2005; 24: 537-47.
- Oppedal K, Nesvåg S, Pedersen B, Skjøtskift S, Aarstad AK, Ullaland S, Pedersen KL, Vevatne K, Tønnesen H. Health and the need for health promotion in hospital patients. *Eur J Public Health*. 2010 Oct 13. [Epub ahead of print]Pedersen CL, Steentoft A, Kringsholm B. Death among drug addicts in Eastern Denmark 2005. *Ugeskr Læger* 2008; 170: 4124-7.
- Pedersen B, Alva-Jørgensen P, Raffing R, Tønnesen H. Fractures and Alcohol Abuse – Patient Opinion of Alcohol Intervention. *Open Orthop J*, 2010; 4: 243-8
- Pedersen B, Egund L, Oppedal K, Tønnesen H. Emergency and surgical patients willingness to participate in alcohol intervention studies. Presented at the International HPH Conference, Greece, 2009.
- Pedersen MU, Vind L, Milter M, Grønbæk M. *Alkoholbehandlingsindsatsen i Danmark – sammenlignet med Sverige* (ISBN: 97-89029-56-9) 2004.
- Persson J, Magnusson PH. Prevalence of excessive or problem drinkers among patients attending somatic outpatient clinics: a

- study of alcohol related medical care. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1987 Aug 22; 295(6596): 467-72.
- Ramstedt M, Stokkeland K, Hultcrantz R. Nytt alkoholmönster och fler leverskador efter Sveriges EU-inträde *Läkartidningen* 2010; 107: 1463-6.
- Region Hovedstaden. Intern rapport om Journal Audit maj 2010.
- Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*. 2003 Sep; 98(9): 1209-28.
- Rigotti NA, Munafo MR, Stead LF. Interventions for smoking cessation in hospitalised patients. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jul 18;(3): CD001837.
- Roaldset JO, Martinsen EW. [Psychiatric consultations at a somatic central hospital. Review of 383 referrals over 3 years] *Tidsskr Nor Laegeforen*. 1992 Aug 20; 112(19): 2517-9.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71-2.
- Saitz R, Freedner N, Palfai TP, Horton NJ, Samet JH. The severity of unhealthy alcohol use in hospitalised medical patients. The spectrum is narrow. *J Gen Intern Med* 2006; 21: 381-5.
- Sand J, Välikoski A, Nordback I. Alcohol consumption in the country and hospitalizations for acute alcohol pancreatitis and liver cirrhosis during a 20-year period. *Alcohol Alcohol*. 2009 May-Jun; 44(3): 321-5. Epub 2009 Jan 14.
- Shourie S, Conigrave KM, Proude EM, Ward JE, Wutzke SE, Haber PS. The effectiveness of a tailored intervention for excessive alcohol consumption prior to elective surgery. *Alcohol Alcohol*. 2006 Nov-Dec; 41(6): 643-9. Epub 2006 Aug 10.
- Sillesen H, Madelung S, Eldrup N, Roed M. Organising a nurse-driven PAD rehabilitation clinic within the vascular surgical department. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33: 26-32.
- Singleton J, Degenhardt L, Hall W, Zabransky T. Mortality among amphetamine users: A systematic review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2009; 105: 1-8.

- Sjögren H, Eriksson A, Ahlm K. Alcohol and unnatural deaths in Sweden: a medico-legal autopsy study. *J Stud Alcohol*. 2000 Jul; 61(4): 507-14.
- Skeie I, Brekke M, Lindbæk M, Wall H. Somatic health among heroin addicts before and during opioid maintenance treatment: A retrospective cohort study. *BMC Public Health* 2008; 8: 43 (1–8).
- Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande Metoder. Tobak, alkohol, fysisk aktivitet och matvanor – stöd för styrning och ledning 2010. Preliminär version.
- Stenbacka M, Leifman A, Romelsjö A. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: A 37 year follow-up. *Drug Alcohol Rev* 2010; 29: 21-7.
- Sundquist K, Franck G. Urbanization and hospital admission rates for alcohol and drug abuse: a follow-up study of 4.5 million women and men in Sweden. *Addiction* 2004; 99: 1298–1305.
- Taylor B, Rehm J. When risk factors combine: the interaction between alcohol and smoking for aerodigestive cancer, coronary heart disease, and traffic and fire injury. *Addict Behav*. 2006 *Addiction* 2006; 10: 1679-81.
- Theobald H, Johansson SE, Bygrem LO, Engfeldt P. The effects of alcohol consumption on mortality and morbidity: A 26-year follow-up study. *J Stud Alcohol* 2001; 62: 783-89.
- Thomsen T, Tønnesen H, Møller AM. Effect of preoperative smoking cessation interventions on post-operative complications and smoking cessation. *Br J Surg*. 2009 May; 96(5): 451-61.
- Thomsen T, Villebro N, Møller AM. Interventions for preoperative smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010 Jul 7;(7):CD002294.
- Thygesen LC, Johansen C, Keiding N, Giovannucci E, Grønbaek M. Effects of sample attrition in a longitudinal study of the association between alcohol intake and all-cause mortality. *Addiction*. 2008; 103: 1149-59.
- Træden UI, Zwisler ADO, Møller L, Tønnesen H. Forebyggelse på danske sygehuse – en kortlægning. WHO-CC/KESF, Netværk af danske sygehuse. 2001. PJ Schmidt A/S Vojens (ISBN: 87-91098-21-1).

