

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 7 maj 1998 bemyndigades dåvarande statsrådet och chefen för Socialdepartementet Margot Wallström att tillkalla en narkotikakommission med uppdrag att göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet och med utgångspunkt från denna lägga förslag till sådana effektiviseringar av narkotikapolitiken som kommissionen finner möjliga. Översynen skall omfatta lagstiftningen inom området samt insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare och insatser för att begränsa tillgången på narkotika. Kommissionens direktiv (dir. 1998:18) har bifogats betänkandet.

Med stöd av bemyndigandet förordnades den 25 juni 1998 EU-parlamentarikern Anneli Hulthén som ledamot och ordförande i kommissionen. Samma dag förordnades som ledamöter i kommissionen dåvarande riksdagsledamoten Widar Andersson (s), konsulten Maria Arnholm, överläkaren Stefan Borg, direktören Gunborg Brännström och chefsåklagaren Ulf Norén.

Den 19 februari 1999 förordnades som sakkunniga i kommissionen rättsakkunnige Stefan Johansson, Justitiedepartementet, ämnessakkunniga Annika Mansnerus, Socialdepartementet, och kanslirådet Eskil Renström, Finansdepartementet.

Den 10 december 1998 förordnades som ledamöter i en parlamentarisk referensgrupp riksdagsledamoten Maud Ekendahl (m), polis-kommissarien Robin Gustavsson (kd), riksdagsledamoten Rinaldo Karlsson (s), riksdagsledamoten Harald Nordlund (fp), riksdagsledamoten Yvonne Oscarsson (v) och riksdagsledamoten Gunnel Wallin (c) samt den 19 februari 1999 riksdagsledamoten Thomas Julin (mp).

Som sekreterare förordnades den 20 oktober 1998 departementssekreteraren Ralf Löfstedt, den 30 november 1998 redaktören Karin Nilsson Kelly, den 7 december 1998 utredaren Anders Stymne och den 18 januari 1999 hovrättsassessorn Kristina Engholm.

Kommissionen får härmed överlämna delbetänkandet *Narkotika-statistik* (SOU 1999:90).

Stockholm i augusti 1999

Anneli Hulthén

*/ Ralf Löfstedt
Anders Stymne*

Innehåll

Sammanfattning	7
Förkortningar	11
Författningsförslag	13
1 Bakgrund	15
1.1 Inledning.....	15
1.2 Kommissionens uppdrag	15
1.3 Narkotikastatistikens uppgifter	16
1.4 Avnämare av narkotikarelaterad statistik	17
1.5 Skilda nivåer ställer olika krav	17
1.6 Den svårfångade narkotikan	19
2 Datakällor och uppgiftslämnare	21
2.1 Många skilda datakällor	21
2.2 Myndigheternas statistik om insatser riktade mot enskilda	21
2.2.1 Primärdata	21
2.2.2 Myndighetsspecifika och lokala sammanställningar	22
2.2.3 Nationell statistik	24
2.3 Myndigheternas statistikproduktion – en översikt.....	25
2.3.1 Myndigheter inom rättsväsendet och tullen	25
2.3.2 Myndigheter med vård- och behandlingsansvar	32
2.4 Andra informationskällor än registerdata	39
2.4.1 Inledning.....	39
2.4.2 Enkäter och surveyundersökningar	39
2.4.3 Paneler och annan kvalitativ information	41
2.4.4 Kartläggningar	41
2.4.5 Stickmärkesundersökningen i Stockholm	42
2.5 Sammanställning, rapportering och analys av data	43

3	Önskvärd information om narkotikans spridning	45
3.1	Övergripande målsättning	45
3.2	Antalet missbrukare och deras missbruksmönster	46
3.2.1	Inledning och definitioner	46
3.2.2	Metoder för att få kunskap om omfattningen av det tunga narkotikamissbruket	47
3.2.3	Sporadiskt missbruk	49
3.2.4	Experimentellt missbruk.....	50
3.2.5	Narkotikakommissionens förslag	51
3.3	Mängden narkotika i samhället (tillgången).....	52
3.3.1	Beslagsstatistik	52
3.3.2	Uppgifter om pris.....	53
3.3.3	Andra indikatorer på tillgången	54
3.3.4	Narkotikakommissionens förslag	54
3.4	Missbrukets konsekvenser för den enskilde och för samhället.....	54
3.4.1	Konsekvenser på många olika plan.....	54
3.4.2	Hälsomässiga/sociala konsekvenser	55
3.4.3	Rättsliga konsekvenser av narkotikahantering och narkotikamissbruk	59
3.4.4	Ekonomiska konsekvenser av narkotikahantering och narkotikamissbruk	60
3.5	Vård- och behandlingsinsatser	61
3.5.1	Inledning.....	61
3.5.2	Uppgifter från sjukvården	62
3.5.3	Uppgifter från kriminalvården	63
3.5.4	Uppgifter från socialtjänsten	63
3.5.5	Narkotikakommissionens förslag	66
3.6	Sammanställning och analys av data.....	66
3.6.1	Narkotikakommissionens förslag	69
4	Ekonomiska konsekvenser	71
	Referenser.....	73

Bilagor

Bilaga 1	Kommittédirektiv	75
Bilaga 2	Metoder att uppskatta antalet narkotikamissbrukare	83
	<i>av fil. dr Börje Olsson, CAN</i>	

Sammanfattning

Narkotikakommissionens syfte med denna delrapport om samhällets behov av information om narkotikautvecklingen, narkotikans spridning och konsekvenser är att lägga fram förslag som gör det lättare att följa och analysera narkotikautvecklingen utifrån fyra grundläggande frågor:

- Hur många missbrukare finns det i landet och hur ser deras missbruksmönster ut?
- Hur mycket narkotika förekommer i landet?
- Vilka konsekvenser har narkotikamissbruket för den enskilde missbrukaren och för samhället?
- Vilka vård- och behandlingsinsatser görs för missbrukarna?

I rapporten analyseras de problem som är förknippade med insamling av uppgifter kring narkotikahandling och narkotikamissbruk. Den statistik som i dag samlas in beskrivs i rapporten.

I dag ansvarar flera olika myndigheter för datainsamlingen om narkotikasituationen. Socialstyrelsen och Brottsförebyggande rådet (BRÅ) har som statistikansvariga myndigheter ett särskilt ansvar för vård- och behandlingssektorn respektive rättsstatistiken. Folkhälsoinstitutet (FHI) ansvarar för Sveriges rapportering till EU och utger tillsammans med Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) den årliga redogörelsen om alkohol- och narkotikasituationen i Sverige. Även andra myndigheter och organisationer producerar och publicerar statistik och undersökningar om narkotika.

Kommissionen finner att samhällets statistikförsörjning när det gäller narkotikarelaterade uppgifter i de flesta avseenden håller god kvalitet och har en hög ambitionsnivå. Inom flera myndigheter/områden pågår dessutom ett utvecklingsarbete för att förfina metoderna och för att rätta till brister.

Ett sammanhållet ansvar

Kommissionen föreslår att arbetet kring statistiken i möjligaste mån samordnas för att uppnå långsiktigt hållbara lösningar samt att de områden där det föreligger särskilt stora brister prioriteras. Kommissionen anser att det är av största vikt att utvecklingsarbetet utformas så att det råder ett samspel mellan de uppgifter man efterfrågar på central nivå och de primärdata som registreras lokalt och regelbundet. Om man från central nivå efterfrågar uppgifter som skall samlas in och sammanställas på lokal nivå skall man i möjligaste mån utforma arbetet på ett sådant sätt att det också är till nytta för den lokale uppgiftslämnaren.

Narkotikakommissionen gör bedömningen att det behövs ett tydligt och uttalat ansvar för den nationella narkotikastatistiken, utan att för den skull inkräkta på det statistikansvar som i dag åligger olika myndigheter. Den nuvarande fördelningen fungerar enligt kommissionens bedömning bra. Det är dock en brist att ingen myndighet har ansvaret för ett övergripande perspektiv och som också kan ta ett ansvar för att driva på metodutvecklingen då det gäller att samla in adekvat material som fyller sin plats i helheten.

Enligt Narkotikakommissionens bedömning är Folkhälsoinstitutet den myndighet som bör få ett sådant samlat ansvar. Dels har Folkhälsoinstitutet ett ansvar för att följa narkotikautvecklingen, dels har institutet genom att vara svensk kontaktpunkt med EU:s Centrum för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (ECNN, tidigare benämnt EMCDDA) redan i dag ett ansvar för att sammanställa alla svenska uppgifter som tillställs centret. Ett övergripande ansvar för Folkhälsoinstitutet torde också innebära att en årlig svensk sammanställning av all relevant narkotikastatistik på ett relativt enkelt sätt kan kompletteras med intressant jämförande EU-material.

I Folkhälsoinstitutets uppgifter bör förutom att ställa samman och analysera nationella data också ingå att värdera och belysa narkotikautvecklingen i förhållande till målet ett narkotikafritt samhälle. Folkhälsoinstitutet bör också ges ett ansvar för metodutveckling och för att ta initiativ till forskning inom området. Ett betydande utvecklingsarbete pågår inom ramen för EU:s narkotikasamarbete och utvecklingen av den svenska narkotikastatistiken bör i möjligaste mån samordnas och dra fördel av detta. Folkhälsoinstitutet bör på lämpligt sätt samarbeta med andra berörda myndigheter och företrädare för kommunerna, landstingen, forskarvärlden och organisationer som verkar inom området. I vissa fall kan det vara lämpligt att utvecklingsarbetet drivs av någon annan myndighet.

Kommissionens övriga förslag

- Folkhälsoinstitutet föreslås få i uppdrag att utarbeta en handbok i hur lokala kartläggningar bör och kan genomföras. Om lokala sammanställningar görs på ett likartat sätt ökar det möjligheten att sammanställa dessa.
- Folkhälsoinstitutet föreslås få i uppdrag att som komplettering till de pågående studierna genomföra årliga narkotikavaneundersökningar i åldersgruppen 15–24 år.
- Folkhälsoinstitutet föreslås få i uppdrag att genomföra narkotikavaneundersökningar i hela befolkningen vart annat år.
- En ny paragraf föreslås i socialtjänstförordningen (1981:750) av innebörden att samtliga behandlingshem med inriktning på missbrukarvård som fått tillstånd att driva hem för vård eller boende har skyldighet att lämna statistiska uppgifter enligt Socialstyrelsens närmare anvisningar.
- Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att utveckla ett statistiksystem, som kan ge information om individuella insatser som beslutats av socialnämnderna på grund av missbruksproblem.
- Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att i samråd med Rättsmedicinalverket, Folkhälsoinstitutet och andra berörda myndigheter och organisationer undersöka möjligheterna att inrätta ett bevakningsregister för narkotikarelaterade dödsfall.
- Rikspolisstyrelsen föreslås få i uppdrag att finna metoder för att kartlägga och regelbundet redovisa uppgifter om pris på och renhet av narkotika på den illegala marknaden.

Förkortningar

ASP	Allmänna spaningsregistret
BAR	Beslags- och analysregistret
BRÅ	Brottsförebyggande rådet
BRÅDIS	Brottmålsdiarium
CAN	Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning
CBS	Centrala brottsspaningsregistret
CUS	Centrum för utveckling av socialt arbete
ECNN	Europeiska centrumet för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (engelsk förkortning: EMCDDA)
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (svensk förkortning: ECNN)
EpC	Epidemiologiskt centrum (Socialstyrelsen)
ESPAD	The European School Survey on Alcohol and Other Drugs
EU	Europeiska unionen
FHI	Folkhälsoinstitutet
HVB	Hem för vård eller boende
ICD	International Classification of Diseases
IKM	Institutet för kunskapsutveckling inom missbrukarvården
INCB	Internationella Narkotikakontrollstyrelsen
IT	Informationsteknologi
KIA	Klientadministrativt system (inom Statens institutionsstyrelse)
KLAS	Klientadministrativt system (inom kriminalvården)
KUM	Klientadministrativt register (inom kriminalvården)
KUT	Kriminalunderrättsregistret
KVA	Kriminalvårdsanstalt
KVS	Kriminalvårdsstyrelsen
LVM	Lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall
LVU	Lagen (1990:52) om vård av unga
MAX	Undersökning angående narkotikamissbruk bland sociala marginalgrupper
MÅHS	Målhanteringssystem vid domstolarna

RAR	Rationell anmälningsrutin
REITOX	Det europeiska nätverket för information om narkotika och narkotikamissbruk
RI	Rättsväsendets informationssystem
RKA	Rättskemiska avdelningen vid Rättsmedicinalverket
RMV	Rättsmedicinalverket
RPS	Rikspolisstyrelsen
RRV	Riksrevisionsverket
SCB	Statistiska centralbyrån
SIFO	Svenska institutet för opinionsundersökningar
SiS	Statens institutionsstyrelse
SMI	Smittskyddsinstitutet
SoL	Socialtjänstlagen (1980:620)
SoS	Socialstyrelsen
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
TEMO	Testhuset marknad opinion AB
TMJ	Tullmålsjournalen
UNO	Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning
WHO	Världshälsoorganisationen

Författningsförslag

1 Förslag till förordning om ändring i socialtjänstförordningen (1981:750)

Härigenom föreskrivs att det i socialtjänstförordningen (1981:750) skall införas en ny paragraf av följande lydelse:

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

33 a §

Den som bedriver enskild verksamhet som avses i 69 b § socialtjänstlagen (1980:620) skall lämna uppgifter för statistiska ändamål till Socialstyrelsen enligt styrelsens närmare anvisningar.

2 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1996:614) med instruktion för Folkhälsoinstitutet

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 §¹

Institutet skall särskilt

1. följa utvecklingen av folkhälsan och de förhållanden som berör denna samt ta de initiativ som utvecklingen ger anledning till,

2. tillsammans med andra berörda förse regeringen med underlag som belyser hälsokonsekvenserna av planerade beslut,

3. utveckla, ställa samman och sprida kunskap om och erfarenheter av åtgärder som har betydelse för att förbättra folkhälsan,

4. ta initiativ till försöksverksamhet och utvecklingsarbete, omvandla forskningens resultat till praktisk tillämpning och förmedla kontakt mellan forskare och praktiskt verksamma,

5. aktivt medverka i det internationella folkhälsoarbetet,

6. samarbeta med Läkemedelsverket och Statens livsmedelsverk i frågor som rör medel som används för missbruksändamål.

6. samarbeta med Läkemedelsverket och Statens livsmedelsverk i frågor som rör medel som används för missbruksändamål,

7. ställa samman och analysera nationella data på narkotikaområdet.

Folkhälsoinstitutet skall bevaka och utreda behovet av narkotikaklassificering av sådana varor som inte utgör läkemedel samt behovet av kontroll av varor enligt lagen (1999:42) om förbud mot vissa hälsofarliga varor. Om det finns ett sådant behov skall institutet genast anmäla detta till regeringen.

Folkhälsoinstitutet skall vara nationell enhet för det Europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk (EMCDDA). Förordning (1999:62).

¹ Senaste lydelse 1999:62.

1 Bakgrund

1.1 Inledning

För att samhället skall kunna vidta relevanta åtgärder mot narkotika krävs solida kunskaper bland annat om narkotikautvecklingen samt om missbrukets omfattning och konsekvenser. I denna promemoria diskuteras de krav som Narkotikakommissionen menar bör ställas på information och statistik på nationell nivå om narkotikaläget. Dessa krav får till en del betraktas som målsättningar, för vilka det i många fall krävs ett omfattande utvecklingsarbete för att uppnå.

Narkotikakommissionen behandlar här vilka uppgifter som bör samlas in och hur informationsstrukturen bör utformas. Narkotikakommissionen har däremot inte gjort någon egen värdering av narkotikamissbrukets omfattning eller på omfattningen av missbrukets konsekvenser.

Narkotikakommissionen har knutit en referensgrupp till arbetet med statistikfrågorna. I referensgruppen har ingått: Eva Brännmark, Rikspolisstyrelsen, Peter Lindström, Brottsförebyggande rådet, Camilla Gidlöv och Ulf Malmström, Socialstyrelsen, Ola Arvidsson, Margareta Lindén-Boström och Bengt Andersson, Folkhälsoinstitutet, Vera Segreus, Statens Institutionsstyrelse, Björn Hibell och Börje Olsson Centralförbundet för Alkohol- och narkotikaupplysning samt Boel Callermo, Svenska kommunförbundet.

1.2 Kommissionens uppdrag

Enligt direktiven skall Narkotikakommissionen särskilt ha till uppgift bland annat att:

föreslå förbättringar av metoder och system för att öka kunskapen om och analysen av narkotikautvecklingen, samt föreslå hur det samlade resultatet av samhällets insatser i förhållande till målet ett narkotikafritt samhälle skall kunna mätas.

Vidare sägs i direktiven:

En förutsättning för att det skall gå att mäta resultatet av samhällets insatser i förhållande till målet om ett narkotikafritt samhälle är att det finns en gemensam bild av mängden narkotika som konsumeras i samhället. I utredningen En gräns – en myndighet (SOU 1998:18) utvecklas en modell för hur detta skall kunna mätas. Kommissionen skall följa och komma med förslag vad gäller metodutvecklingen inom området samt i det sammanhanget analysera faktorer och omständigheter av betydelse för produktionen av syntetisk narkotika i Sverige.

Direktiven anger således att det åligger kommissionen att föreslå hur samhällets insatser i förhållande till målet ett narkotikafritt samhälle skall kunna bedömas. I regeringens narkotikapolitiska redogörelse till riksdagen (skr. 1997/98:172) har till vägledning för myndigheternas prioriteringar i narkotikabekämpningen det övergripande målet ett narkotikafritt samhälle brutits ned i tre delmål:

- Nyrekryteringen till missbruk skall upphöra.
- Fler missbrukare skall upphöra med sitt missbruk.
- Tillgången på narkotika skall begränsas.

Till kommissionens uppgifter hör att föreslå metoder för att kunna mäta i vilken utsträckning dessa delmål uppfylls.

1.3 Narkotikastatistikens uppgifter

Narkotikastatistik skall dels kunna ge olika mått på narkotikans spridning och missbrukssituationen, dels ge upplysningar om vilka insatser som samhället vidtar. Uppgifterna behövs inom olika områden för att tillgodose behoven av styrning av samhällets insatser, av tillsyn och för uppföljning. Statistik och annan information om narkotikasituationen behövs också för bland annat följande ändamål:

- Det finns behov av snabb information om förändringar i konsumtionsmönster, om spridningen av särskilt farliga preparat samt riskabla beteen.
- Information behövs om huruvida samhällets insatser mot narkotikan har den avsedda effekten och om insatserna får några andra icke avsedda konsekvenser.
- Det är väsentligt att få en bild av allmänhetens och speciellt ungdomars inställning till narkotika och avståndstagandet respektive intresset gentemot att pröva narkotika. Det är också värdefullt att få en bild av dessa gruppers inställning till samhällets insatser och om de uppfattar dem som legitima.

1.4 Avnämare av narkotikarelaterad statistik

Regionala och lokala myndigheter behöver uppgifter om sin egen verksamhet för att kunna planera och följa upp verksamheten. I huvudsak framställs och sammanställs denna statistik av respektive myndighet. Dessutom finns det ett behov av att få mer övergripande uppgifter, om möjligt nedbrutna på regional och den egna lokala nivån. Dessa bör då vara insatta i ett nationellt – och i vissa fall också i ett internationellt – perspektiv.

De centrala myndigheterna och de regionala tillsynsmyndigheterna har behov av olika typer av narkotikarelaterade uppgifter för den egna arbetsplaneringen, för uppföljning av den egna verksamheten och för utveckling av tillsynsverksamheten.

Regering och riksdag har därutöver behov av uppgifter om narkotikautvecklingen och av effekterna av samhällets samlade insatser mot narkotikan för att få ett underlag för politiska beslut.

I det *européiska samarbetet* medverkar Sverige i den informationsinsamling som sker genom ECNN. På grundval av internationella konventioner om narkotika skall uppgifter även lämnas till Internationella narkotikakontrollstyrelsen (INCB) och andra FN-organ. Också i andra internationella sammanhang lämnas uppgifter om narkotikasituationen i Sverige.

Narkotikapolitikens betydelse i den *allmänna debatten* innebär ytterligare ett skäl till att det finns kvalitativt goda och lättillgängliga uppgifter om narkotikans spridning och konsekvenser. I debatten förekommer ofta jämförelser med andra länder. Av många skäl är det förenat med stora svårigheter att göra internationella jämförelser av enskilda uppgifter. Det är därför angeläget att även analyser av och kompletterande information om internationella förhållanden finns tillgängliga.

Frivilliga organisationer som arbetar med sociala frågor har också behov av mer eller mindre specificerade data. För olika *forskningsändamål* finns det vidare ett behov av statistiska grunddata.

1.5 Skilda nivåer ställer olika krav

Information behövs från många olika områden. Inom varje delområde finns behov av informationsinsamling och statistiksammanställning på tre nivåer, vilka delvis ställer skilda krav.

- a) *nationellt*
 - som underlag för den nationella politiken, rapportering till internationella organisationer m.m.
- b) *lokalt eller i specifika verksamheter*
 - för planering, genomförande av insatser, uppföljning och tillsyn
- c) *forskningsinriktat*
 - för mer grundläggande studier, utvecklingsarbete och för validering av de metoder som används regelmässigt.