- Tønnesen H. Alcohol abuse and postoperative morbidity. *Dan Med Bull.* 2003 May; 50(2): 139-60.
- Tønnesen H, Christensen ME, Groene O, O'Riordan A, Simonelli F, Suurorg L, Morris D, Vibe P, Himel S, Hansen PE. An evaluation of a model for the systematic documentation of the hospitals-based health promotion activities: results from a multicentre study. *BMC Health Serv Res* 2007; 7: 145.
- Tønnesen H, Faurschou P, Ralov H, Mølgaard-Nielsen D, Thomas G, Backer V. Risk reduction before surgery. The role of the primary care provider in preoperative smoking and alcohol cessation. *BMC Health Serv Res.* 2010 May 12; 10: 121.
- Tønnesen H, Nielsen PR, Lauritzen JB, Moller AM. Smoking and alcohol intervention before surgery: evidence for best practice. *Brit J Anaesthesia* 2009; 102: 297-306.
- Tønnesen H, Rosenberg J, Nielsen HJ, Rasmussen V, Hauge C, Pedersen IK, Kehlet H. Effect of preoperative abstinence on poor postoperative outcome in alcohol misusers: randomised controlled trial. *BMJ.* 1999 May 15; 318(7194): 1311-6.
- Tønnesen H, Roswall N, Odgaard MD, Pedersen KM, Larsen KL, Mathiassen B, Farlie R, Elbirk A, Hüttel M, Danborg L, Vestermark V, Petri AL, Ebbenhøj N, Frederiksen M, Hejgaard T. Basic registration of risk factors in medical records. Malnutrition, overweight, physical inactivity, smoking and alcohol. *Ugeskr Laeger.* 2008; 170: 1747-52.
- Tønnesen H, Massiello M, Svane JK, et al. HPH Data model for documentation of health promotion in hospitals and health services. Submitted 2010.
- Verschraagen M, Maes A, Ruiter B, Bosman IJ, Smink BE, Lusthof KJ. Post-mortem cases involving amphetaminw-based drugs in The Netherlands. Comparison with riving under influence cases. *Forensic Sci Int* 2007; 170: 163-70.
- World Health Organization: Alcohol 2004.
- World Health Organization: Health 21; 1998.
- World Health Organization. Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and self-assessment forms. Ed. O Groene; 2006, WHOLIS number: E88584 (EUR/6/5064214).

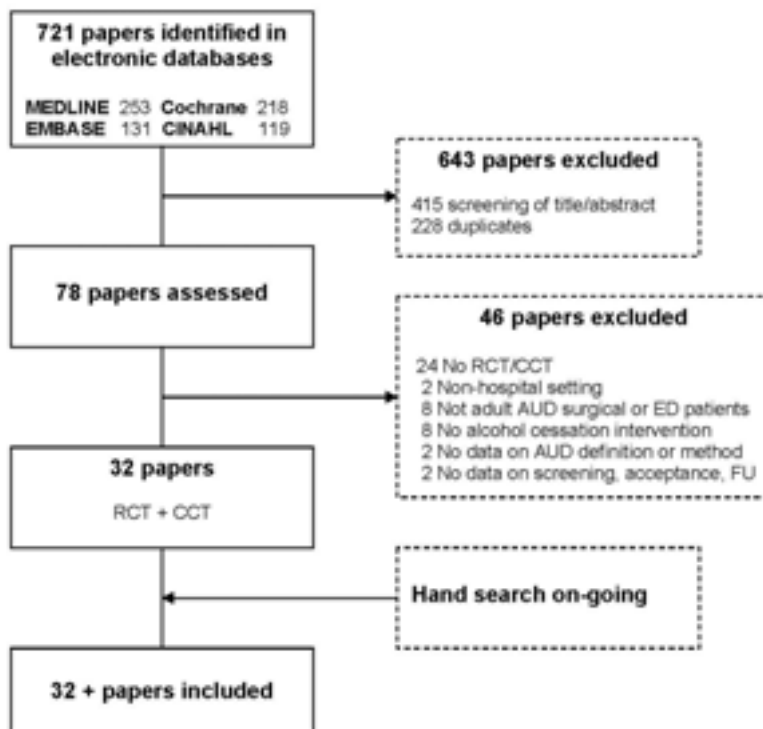
WHO-CC/KESF: Alkohol – Fakta, metoder og anbefalinger. Eds. Mundt K, Jensen M, Kann A, Nielsen AS, Grønbæk M, Tønnesen H. 2003 (ISBN 87-91098-02-5).