Dessutom föreligger tre dimensioner som statistiken och analyserna skall belysa, nämligen uppgifter om *omfattning*, *demografiska data* och *tendenser*.

Omfattning

Uppgifter om omfattning innebär att man försöker uppskatta hur utbrett missbruket är, hur stor mängd narkotika det finns i samhället, vilka konsekvenserna av missbruket och narkotikahandlingen är etc. Sådana uppskattningar av nivåer kan ges i absoluta tal eller i intervall såsom t.ex. att det finns 17 000 (14 000–20 000) tunga missbrukare i landet (enligt UNO:1992). Redovisningar av absoluta tal är förenat med stora svårigheter och kan lätt misstolkas. Icke desto mindre är det väsentligt att man försöker komma fram till uppskattningar av omfattningen av de narkotikarelaterade problemen, bland annat för att kunna planera och dimensionera samhällets insatser samt för att kunna utvärdera utförda insatser.

Struktur – demografiska data

Uppgifter om struktur innebär att man analyserar geografiska fördelningar, fördelning på kön, ålder och andra bakgrundsvariabler, missbruksmönster m.m. Sådana uppgifter om struktur på individ-, grupp- och samhällsnivå är av betydelse för att beskriva och analysera missbruket och dess konsekvenser.

Tendenser

Observation av tendenser innebär att man studerar och analyserar förändringar över tid av olika indikatorer på narkotikamissbruket och dess konsekvenser. Sådana observationer kan ge information om utveck-

lingen. De är ofta lättare att tolka och att tillämpa i det praktiska arbetet än uppgifter om absoluta tal.

Kunskap om internationella förhållanden och narkotikautvecklingen i andra länder är angelägen för att ge information om trender och tendenser som kan påverka narkotikasituationen i Sverige.

1.6 Den svärfångade narkotikan

Narkotikakommissionen har formulerat några övergripande frågor som den narkotikarelaterade statistiken, undersökningar och analyser bör belysa:

- Hur många missbrukare finns det och hur ser deras missbruksmönster ut?
- Hur mycket narkotika förekommer i landet?
- Vilka konsekvenser har narkotikamissbruket för den enskilde missbrukaren och för samhället?
- Vilka vård- och behandlingsinsatser görs för narkotikamissbrukarna?

Att försöka besvara dessa frågor är förknippat med problem och svårigheter av flera olika slag. Metodproblemen behandlas i avsnitten 2.2–2.5. Några mer allmänna problem redovisas här inledningsvis. I avsnitten 3.2–3.5 behandlas de olika frågeställningarna mer konkret.

För det första finns det i varje led oftast *definitionssvårigheter*, t.ex. definitionen av narkotikamissbrukare och av skadeverkningar. Vidare är blandmissbruk där såväl narkotika och alkohol som narkotikaklassade läkemedel används vanligt förekommande. Vissa gränsdragningsproblem mellan olika typer av missbruk och beroende föreligger därför.

För det andra är det illegalt både att inneha och använda narkotika och det finns ingen registrerad försäljning eller konsumtion att utgå från. Man måste därför bygga på *indirekta mätningar* – indikatorer – när man skall uppskatta spridningen av narkotika och narkotikamissbruk. Indikatorerna måste i allmänhet tolkas och sättas in i ett sammanhang för att ge meningsfull information.

För det tredje är narkotika och narkotikamissbruk begrepp som fått en stark *värdeladdning* i den politiska och socialpolitiska debatten. Dessa värdeladdningar påverkar de data man kan samla in – t.ex. genom enkätundersökningar – eftersom benägenheten att ge uppriktiga svar på frågor om man använt narkotika kan ha samband med hur negativ eller hur tillåtande den allmänna opinionen är gentemot narkotikaanvändning.

För det fjärde påverkas de data man samlar in av *de åtgärder samhället vidtar*. Antalet registrerade narkotikabrott påverkas t.ex. inte bara

av brottsutvecklingen utan också av lagstiftningens utformning samt polisens och tullens insatser. Antalet som får vård mot narkotikamissbruk beror inte enbart på hur många missbrukare det finns utan också på vårdutbudet och hur lättillgänglig vården är och om den efterfrågas av missbrukarna.

För det femte är narkotikamissbruk och narkotikarelaterade problem ofta *intimt förknippade med en psykosocial problematik*. Orsakssambandet mellan narkotikamissbruk och psykosociala problem är komplicerat och mångfacetterat. Detta har betydelse dels då man diskuterar orsaker till narkotikamissbruk, dels då man skall belysa skadeverkningarna av narkotika.

Sammantaget medför detta stora svårigheter att på ett objektivt och oomstritt sätt få mått på missbrukets omfattning och av de konsekvenser som narkotikahantering och narkotikamissbruk har på vårt samhälle och på enskilda individer.

Jämförelser med narkotikaförhållanden i andra länder är särskilt svåra, eftersom skillnader i definitioner och tolkningar mellan Sverige och de länder man jämför med i större eller mindre grad återfinns i alla de fem nämnda faktorerna. Det Europeiska centret för kontroll av narkotika och narkotikamissbruk, ECNN, har sedan 1996 årligen utgivit en rapport, där man sammanfattar situationen på narkotikaområdet i Europeiska unionen. I sin senaste rapport skriver centret (1998 s. 5):

Informationstäckningen inom EU är ännu inte tillräcklig, vilket gör att direkta jämförelser ibland kan bli missledande. Även i de fall där det finns information, måste man beakta kultur- och metodskillnader mellan medlemsstaterna.

Centret arbetar tillsammans med sina kontaktpunkter i medlemsländerna intensivt med utveckling av metoder för att öka möjligheterna till att göra jämförelser mellan länderna. Den svenska kontaktpunkten är Folkhälsoinstitutet.

2 Datakällor och uppgiftslämnare

2.1 Många skilda datakällor

För att få en uppfattning om mängden narkotika i landet och missbrukets omfattning används data från många olika källor och av skilda ursprung. En typ av data kommer från olika register, t.ex. tullens och polisens beslagsstatistik samt från kriminalvårdens, socialtjänstens och sjukvårdens uppgifter om vård och behandling. En annan typ av uppgifter samlas in genom enkäter och urvalsundersökningar bland skolelever, värnpliktiga eller på urval av hela befolkningen. Ytterligare en typ av data kommer från forskning eller från större projekt, såsom t.ex. utredningarna om narkotikamissbrukets omfattning åren 1979 och 1992 (Ds S 1980:5 samt Olsson, Byqvist, Gomér, 1993).

För att få en samlad bild av narkotikasituationen måste man väga samman, tolka och analysera data från olika källor. Detta kräver stor kunskap både om de metoder som har använts och om utvecklingen inom de områden som data har samlats in från. I Folkhälsoinstitutets och CAN:s årliga redovisning Alkohol- och narkotikasituationen i Sverige görs sådana analyser baserade på tillgängliga data.

I detta kapitel lämnas en översikt av de viktigaste datakällorna.

2.2 Myndigheternas statistik om insatser riktade mot enskilda

2.2.1 Primärdata

En väsentlig del av de uppgifter som används för att få en bild av narkotikans spridning och missbrukets effekter är grundade på de offentliga myndigheternas (i första hand rättsväsendets, sjukvårdens och socialtjänstens) insatser gentemot enskilda personer. Det kan t.ex. gälla misstanke om brott mot varusmuggningslagen eller en dom för grovt narkotikabrott, sjukhusvård eller beslut om vård enligt lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

En offentlig myndighet är skyldig att dokumentera beslut och vissa andra åtgärder som har betydelse för en enskild medborgare. Generellt gäller att kraven på dokumentation av insatser som har karaktären av myndighetsutövning är högre än när det gäller bistånd som ges på den enskildes eget initiativ eller med dennes samtycke. Inom sjukvården finns särskilda krav på journalföring. Socialtjänsten skall alltid dokumentera insatser såsom individuellt behovsprövade stöd-, vård- och behandlingsinsatser. Även sådana insatser som ges av enskild vårdgivare skall dokumenteras. Insatser som rådgivning, information och vissa öppna verksamheter omfattas inte av dokumentationsskyldigheten (prop. 1996/97:124 om ändring av socialtjänstlagen s. 181).

De primärdata som finns i t.ex. polisens och tullens spaningsregister, belastnings- och analysregister och andra register i den operativa verksamheten, i sjukvårdens journaler och i socialtjänstens personakter är alla omgivna med sträng sekretess, eftersom de innefattar känsliga uppgifter som är individanknutna genom personnummer och/eller namn. Sekretessen gäller oavsett om anteckningar görs i ADB-baserade system eller på papper.

Det är i de primära personregistren, dvs. journaler och personakter som den mest utförliga informationen finns. Dessa är dock av sekretessskäl, andra integritetsskäl och/eller av tekniska orsaker i allmänhet inte tillgängliga för statistiska bearbetningar. Om statistiska bearbetningar skall göras direkt med hjälp av uppgifterna i personakter och liknande kan detta i allmänhet endast göras på lokal nivå, manuellt, genom "att räkna pinnar".

2.2.2 Myndighetsspecifika och lokala sammanställningar

Någon form av sammanställning av primärdata sker i allmänhet lokalt eller inom den aktuella myndigheten. Sådana sammanställningar görs av skilda skäl, såsom för att ge underlag till budgetberäkningar, till att följa upp och planera verksamheten och för att framställa statistik om den egna verksamheten.

Lokal sammanställning av statistik och andra rapporter om verksamheten kan antingen göras manuellt eller med hjälp av datoriserade personregister.

Det finns begränsade möjligheter att upprätta lokala personregister med full identifiering (dvs. namn och personnummer). När det gäller socialtjänsten gäller stränga föreskrifter om vad som får tas in i *sådana personregister som utgör sammanställningar av uppgifter* (s.k. socialregister). Enligt 59 § socialtjänstlagen (1980:620; SoL) får inte uppgif-

ter om ömtåliga personliga förhållanden tas in. Som ömtåliga uppgifter räknas t.ex. uppgifter om missbruk. Uppgifter om sådana åtgärder som beslutats av socialnämnd och som innebär myndighetsutövning får emellertid antecknas i socialregister, liksom den bestämmelse på vilken en sådan åtgärd grundas. Detta innebär t.ex. att *skälen, liksom de närmare orsakerna för ett visst beslut inte får antecknas i vidare mån än som framgår av hänvisning till den författning på vilken åtgärden har grundats* (Socialstyrelsens föreskrifter om personregister inom socialtjänsten, SOSFS 1981:126.) Det är således inte tillåtet att i socialregistret ange att en person är narkotikamissbrukare eller närmare beskriva arten av missbruk.

Gränsdragningen mellan de sociala akterna och socialregistren har genom IT-utvecklingen blivit otydligare, eftersom de sociala akterna i ökad utsträckning skrivs in i nätverksbaserade datorsystem. Detta medför bland annat att gränserna mellan det primära materialet och särskilt upprättade register suddas ut. Detta skapar nya integritetsproblem, men öppnar också möjligheter för att på ett rationellt sätt sammanställa uppgifter direkt ur primärmaterialet. Hur sådana sammanställningar avsedda för att ta fram uppgifter för forskning, uppföljning eller statistik kan göras med bibehållet intergitetsskydd utreds för närvarande av Socialdatakommittén (S 1997:15), som fått regeringens uppdrag att utreda en särskild författningsreglering för behandling av personuppgifter inom socialtjänsten (dir 1997:108).

Också inom hälso- och sjukvårdens område gäller stränga restriktioner av vad som får införas i ett *hälsodataregister* inom en central förvaltningsmyndighet, såsom ett landsting eller de centrala myndigheterna Socialstyrelsen, Smittskyddsinstitutet och Läkemedelsverket (lag 1998:543 om hälsodataregister). Ett sådant register får användas för framställning av statistik, för uppföljning, utvärdering och kvalitetssäkring samt för forskning och epidemiologiska undersökningar inom verksamhetsområdet.

Inom rättsväsendet förekommer åtskilliga register och en omfattande hantering av integritetskänsliga data. Kraven på rättssäkerhet och krav på skydd för den enskildes integritet ställer stora krav på registrens utformning och hantering.

Data- och informationsbehandling inom rättsväsendet regleras genom förordningen (1970:517) om rättsväsendets informationssystem (RI), förordningen (1971:933) om rättsstatistiken, strafföreläggandekungörelsen (1970:60) och förordningen (1987:85) om underrättelse till Brottsförebyggande rådet (BRÅ) om domar i mål om ansvar för brottsligt förfarande med narkotika.

Möjligheterna att använda personregister för statistiska ändamål är av sekretesskäl och av etiska grunder begränsade. I vissa fall är det över

huvud taget inte tillåtet att använda registren för dessa ändamål, i andra är det inte tillåtet att lägga in känsliga uppgifter (såsom t.ex. uppgifter om missbruk). Det blir således ett val mellan att göra manuella sammanställningar av de mer utförliga uppgifterna i primärmaterialet eller använda sig av de mer summariska uppgifterna som får finnas i de register vilka det är tillåtet att bearbeta maskinellt.

2.2.3 Nationell statistik

Kommuner och landsting samt myndigheter inom rättsväsendet är enligt lagen (1992:89) om den officiella statistiken skyldiga att lämna uppgifter till nationell statistik. Ansvarsfördelningen för den officiella svenska statistiken förändrades den 1 juli 1994. Ansvaret överfördes från Statistiska centralbyrån, SCB, till andra myndigheter genom att dessa tilldelades ett s.k. *statistikansvar* för den statistik som berör respektive myndighetssektor. De statistikansvariga skall bland annat ansvara för att statistik tas fram i enlighet med olika avnämares önskemål.

Socialstyrelsen har ansvar för statistik som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård, sjuklighet och dödsorsaker. *Brottsförebyggande rådet, BRÅ*, har ansvar för rättsstatistiken. *Läkemedelsverket* svarar för statistik om narkotikaklassade läkemedel samt substanser och beredningar som används i industrin. *Smittskyddsinstitutet* har ansvaret för statistik om vissa smittsamma sjukdomar.

Det finns två huvudmetoder för att samla in uppgifter: genom centrala personregister med full identifiering som förs och bearbetas av den statistikansvariga myndigheten eller genom att rapporteringskyldiga myndigheter sänder in avidentifierade uppgifter och sammanställningar som gjorts lokalt. Om centrala personregister används kan omfattande bearbetningar göras och, där så är tillåtet, samkörningar göras med andra register. Eftersom det finns starka begränsningar av vad som får införas i centrala register kan det vara svårt att gå på djupet och t.ex. beskriva olika typer av missbruk. Lokala sammanställningar kan ge mer djupgående information och även innefatta "ömtåliga uppgifter" men möjliggör inte samkörningar eller mer omfattande statistiska bearbetningar.

I datalagen (1973:289) och personuppgiftslagen (1998:204) beskrivs vad som får införas i personregister. Den typ av register med känsliga uppgifter som förs av tull, polis, sjukvården och socialtjänsten får endast föras med stöd av särskild lagstiftning. Genom lag (1995:606) om vissa personuppgifter för officiell statistik, förordning (1992:1668) om den officiella statistiken och förordning (1995:1060) om vissa personregister för officiell statistik regleras vilka centrala nationella register som får

föras för att framställa officiell statistik och vilka samkörningar som är tillåtna. Register, vilka är aktuella för narkotikastatistik, förs huvudsakligen av BRÅ och Socialstyrelsen. BRÅ ansvarar för brottstatistikregistret, registret över för brott lagförda personer och registret över lagföringar för narkotikabrott. Socialstyrelsen ansvarar för register över socialtjänstens individinriktade insatser, vilket bland annat innefattar uppgifter om bistånd enligt 6 § SoL samt enligt lagen (1990:52) om vård av unga (LVU) och lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall (LVM).

För sjukvården gäller lagen (1998:543) om hälsodataregister för central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården. Det centrala patientregister som förs av Socialstyrelsen kan ge uppgifter om bland annat patienter med diagnosen narkomani (ICD 304) som vid ett visst datum får vård eller som under året har skrivits ut från slutenvården.

Socialstyrelsen ansvarar också för det nationella dödsorsaksregistret. Från detta kan uppgifter om narkotikarelaterade dödsfall tas fram.

2.3 Myndigheternas statistikproduktion – en översikt

2.3.1 Myndigheter inom rättsväsendet och tullen

Med rättsväsendet avses domstolsväsendet, åklagarväsendet, polisen och kriminalvården, vilka alla sorterar under Justitiedepartementet. Under samma rubrik behandlas här också tullen, trots att Tullverket sorterar under Finansdepartementet. När det gäller narkotikarelaterade uppgifter är dessa delvis gemensamma för tull och polis, varför det är naturligt att behandla dem under samma huvudrubrik.

Ett gemensamt utvecklingsarbete pågår när det gäller data från rättssystemet inom ramen för Rättsväsendets informationssystem (RI), vilket består av olika delsystem för vilka de olika myndigheterna inom rättsväsendet ansvarar. I det följande görs ingen fullständig genomgång av statistikproduktionen inom RI, utan genomgången koncentreras till de mest relevanta frågorna för narkotikastatistiken. Beskrivningen bygger på förhållanden vid slutet av år 1998. Ny lagstiftning om polisens register gäller från den 1 april 1999, då polisdatalagen (1998:622) börjar gälla. Ny lagstiftning om misstankeregister (1998:621) och belastningsregister (1998:620) kommer att ersätta lagen (1963:197) om allmänt kriminalregister och lagen (1965:94) om polisregister m.m. På grund av den nya lagstiftningen sker en allmän översyn av misstanke- och belastningsregistren för hela rättssystemet inklusive tullens register.

De nya systemen är fortfarande under utveckling och kan därför ej beskrivas här.

Den officiella rättsstatistiken, för vilken BRÅ ansvarar, omfattar kriminalstatistik och annan statistik för rättsväsendet. Kriminalstatistiken ger en bild av vad man kan kalla tillståndet inom det kriminalpolitiska området, dvs. brottsligheten och hur den hanteras av rättsväsendets myndigheter. Ett problem är att uppgifter från olika led i rättsprocessen inte kan kopplas samman på grund av att de objekt man vill följa (brott, misstänkta och dömda personer, ärenden m.m.) inte definieras och statistikförs på ett entydigt sätt vid myndigheterna inom rättsväsendet (Rättsväsendets resultat, SOU 1995:36 s. 50 ff). BRÅ har ett huvudansvar för att öka kvaliteten och tillgängligheten när det gäller analysdata.

Rikspolisstyrelsen har en central funktion i och med att styrelsen registrerar uppgifter inte bara om sin egen verksamhet utan också i viss mån från tullen samt domstolarna och åklagarväsendet.

2.3.1.1 Rikspolisstyrelsen

Rikspolisstyrelsen, RPS, och de olika polismyndigheterna (en i varje län) sammanställer omfattande statistiska uppgifter om den narkotika-relaterade verksamheten inom respektive myndighets ansvarsområde. RPS samlar också uppgifter om lagföringar i narkotikabrottsärenden (åtal, strafförelägganden och åtalsunderlåtelse) samt vissa uppgifter angående domar.

Inom polisen förekommer en blandning av register som enbart är lokalt åtkomliga och centrala register. De rikstäckande registren allmänna spaningsregistret (ASP), centrala brottspaningsregistret (CBS) och kriminalunderrättelsesregistret (KUT) innehåller information som endast får tas ut och bearbetas för speciella ärenden eller för polismyndigheternas lokala behov.

Uppgifter om anmälda brott, uppklarade brott och misstänkta personer lämnas av polismyndigheterna och åklagarna till RPS. Uppgifterna härrör dels från de enskilda polismyndigheternas datoriserade anmälningsystem (RAR, rationell anmälningsrutin), dels från blanketter som kodas manuellt. Uppgifterna sammanställs av RPS och sänds vidare till BRÅ för fortsatt bearbetning, kontroll och analys.

Uppgiftsinsamlingen när det gäller lagföring har en principiellt likartad uppbyggnad som när det gäller anmälda brott, dvs. att den bygger på rapportering i flera steg och utgör en blandning av överföring av ADB-baserade registerdata, blanketter och papperskopior av domar.

Rikspolisstyrelsen sammanställer bland annat regelbundet statistik om antalet narkotikabrott (anmälda narkotikabrott, andel narkotikabrottsärenden redovisade till åklagare av totalt antal inkomna narkotikabrottsärenden, antal ärenden redovisade till åklagare m.m.). Även olika kostnadsaspekter för narkotikabrottsärenden, såsom andel av de totala kostnaderna för polismyndigheten, utredningskostnad per ärende, genomströmningstid per ärende m.m. redovisas.

Vidare ges statistik om i vilken utsträckning narkotikabrottsärenden som har redovisats till åklagare har lett till lagföringar (åtal, strafföreläggande och åtalsunderlåtelse).

Bland andra uppgifter som redovisas från polismyndigheterna förekommer omfattande statistik om personer misstänkta för narkotikabrott där verifikationsanalyser gjorts i blod/urin. Uppgifterna från verifikationsanalysen kommer från Rättsmedicinalverkets rättskemiska avdelning (RKA) och redovisas per polismyndighet i antal misstänkta och antal positiva/negativa analyser, uppdelat i åldersgrupper. Gemensamt för hela landet redovisas ytterligare uppgifter om verifikationsanalyserna, bland annat vilka typer av narkotikaklassade medel som påträffats, samt fördelning på kön, ålder och förekomst av narkotikaklassade medel vid misstanke om drograttfylleri.