Zwisler AD, Soja AM, Rasmussen S, Frederiksen M, Abedini S, Appel J, Rasmussen H, Glud C, Iversen L, Sigurd B, Madsen M, Fischer-Hansen J; DANREHAB Group. Hospital-based comprehensive cardiac rehabilitation versus usual care among patients with congestive heart failure, ischemic heart disease, or high risk of ischemic heart disease. *Am Heart J.* 2008; 155: 1106-13.

## Bilaga 1

Litteratursökning i PubMed/Medline, Biobase, Embase och Cochrane Central med avgränsning (se nedan) resulterade i många referenser, men de flesta var inte relevanta för ämnet.

Figure 1: Trial profile



## Exempel på litteratursökning utan avgränsning från PubMed/Medline

---

**Result: 5 297**

---

**Translations:**

Prevalence	"epidemiology"[Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "prevalence"[All Fields] OR "prevalence"[MeSH Terms]
cancer	"neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms"[All Fields] OR "cancer"[All Fields]
alcohol	"ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]
history	"history"[Subheading] OR "history"[All Fields] OR "history"[MeSH Terms]
alcohol intake	"alcohol drinking"[MeSH Terms] OR ("alcohol"[All Fields] AND "drinking"[All Fields]) OR "alcohol drinking"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "intake"[All Fields]) OR "alcohol intake"[All Fields]
alcohol consumption	"alcohol drinking"[MeSH Terms] OR ("alcohol"[All Fields] AND "drinking"[All Fields]) OR "alcohol drinking"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "consumption"[All Fields]) OR "alcohol consumption"[All Fields]
therapy	"therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]
rehabilitation	"rehabilitation"[Subheading] OR "rehabilitation"[All Fields] OR "rehabilitation"[MeSH Terms]

**Database:** PubMed

**User query:**

Prevalence AND (Cardiol\* OR Pulm\* OR Diabet\* OR Neuro\* OR gynecol\* OR obstetr\* OR Dermatol\* OR nephrol\* OR cancer) AND (out-patient\* OR hospital patient\* OR department\* OR ward\*) AND (alcohol abus\* OR alcohol misuse\* OR excessive drink\* OR hazardous drink\* OR harmful drink\* OR binge drink\* OR alcohol history OR alcohol use\* OR alcohol habit\* OR alcohol question\* OR alcohol intake OR alcohol consumption OR alcohol intervention\* OR alcohol treatment\* OR alcohol program\* OR alcohol reduction OR alcohol therapy OR alcohol rehabilitation)

---

## Ex. på samma sökning med avgränsning: Clinical trials and adults

---

**Result: 526**

---

**Translations:**

Prevalence	"epidemiology"[Subheading] OR "epidemiology"[All Fields] OR "prevalence"[All Fields] OR "prevalence"[MeSH Terms]
cancer	"neoplasms"[MeSH Terms] OR "neoplasms" [All Fields] OR "cancer"[All Fields]
alcohol	"ethanol"[MeSH Terms] OR "ethanol"[All Fields] OR "alcohol"[All Fields] OR "alcohols"[MeSH Terms] OR "alcohols"[All Fields]
history	"history"[Subheading] OR "history"[All Fields] OR "history"[MeSH Terms]
alcohol intake	"alcohol drinking"[MeSH Terms] OR ("alcohol"[All Fields] AND "drinking"[All Fields]) OR "alcohol drinking"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "intake"[All Fields]) OR "alcohol intake"[All Fields]
alcohol consumption	"alcohol drinking"[MeSH Terms] OR ("alcohol"[All Fields] AND "drinking"[All Fields]) OR "alcohol drinking"[All Fields] OR ("alcohol"[All Fields] AND "consumption"[All Fields]) OR "alcohol consumption"[All Fields]
therapy	"therapy"[Subheading] OR "therapy"[All Fields] OR "therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]
rehabilitation	"rehabilitation"[Subheading] OR "rehabilitation"[All Fields] OR "rehabilitation"[MeSH Terms]
adult[MeSH]	"adult"[MeSH Terms]

**Database:** PubMed

**User query:**

Prevalence AND (Cardiol\* OR Pulm\* OR Diabet\* OR Neurol\* OR gynecol\* OR obstetr\* OR Dermatol\* OR nephrol\* OR cancer) AND (out-patient\* OR hospital patient\* OR department\* OR ward\*) AND (alcohol abus\* OR alcohol misuse\* OR excessive drink\* OR hazardous drink\* OR harmful drink\* OR binge drink\* OR alcohol history OR alcohol use\* OR alcohol habit\* OR alcohol question\* OR alcohol intake OR alcohol consumption OR alcohol intervention\* OR alcohol treatment\* OR alcohol program\* OR alcohol reduction OR alcohol therapy OR alcohol rehabilitation) AND (Clinical Trial[ptyp] AND adult[MeSH])

---



## Bilaga 2

Identifikationsrate, inklusionsrate och uppföljningsrate bland patienter i interventionsstudier ved överkonsumtion av alkohol (Emergency rooms and surgical departments) (Pedersen et al., 2009)

### Interventionsstudier