Antal beslag av narkotika och beslagtagna mängder av olika typer av narkotiska preparat redovisas genom bearbetningar av det med tullen gemensamma beslags- och analysregistret (BAR). Registret är omodernt och svårhanterligt, men genom vissa förbättringar och utbildningsinsatser har kvaliteten på data förbättrats från och med år 1998.

I de enskilda polismyndigheternas verksamhetsberättelser till RPS presenteras också uppgifter som inte har en standardiserad form. Det kan t.ex. gälla lokala kartläggningar av narkotikamissbruket som görs av polismyndigheten eller av denna i samverkan med andra lokala och regionala organ såsom socialtjänst, frivård, sjukvård och skola. Statistiken redovisas i årsrapport samt i löpande rapportering till bland andra regeringen och Folkhälsoinstitutet.

2.3.1.2 Tullverket

Tullens beslag av narkotika redovisas genom löpande statistik, bland annat lämnas uppgifter om följande:

- mängder och typ av beslagtagen narkotika
- antal beslagstillfällen i olika flöden uppdelat på inre och yttre gräns samt totalt
- antal underrättelser om narkotika som lett till beslag

Dessutom lämnar Tullverket beskrivningar av hur narkotikakontrollen prioriteras i verksamheten och på vilket sätt kontrollen har effektiviserats. Analysen av Tullverkets beslag skall ske med beaktande av de beslag som har gjorts av polisen.

När ett beslag görs upprättas en handling – en rapportblankett. Inom 24 timmar går sedan en preliminär rapportering från den lokala tullmyndigheten till Generaltullstyrelsen. Mängdangivelser och uppgifter om preparat är inte alltid fullständiga. Uppgifterna kompletteras snarast möjligt och förs in i det med polisens gemensamma datasystemet BAR, beslags- och analysregistret.

Mer fullständiga uppgifter om ett tullmålsärende förs f.n. in i tullmålsjournalen (TMJ). TMJ innehåller den mest tillförlitliga och uppdaterade informationen kring narkotikabeslag och statistik från TMJ används därför i de månatliga sammanställningarna till verksledningen och Finansdepartementet. En revision av TMJ ingår i den ovan nämnda översynen av misstanke- och belastningsregistren (se avsnitt 2.3.1).

Tullverkets statistik om narkotikabeslag rapporteras månatligen till bland andra Finansdepartementet, Justitiedepartementet, Socialdepartementet och samtliga tullmyndigheter.

Tullverket driver i samarbete med bland andra Folkhälsoinstitutet ett utvecklingsprojekt: Att mäta samhällsnyttan av myndigheternas insatser, det s.k. tullprojektet. Detta belyses närmare i avsnitt 2.5.

2.3.1.3 Domstolsverket

Domstolsverket får från domstolarna uppgifter om bland annat samtliga avgöranden i brottmål. Rapporteringen omfattar emellertid inte några personuppgifter. Någon specifik narkotikarelaterad information samlar Domstolsverket inte in.

Det IT-baserade målhanteringssystemet MÅHS har installerats i de flesta domstolar. Det innefattar teknikstöd för målregistrering, lottning, dagbokföring, återsökning av registrerad information, statistikfunktioner m.m. Uppgifter om fällande domar rapporteras från domstolarna till RPS via MÅHS eller via papperskopior på domar som RPS läser in på optisk väg. RPS skickar sedan vidare vissa uppgifter till BRÅ för bearbetning och framställning av statistiktabeller. I ökad utsträckning kommer rapportering i framtiden att ske direkt till BRÅ. Data sammanställs, analyseras och publiceras av BRÅ.

2.3.1.4 Riksåklagaren

Åklagarväsendet har ett ADB-baserat brottmålsdiarium, BRÅDIS, vars huvudsakliga syfte är att underlätta ärendehantering men möjliggör också uttag av vissa statistiska uppgifter. Aidentifierade statistiska uppgifter överförs månadsvis till en statistikbas som f.n. endast är tillgänglig från Riksåklagarens kansli. Uppgifter kan fås för flera nivåer: brottsmisstankar, misstänkta personer och ärenden. Brottsmisstankeregistret innehåller de mest detaljerade uppgifterna. De statistiska uppgifterna används för avstämning mot verksamhetsmålen.

De uppgifter som används för BRÅ:s produktion av statistik erhålls huvudsakligen via RPS olika register. Uppgifter om strafförelägganden rapporteras direkt till BRÅ.

2.3.1.5 Rättsmedicinalverket

Rättsmedicinalverket och dess rättskemiska avdelning (RKA) i Linköping handlägger analyser från dödsfall där rättsmedicinsk obduktion eller andra undersökningar utförts samt samtliga fall där prov tagits i samband med misstanke om ringa narkotikabrott (eget bruk) eller vid misstanke om drograttfylleri. I RKA:s databas finns personrelaterade uppgifter samt resultaten från de rättskemiska analyserna.

Svaren lämnas till uppdragsgivaren, vanligen polisen. RKA sammanställer vidare statistiska uppgifter på uppdrag av polisen.

Beträffande de rättsmedicinska obduktionerna finns i databasen också uppgifter om preliminär dödsorsak samt vissa andra omständigheter i samband med dödsfallet. Vid de sex olika rättsläkarstationerna sammanställs därutöver i varierande utsträckning mer omfattande statistik om de dödsfall som har undersökts rättsmedicinskt inom respektive rättsläkarstations upptagningsområde.

2.3.1.6 Kriminalvården

Kriminalvården har ansvar för häkten, för kriminalvårdsanstalterna och för frivården. Statistiska uppgifter om narkotikarelaterade frågor produceras om samtliga dessa områden. De mest detaljerade uppgifterna gäller de personer som är intagna i kriminalvårdsanstalt.

Primärdata finns i en personakt, som förvaras av den anstalt som har ansvaret för klienten eller av den aktuella frivårdsmyndigheten.

På varje anstalt finns ett lokalt klientadministrativt system: KLAS-KVA. I detta registreras detaljerade behandlingsdata om klienten. Bland annat noteras en bedömning av klientens alkohol- och/eller

narkotikamissbruk vid inskrivningen. Motsvarande lokala klientadministrativa system finns för häkten (HÅK) och för frivården (FRAS). I dessa system är klienterna fullt identifierbara med personnummer m.m. De lokala klientadministrativa systemen gallras 3–6 månader efter det att klienten blivit utskriven ur kriminalvården.

Vid Kriminalvårdsstyrelsen (KVS) förs ett centralt register, det klientadministrativa systemet KUM. Detta ingår i Rättsväsendet informationssystem (RI). I KUM registreras alla väsentliga officiella uppgifter om klienterna, såsom uppgifter om domen, straffets längd, placeringen, eventuella avvikelser och ekonomiska uppgifter om klienten. Registret är personnummerbaserat.

Kriminalvårdsstyrelsen sammanställer utförliga uppgifter om narkotikasituationen bland de intagna och inom kriminalvården. Dessa redovisas bland annat i tre årliga publikationer: Kriminalvårdens årsredovisning, Kriminalvårdens officiella Statistik och Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen. Uppgifter lämnas dessutom bland annat till Folkhälsoinstitutet och CAN.

Med hjälp av registerutdrag och sökningar i KUM framställs huvuddelen av kriminalvårdens officiella statistik och större delen av de statistiska uppgifter som ingår i årsredovisningen. För den mer detaljerade statistiken och däribland huvuddelen av de narkotikarelaterade uppgifterna kompletteras registerdata med sammanställningar som görs lokalt (vid anstalterna, häkten eller frivårdsmyndigheterna) samt olika slag av uppskattningar baserade på enkäter till personalen.

Den viktigaste narkotikarelaterade statistiken som produceras beskrivs i det följande.

Genom utdrag ur KUM redovisas antal klienter som intas i anstalt och där narkotikabrott ingår i brottsrubriceringen samt uppgifter om strafftid, kön m.m.

Vid inskrivningen i anstalt noteras i personakten en uppgift om känt narkotikamissbruk hos den intagne. Detta förs in i KLAS-KVA med en kod med tre kategorier (0=inget missbruk under de senaste 12 månaderna i frihet, 1= klienten har använt narkotika under den senaste 12-månadersperioden samt 2=klienten har dagligen eller så gott dagligen använt narkotika eller har injicerat narkotika under den senaste 12-månadersperioden). Bedömningen görs av vårdare med hjälp av tillgängliga uppgifter, i första hand klientens egna uppgifter, men även uppgifter från domen eller andra samhällsinstanser kan bidra till om-dömet.

Anstalterna tillfrågas två gånger om året (1 april och 1 oktober) om förekomsten av missbruk bland de intagna. Uppgifterna i journalerna och KLAS utgör underlaget för anstalternas svar. Svaren sänds till KVS i form av summerad statistik. Dessa uppgifter visar alltså hur många av

de intagna som vid en viss tidpunkt finns intagna på anstalt och som före verkställighetstiden början var missbrukare. De ger dock ingen uppfattning om och i vilken utsträckning det förekommer missbruk inne i anstalterna.

Vid utgången av varje kalendermånad rapporterar anstalterna till KVS uppgifter om förekomsten av narkotiska preparat och omfattningen av narkotikamissbruk på anstalterna. Uppgifterna bygger på vad som kommit till personalens kännedom i fråga om preparat och övriga informationer via urinprovsanalyser, förhör med intagna, gjorda iakttagelser m.m. Uppgifterna redovisas per anstalt och är ej individanknutna.

Vidare redovisas bland annat uppgifter om beslag på anstalter och i häkten. Det gäller både beslag som görs i *kontrollfiltret* (dvs. vid kontroll av brev och paket, vid intagning, vid återkomst efter permission och hos besökare) och som görs inne på anstalten (på intagna, i bostadsutrymmen och i allmänna utrymmen på anstalterna).

I statistiken redovisas också särskilda åtgärder som erbjuds och som missbrukare kan delta i.

Sammantaget kan enligt Narkotikakommissionens mening sägas att KVS redovisar en utförlig och relativt tillförlitlig statistik om narkotikaförhållanden för dem som är intagna på anstalt och för dem som är i frivård. Även en del uppgifter om det som varit före anstaltstiden, dvs. domslut och tidigare missbruk kan bedömas ha hög kvalitet.

En studie av återfallen har påbörjats, men studien är inte utan problem. De detaljerade uppgifterna i KLAS gallras senast sex månader efter utskrivning och uppgifterna i KUM gallras efter fyra år. En gallring sker också om klienten avlider efter utskrivning.

Inom KVS pågår också projekt med målsättningen att utveckla instrument för diagnos-, planering- och behandling. Detta kan på längre sikt medföra ökade möjligheter till mer dynamiska beskrivningar av klienternas missbruksproblem.

2.3.1.7 Brottsförebyggande rådet

Brottsförebyggande rådets huvuduppgift är att främja brottsförebyggande arbete genom utveckling, utvärdering, forskning och information inom det kriminalpolitiska området. BRÅ skall vara ett centrum för forsknings- och utvecklingsverksamheten inom hela rättsväsendet. BRÅ genomför både egen forskning och ger projektbidrag för att initiera och stödja forskning inom det kriminalpolitiska området. BRÅ ansvarar för Sveriges officiella rättsstatistik. Följande områden av BRÅ:s statistik

innehåller information om narkotikabrott: brottsstatistik, lagföringsstatistik och narkotikastatistik.

I BRÅ:s uppgifter om rättsstatistiken ingår att inte bara sammanställa uppgifter från olika myndigheter inom rättsväsendet utan också att analysera dem, tolka dem och sätta dem i relation till utvecklingen inom de områden som har studerats. Genomgången ovan av uppgiftssammanställningen inom de enskilda myndigheterna visar att uppgifter av delvis olika karaktär lämnas från myndigheterna, varför behovet är stort av ett övergripande och samlande perspektiv.

BRÅ ingår tillsammans med andra myndigheter inom rättsväsendet i en arbetsgrupp för att utveckla redovisningen inom Rättsväsendets Informationssystem. I detta arbete ingår en översyn av hur brott kodas vid bearbetning och redovisning. Av annat pågående utvecklingsarbete kan nämnas studier med syfte att förbättra möjligheterna till internationella jämförelser av kriminalstatistik.

BRÅ redovisar årligen statistik i olika skrifter och i databaser. En särskild skrift om BRÅ:s narkotikastatistik har publicerats under 1999 (Narkotikastatistik. Personer lagförda för narkotikabrott 1996 och 1997. BRÅ 1999:2). Dessutom ger BRÅ ut rapporter från sina projekt och olika specialstudier.

2.3.2 Myndigheter med vård- och behandlingsansvar

Under denna rubrik behandlas information och statistik från de myndigheter för vilka Socialstyrelsen har statistikansvaret. Det gäller bland andra kommunernas socialtjänst, Statens institutionsstyrelse samt hälso- och sjukvården.

2.3.2.1 Kommunernas socialtjänst

Socialtjänsten har det övergripande ansvaret för insatserna för missbrukare. I 11 § SoL stadgas bl.a.:

Socialnämnden skall aktivt sörja för att den enskilde missbrukaren får den hjälp och vård som han behöver för att komma ifrån missbruket. Nämnden skall i samförstånd med den enskilde planera hjälpen och vården och noga bevaka att planen fullföljs.

Även för vård enligt LVM som ges efter beslut av länsrätt har socialtjänsten ett övergripande ansvar och socialtjänsten har också kostnadsansvaret för den avgift som Statens institutionsstyrelse (SiS) tar ut. De stöd- och vårdmöjligheter som kommunerna kan erbjuda missbrukare varierar kraftigt mellan olika kommuner. I vissa kommuner finns

specialiserade rådgivningsbyråer eller grupper av socialsekreterare som särskilt arbetar med missbruksfrågor dit en klient med missbruksproblem kan hänvisas. Samverkan förekommer också med rådgivningsbyråer organiserade av primärvården eller sjukvården. I några kommuner finns rådgivningsbyråer och/eller ungdomsmottagningar med möjlighet till anonym rådgivning och stöd. Flertalet kommuner kan hänvisa till familjerådgivning. Annan öppenvård kan vara stödsamtal hos socialsekreterare, eller speciella öppenvårdsenheter, dagcentraler etc.

Socialnämnden skall sörja för att den som behöver vårdas eller bo i ett annat hem än det egna tas emot i ett familjehem eller i ett hem för vård eller boende (22 § SoL). Detta kan innebära ett behandlingshem för missbrukarvård eller annan vård i slutna former, såsom vård i familjehem. Strukturerad öppenvård med särskilda program kompletterar och ersätter ibland institutionsvård. En ökande andel av institutionsvården och den strukturerade öppenvården är fristående enheter, vilket innebär att tjänsterna upphandlas av kommunerna eller de enskilda socialdistrikten (stadsdelsnämnderna).

När en person tar kontakt med socialtjänsten eller om socialtjänsten på eget initiativ tar kontakt med en invånare i kommunen skall detta dokumenteras, om det inte enbart gäller ren rådgivning. En social akt upprättas. I denna förs löpande in uppgifter om planerade och vidtagna åtgärder, socialbidrag m.m.

I socialregistret, dvs. sådant personregister som innebär sammanställning av uppgifter, får sådana uppgifter som innebär myndighetsutövning, vissa ekonomiska uppgifter och liknande. föras in. Uppgifterna i socialregistret utgör till stor del grund för socialtjänstens verksamhetsberättelser vad avser verksamhetens volym och kostnader. En hel del av uppgifterna går också vidare till Socialstyrelsen för den officiella statistiken om socialtjänstens individinriktade insatser. Av den del av statistiken som är baserad på uppgifterna från socialregistret kan man dock endast i mycket begränsad omfattning utläsa information om missbruksrelaterade insatser.

Lokalt och regionalt gör vissa kommuner – själva eller i samverkan med andra kommuner och polis, landsting m.fl. – lokala och regionala kartläggningar av missbrukssituationen. I lokala eller regionala handlingsplaner rörande narkotika eller missbruksfrågor kan också omfattningen av vård och behandlingsinsatserna belysas. Sådana studier och kartläggningar görs i allmänhet inte med så standardiserade och kontrollerade metoder att de utan vidare kan användas för jämförelser med andra områden eller för sammanställning av nationell statistik.

2.3.2.2

2.3.2.3 Statens institutionsstyrelse

Statens institutionsstyrelse (SiS) bedriver vård och behandling som beslutats enligt LVM eller LVU. I viss utsträckning kan även frivillig vård enligt 6 § SoL erbjudas.

Klientadministrativa uppgifter samlas dels i journaler men också i det ADB-baserade klientadministrativa systemet KIA, vilket är under uppbyggnad. Från KIA och journalerna redovisas uppgifter om beläggning m.m., vilka bland annat ingår i SIS verksamhetsberättelse.

Den officiella statistiken om LVM-vården framställs av Socialstyrelsen. SiS ansvarar för att uppgifter om utskrivningar och antalet inskrivna vid respektive behandlingshem lämnas. I statistiken ingår bland annat uppgift om missbruksmedel och vissa personuppgifter.

En viktig uppgift för SiS är att dokumentera och följa upp klienter som vårdats på LVM-institutioner. Institutet för Kunskapsutveckling inom ungdoms- och missbrukarvården (IKM) vars stockholmsavdelning utgör en självständig del av SiS organisation, arbetar med personalutbildning och kompetensutveckling. SiS och IKM samarbetar kring utveckling av DOK-systemet för kvalitetssäkring och utvärdering av vården. Genom DOK insamlas omfattande information om klienterna, vilken bland annat innefattar uppgifter om alkohol- och narkotikaanvändning, sociala förhållanden, uppväxtvillkor och behandlingshistoria. Systemet används också av en del behandlingsenheter inom den frivilliga vården. Den inskrivna måste ge sitt medgivande för att uppgifterna skall få bevaras och användas för uppföljning och forskning. Genom att använda DOK-systemet erhålls hjälpmedel till vårdplanering, uppföljning och utvärdering. I skriften Årsrapport DOK 97 ges utförliga beskrivningar och analyser av de inskrivnas situation och drogmissbruk.

Uppföljningsstudier genomförs eller planeras för dem som finns med i DOK-systemet, dvs. personer som blivit inskrivna under år 1996 eller senare och givit sitt medgivande till att medverka. För personer som inte deltar i DOK-systemet finns det inte möjlighet att använda uppgifter från det klientadministrativa registret för forskningsändamål.

2.3.2.4 Insatser inom hälso- och sjukvård

Sjukvårdens specialiserade narkomanvård ges huvudsakligen på särskilda narkomanvårdsavdelningar eller på psykiatriska kliniker. Avgiftningar i samband med inledning av planerad vård eller på grund av omedelbart omhändertagande enligt LVM och vård av psykiatriska komplikationer är de vanligaste insatserna. Narkotikamissbrukare kan också komma i kontakt med sjukvården i många andra situationer. Det

kan gälla akutvård på grund av en skada som endast har indirekt samband med missbruket, akutvård på grund av förgiftning (s.k. överdos), vård på grund av infektioner, t.ex. hepatit eller hiv. Primärvården, missbrukskliniker, mödravården och annan öppenvård och rådgivning har också kontakter med narkotikamissbrukare. Underhållsbehandling med metadon drivs av sjukvården vid särskilt utsedda enheter i samverkan med berörda kommuner. Slutligen kan sjukvården också bli berörd då en missbrukare avlider. Dödsbevis och dödsorsaksintyg skall upprättas av ansvarig läkare. I de fall då en missbrukare påträffas död eller dödsfallet beror på förgiftning eller annan skada skall dock en rättsmedicinsk undersökning genomföras och dödsorsaksintyget utfärdas av rättsläkare (se avsnitt 3.4.2.2–3.4.2.3)

De journaler som skall upprättas inom sjukvården vid varje behandlingskontakt får inte användas som källa för reguljär statistik. Däremot finns det inom slutenvården fasta rutiner för rapportering till det regionala och nationella patientregistret (slutenvårdsregistret). Genom att en klassificering görs av patientens problem enligt ICD-koder (International Classification of Diseases) kan man ur registren ta fram antal personer som vårdats med narkotikarelaterade diagnoser.

När det gäller hälso- och sjukvårdens öppenvård och andra kontakter med missbrukare föreligger ingen samlad nationell statistik. I varierande grad redovisar dock olika sjukvårdsenheter, sjukvårdsdistrikt och landsting sin verksamhet, där också mer eller mindre detaljerade uppgifter om den missbruksrelaterade verksamheten kan ingå.

2.3.2.5 Smittskyddsinstitutet

Vid konstaterad smittsam sjukdom såsom hiv eller hepatit skall anmälan göras till den smittskyddsläkare som finns i varje län samt till Smittskyddsinstitutet. Institutet framställer löpande statistik om antalet smittade, trolig smittväg m.m. Uppgifter om spridning av hiv och hepatit är av särskilt intresse när det gäller att kartlägga narkotikamissbrukets konsekvenser.

2.3.2.6 Läkemedelsverket

Läkemedelsverket för noggrann statistik över tillstånd och handel med narkotikaklassade läkemedel och prekursorer (ämnen som kan omvandlas till narkotika eller som används vid illegal framställning av narkotika). Rapport sker nationellt och till FN (Internationella narkotikakontrollstyrelsen, INCB).

2.3.2.7 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen har inte bara ansvaret för den officiella statistiken rörande sjukvården och socialtjänsten, utan har också ansvar för tillsyn, analys och uppföljning av sjukvården och socialtjänsten. Två centra av särskild betydelse för produktion av statistik och annan kunskapsutveckling är knutna till Socialstyrelsen, nämligen Epidemiologiskt centrum (EpC) och Centrum för utveckling av socialt arbete (CUS). Båda centra har egna styrelser och egna kanslier.

EpC skall följa, analysera och rapportera om utbredning och utveckling av befolkningens hälsa, sjukdomar, sociala förhållanden, vårdutnyttjande och riskfaktorer för sjukdomar och sociala problem. EpC svarar dels för huvuddelen av den statistik som Socialstyrelsen publicerar, dels genomför och publicerar EpC olika typer av specialstudier.

CUS har till uppgift att på vetenskaplig grund sammanställa kunskap och erfarenheter om det sociala arbetets värde för klienterna och i ett bredare samhällsperspektiv. CUS arbetsfält omfattar i första hand den verksamhet som bedrivs inom socialtjänstens individ- och familjeomsorg. CUS har ett särskilt program för studier kring missbrukarvård. I detta ingår bland annat studier av metoder och underlag för lokal uppföljning.

Statistik om missbrukarvård inom socialtjänsten

Socialstyrelsen framställer inom ramen för statistik om socialtjänstens individriktade insatser statistik om vård enligt LVM och om vård i hem för vård eller boende (HVB).

Den statistik som rör vård enligt LVM sammanställs genom att uppgifter inhämtas från länsrätterna om beslut om omedelbart omhändertagande fattade av polismyndighet, länsrätt eller socialnämnd och länsrättsbeslut vid ansökan om vård enligt LVM. Via Statens institutionsstyrelse (SiS) rapporterar de behandlingshem som drivs av SiS om sina inskrivningar respektive utskrivningar under året.

När det gäller övriga HVB-hem rapporterar varje behandlingsenhet antalet inskrivna en viss dag och antalet utskrivningar under året.

Uppgifterna om LVM-vården torde vara relativt tillförlitliga och är också mer detaljerade än uppgifterna om den frivilliga vården. Det sker stora förändringar inom vårdstrukturen och Socialstyrelsen har inte alltid data om alla behandlingsenheter aktuella. Vidare är uppgiftslämnandet frivilligt och ett visst bortfall förekommer (Insatser för vuxna missbrukare i hem för vård eller boende/HVB 1997).

Under år 1998 har en ny statistikstruktur utarbetats. I denna ingår öppenvårdsinsatser och familjehemsvård. I ett relativt omfattande

enkätformulär får socialtjänsten besvara uppgifter om antal personer i olika vårdformer, antal vård dagar m.m. Till viss del kan kommunerna utläsa dessa uppgifter ur sina socialregister men dessa behöver kompletteras med relativt omfattande manuella insatser i varje kommun/socialdistrikt. Undersökningen ger upplysningar om kommunernas totala insatser för vuxna missbrukare men kan inte ge någon information om typen av missbruk. Varje kommun redovisar summerad statistik, varför några andra fortsatta bearbetningar än summeringar och geografisk uppdelning inte blir möjliga.

Avsikten är att undersökningen skall kompletteras genom utvidgade enkäter med ett urval av cirka 70 kommuner i en kommunpanel. Två gånger per år skall uppgifter om antal personer som får vård och vilken typ av missbruksmedel som dessa använder samlas in via panelen.

För att nå ut även till enheter med annan huvudman än socialtjänsten har Socialstyrelsen genom en enkät tillfrågat cirka 1 000 behandlingsenheter som driver specialiserad behandling av vuxna alkohol- och drogmissbrukare om förhållandena per den 31 mars 1999. Avsikten är dubbel – enkäten skall dels ge underlag för ett aktuellt register av behandlingsenheter, dels skall den ge en bild av vilken struktur behandlingen har och hur många som nås av den. Uppskattningar skall också lämnas om klienternas missbruksförhållanden (alkohol-, narkotika- eller blandmissbruk). Endast mängduppgifter och vissa data om enhetens inriktning skall uppges. Uppgifterna i enkäten kan inte besvaras med hjälp av utdrag ur register utan svar måste lämnas av personer som både känner verksamheten väl och har detaljerad kunskap om klienterna.

Socialstyrelsen genomför och publicerar fortlöpande olika studier om missbrukarvården som dels är baserade på den officiella statistiken, dels på särskilda undersökningar. Två rapporter som delvis baseras på uppgifter från individdata ur socialakter är Kursändring inom missbrukarvården och Balans i missbrukarvården?

Statistik om missbrukarvård inom sjukvården

Sedan slutet av 1970-talet har Socialstyrelsen vart tredje år genomfört inventeringar i den slutna psykiatriska vården vilket gör att man kan följa utvecklingen dels av den slutna psykiatriska vårdens omfattning, dels av andelen inneliggande patienter med narkomanidiagnoser. Socialstyrelsen ansvarar för det s.k. slutenvårdsregistret. Vidare sammanställer Socialstyrelsen årligen rapporter om antal utskrivningar från slutenvården med diagnosen narkomani (ICD 304) eller drogpsykos (ICD 292) samt deras andel av det totala antalet inneliggande patienter den 1 mars.

Register över metadonbehandling

Vid Socialstyrelsen förs ett särskilt register över de som får behandling med metadon (f.n. begränsat till maximalt 600 patienter). Avsikten är i första hand att Socialstyrelsen skall kunna kontrollera att de bestämmelser som gäller för metadonbehandling följs. I denna statistik finns uppgifter bland annat om ålder, kön, hemort och dos för de patienter som är i behandling. Enligt kommissionens bedömning kan registret endast ge begränsad information om heroinmissbrukets omfattning eftersom intagningen till metadonprogrammen är begränsad.

Dödsorsaksregistret

Vid dödsfall skall alltid ett dödsbevis och dödsorsaksintyg med trolig dödsorsak upprättas av ansvarig läkare. Vid oklarheter, misstanke om brott eller om man kan anta att dödsfallet haft samband med drogmissbruk skall en rättsmedicinsk undersökning i regel genomföras. Uppgifterna från eventuell rättsmedicinsk undersökning förs in på dödsorsaksintyget, som sänds till Statistiska centralbyrån (SCB). SCB ansvarar för kodning och kontroll av intygen samt produktion av dödsorsaksregistret på uppdrag av Socialstyrelsen som är statistikansvarig myndighet. Dödsfall registreras och dödsorsaker kodas efter ett gemensamt internationellt kodsysteem – International Classification of Diseases (ICD). Detta system medger möjligheter att följa utvecklingen av olika dödsorsaker över tid och göra internationella jämförelser av utbredningen av olika sjukdomar. Medicinsk utveckling och epidemiologiska intressen medför att klassifikationssystemet måste revideras med vissa mellanrum. Sverige tillämpade mellan åren 1987 och 1996 den 9:e revisionen men har fr.o.m. år 1997 övergått till den 10:e revisionen. Varje ny revision medger möjligheter till mer detaljerade klassifikationer än tidigare men medför också att jämförbarheten över tid kan bli begränsad. Omläggningen till ICD 10 innebär för Sveriges del att sammanställningen av uppgifter har försenats, varför de senast tillgängliga uppgifterna är från år 1996 då alltså ICD 9 fortfarande tillämpades (Dödsorsaker 1996.). Publicering av dödsorsaksstatistiken för år 1997 väntas ske under våren år 2000 (se även avsnitt 3.4.2.2).

2.4 Andra informationskällor än registerdata

2.4.1 Inledning

Registerdata och andra uppgifter från offentliga myndigheter utgör den största delen av den egentliga statistiken om narkotika. Ytterligare information behövs dock för att få en klarare bild av situationen. Det handlar dels om uppgifter som myndigheter har men som inte rapporteras i form av statistik, dels om uppgifter som inte är tillgängliga genom register eller via myndigheterna. Exempel på sådana uppgifter är svar från enkäter, paneler, speciella undersökningar, forskning m.m. Här lämnas några exempel på sådan informationsinsamling.

2.4.2 Enkäter och surveyundersökningar

I Sverige finns en lång tradition av att genomföra alkohol- och drog-vaneundersökningar, både på riksrepresentativa urval och på delgrupper av befolkningen. Skolundersökningar har således genomförts regelbundet sedan år 1971, varför det är möjligt att göra vissa jämförelser över tid. Frågeundersökningar där man ställer frågor om drogvanor är förknippade med en mängd metodologiska problem men är ändå den viktigaste kunskapskällan när det gäller befolkningens erfarenhet av och inställning till droger.

Ett av problemen är att man kan anta att den tillfrågade medvetet eller omedvetet försöker beskriva sina vanor, handlingar och åsikter på ett sådant sätt att han framstår som en "icke avvikande" person. När frågorna gäller känsliga områden såsom narkotikaanvändning antas risken vara särskilt stor att svaren blir "tillrättalagda". Gjorda kontrollundersökningar visar också att svaren innebär en underskattning av den faktiska konsumtionen. Ett annat problem är att människor som lever i utkanten av samhället, vilket är vanligt för missbrukare, kanske inte alls svarar på frågorna, eftersom de inte har fast adress, inte svarar på telefon eller vägrar delta i undersökningen.

FHI och CAN påpekar i sin Rapport 99 att man kan anta att enkätdata, trots metodens begränsningar, relativt väl speglar förändringar i svarsfördelningen från ett år till ett annat när det gäller personer som använt cannabis en eller ett fåtal gånger. Ju mer frekvent missbruket är, desto större blir skillnaderna mellan undersökningsresultat och verklighet. Vanligtvis brukar man därför utgå från att man inte fångar upp det tunga missbruket med hjälp av frågeundersökningar. De undersökningar som presenteras här genomförs alla av eller på uppdrag av FHI/CAN.

Skolundersökningar

Skolundersökningar genomförs regelbundet varje år sedan 1971. En enkät med frågor om elevernas drogvanor distribueras till riksrepresentativa urval av klasser. Storleken på urvalet har tidigare varierat något. Under den senaste tioårsperioden har dock cirka 6 000 elever i årskurs 9 medverkat årligen. Bortfallet har uppgått till cirka 10 procent. Vartannat år genomförs undersökningarna i årskurs 6, varvid knappt 4 000 elever deltar.

Mönstringsundersökningar

Mönstringsundersökningarna är årliga undersökningar bland alla som finner sig till mönstring vid pliktverkets regionkontor och merparten av dem är 18 år. Studien genomförs sedan år 1970 med anonyma gruppenkäter, vilka besvaras enskilt och därefter läggs i svarsådor av respondenterna. Årligen mönstrar cirka 50 000 personer och hittills har över en miljon besvarat enkäten.

Ungdomsundersökningar

Ungdomsundersökningar har genomförts kontinuerligt sedan slutet av 1970-talet. De två senaste undersökningarna åren 1996 och 1998 utfördes av TEMO på ett urval ungdomar i åldern 15–24 år. På grund av byte av opinionsinstitut för undersökningarna och vissa variationer i undersökningsdesignen har inte uppgifterna samma höga grad av jämförbarhet som skol- och mönstringsundersökningarna.

Allmänhetens alkohol- och narkotikavanor

Undersökningar av allmänhetens drogvanor har genomförts sedan början av 1980-talet, först av SIFO och senare av TEMO. Personerna i urvalet intervjuas vid personliga besök i hemmen. Undersökningarna genomförs i regel som en s.k. omnibus, vilket innebär att frågeformuläret delas av flera uppdragsgivare. Urvalet har varierat mellan 500 och 1 500 personer i åldrarna 18–70 eller 15–75 år. Urvalets storlek gör att man kan dra vissa slutsatser om hela åldersintervallet, men att osäkerheten blir betydligt större om materialet skall delas upp i mindre åldersgrupper.

Andra enkätundersökningar

Vid speciella tillfällen eller för särskilda projekt har enkätundersökningar genomförts. Nämnas kan t.ex. ESPAD-undersökningen som genomfördes våren 1995 i 26 europeiska länder. Cirka 75 000 europeiska elever födda år 1979 besvarade anonymt formuläret. CAN var initiativtagare till undersökningen och svarade för samordning och för den svenska delen. En ny studie kommer att genomföras under år 1999.

2.4.3 Paneler och annan kvalitativ information

CAN har kontakt med ett antal regionala rapportörer som regelbundet rapporterar om förändringar i narkotikasituationen och missbruksläget. Erfarenheten är att man genom dessa snabbt får information om nya missbruksmedel eller om nya missbruksmönster har förekommit, men att det är svårt att värdera informationen.

Till Rikspolisstyrelsen, CAN, FHI och andra myndigheter som arbetar med narkotikafrågor kommer också olika former av kvalitativ information på konferenser och vid seminarier.

2.4.4 Kartläggningar

Det tunga narkotikamissbruket kan inte speglas med hjälp av enkätundersökningar utan får uppskattas med hjälp av de olika indikatorer på missbrukets omfattning och dess konsekvenser som går att avläsa i annan statistik. Ett par ambitiösa försök har dock gjorts att beräkna antalet missbrukare. Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO) genomförde år 1979 en totalundersökning med hjälp av case-finding-teknik. Denna teknik innebar att man frågade ett stort antal informatörer om missbrukare de hade kännedom om. Varje individ fick ett kodnummer, för att säkerställa att en individ endast räknades en gång. I undersökningen lämnades uppgifter från enheter huvudsakligen inom socialvård, sjukvård, kriminalvård och polis. Utredningen definierade tungt missbruk som alla personer med injektionsmissbruk eller nästan dagligt annat narkotikamissbruk i någon form. Utredningen uppskattade antalet tunga missbrukare till 10 000–14 000 i hela landet, varav 7 500–10 000 var injektionsmissbrukare. Av dessa bedömdes 1 500–2 000 vara dagliga injektionsmissbrukare.

År 1992 genomfördes en ny case-findingundersökning av det tunga narkotikamissbruket (Olsson et al.: Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992). Denna hade stora likheter med den under-

sökning som genomfördes år 1979, men var till skillnad från denna inte en totalundersökning utan omfattade ett urval av kommuner och polisdistrikt. Det är svårt att med säkerhet uttala sig om metodskillnadernas betydelse för resultaten och utredarnas slutsatser har varit föremål för diskussion.

Totalt uppskattades det år 1992 finnas mellan 14 000 och 20 000 personer med tungt narkotikamissbruk enligt samma definitioner som i 1979 års UNO-undersökning. En viss, kontinuerlig ökning antogs ha skett av antalet missbrukare. Samtidigt hade, enligt undersökningarna, missbrukarnas medelålder ökat från 27 till 32 år.

En tredje studie som delvis baseras på case-findingteknik genomförs f.n. av CAN. I detta projekt (Narkotikamissbruk bland sociala marginalgrupper – MAX) tillfrågas centrala rapportörer i ett antal nyckelorter om narkomaner man har kännedom om. Avsikten är att resultaten skall kunna jämföras med dem från 1979 och 1992 års undersökningar. I den nya undersökningen tillkommer dessutom några perspektiv, bland annat önskar man belysa narkomanernas samlade livssituation sett ur ett marginaliseringsperspektiv. Publicering av resultaten beräknas ske under hösten 1999.

Case-findingundersökningar av denna typ kan ge relativt tillförlitliga resultat som i viss mån kan valideras genom jämförelser med andra indikatorer på missbruk. Undersökningarna är emellertid omfattande, tidsödande och dyrbara, varför de inte kan utföras annat än med relativt stora mellanrum.

Lokala case-findingundersökningar med likartad metodik som i UNO-undersökningarna har genomförts i Göteborg 1987/88, i Malmö 1977 och 1987, i Luleå 1984 och 1988, och i Stockholm 1967, 1984, 1987, 1993 och 1996.

2.4.5 **Stickmärkesundersökningen i Stockholm**

Sedan år 1965 har intagna vid Kronobergshäktet i Stockholm undersökts avseende förekomsten av stickmärken från intravenöst missbruk. Under senare år har även intagna vid häktet i Huddinge inkluderats. Sjuksköterskor undersöker de intagna och observationerna registreras på rapportkort. Det omfattande materialet förvaltas f.n. av Samhällsmedicinska enheten vid institutionen för folkhälsovetenskap vid Karolinska institutet.

Materialet innebär att det finns mycket långa tidsserier av observationer på de som intagits vid häktet i Stockholm. För närvarande råder osäkerhet om undersökningen kan fortgå och i vilken omfattning bearbetningar kan ske. Narkotikakommissionen har erfarit att Folkhälso-

institutet har tagit initiativ till att undersöka möjligheterna att stickmärkesundersökningen skall kunna fortgå.

Narkotikakommissionens bedömning är att materialet inte självständigt kan ligga till grund för bedömningar om narkotikamissbrukets omfattning. Däremot är det värdefullt för forskningsändamål och för att jämföra med andra indikatorer på missbrukets spridning. Narkotikakommissionen kommer därför att behandla frågan i samband med sin kommande genomgång av forskningsfrågor.

2.5 Sammanställning, rapportering och analys av data

Brottsförebyggande rådet (BRÅ) sammanställer, analyserar och publicerar information om data från rättssystemet. BRÅ medverkar också i utvecklingsarbete inom Rättsväsendets Informationssystem.

Socialstyrelsen är statistikansvarig myndighet för socialtjänsten och hälso- och sjukvården och sammanställer och publicerar uppgifter och statistik om dessa frågor samt analyser av utvecklingen inom bland annat missbrukarvården.

Folkhälsoinstitutet (FHI) har regeringens uppdrag att följa narkotikautvecklingen och att vara svensk kontaktpunkt i det europeiska nätverket REITOX, vidare har FHI huvudansvaret för rapporteringen till det europeiska centret ECNN. För denna rapportering har FHI inrättat en styrgrupp, bestående av företrädare för CAN, Rikspolisstyrelsen, Socialstyrelsen, Statens Institutionsstyrelse och Tullverket.

FHI utger tillsammans med CAN årligen en rapport om alkohol- och narkotikautvecklingen i Sverige, där tillgängliga data presenteras och analyseras (Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 99).

Tullverket, FHI, Rikspolisstyrelsen och Alkoholinspektionen arbetar under år 1999 med ett projekt kallat Att mäta samhällsnyttan av myndigheternas insatser. Utgångspunkten i arbetet är de beräkningar som gjordes i utredningen "En gräns – en myndighet" (SOU 1998:18), där den samhällsekonomiska nyttan sattes i relation till resursinsatsen. Avsikten är att utveckla metoderna att beräkna de kostnader som narkotikamissbruk förorsakar och med ledning därav bedöma nyttan av tullens insatser för att stoppa narkotikan. I bakgrundsbeskrivningen till projektet sägs att man för att beräkna den samhällsekonomiska nyttan av myndigheternas verksamhet mot narkotika måste känna till såväl hur marknaden i Sverige för narkotika ser ut som nivån på den totala konsumtionen av narkotika. Projektet beräknas pågå under hela år 1999. Projektet knyter an till en av Narkotikakommissionens uppgifter, näm-

ligen att söka metoder för att uppskatta den totala mängden narkotika i samhället och kommissionen har för avsikt att följa detta arbete.

3 Önskvärd information om narkotikans spridning

3.1 Övergripande målsättning

Narkotikakommissionen anser att de system och metoder som skall användas för att sammanställa narkotikarelaterad statistik skall medge långsiktigt hållbara lösningar. Den statistik som samlas in från myndigheter skall i möjligaste mån bygga på sådana primärdata från lokala myndigheter som är lätt tillgängliga och på sådana lokala sammanställningar som lokalt kan vara av värde. Det är nödvändigt att information kan erhållas om tillgången på och utnyttjandet av vård- och behandlingsresurser.

Enkäter och andra undersökningar bör vara tillräckligt flexibla för att kunna anpassas till förändringar men samtidigt så stabila att långa tidsserier kan upprättas.

I följande avsnitt skall kommissionens bedömning av narkotikarelaterad statistik och annan information om narkotikaläget behandlas med utgångspunkt från de frågeställningar som inledde avsnitt 1.6, nämligen antalet missbrukare, tillgången på narkotika, konsekvenser av narkotikamissbruk och vård- och behandlingsinsatser. Under avsnitt 3.2 och i bilaga 2 lämnas relativt utförliga beskrivningar av olika metoder för att bedöma missbrukets omfattning. Syftet är bland annat att belysa vilka basfakta som kan behövas för att kunna tillämpa de skilda metoderna.

Det bör dock framhållas att information från samtliga områden oftast behövs även för att göra en rättvisande bedömning av förhållandena inom ett delområde. Behovet av samlade analyser behandlas i avsnitt 3.6.

Inom ramen för det europeiska samarbetet sker betydande utvecklingsinsatser. Syftet är att få en klarare bild av narkotikasituationen i medlemsländerna och att öka möjligheterna till att få rättvisande och jämförbara data länderna emellan. Enligt Narkotikakommissionens bedömning bör man i det svenska nationella arbetet dra nytta av det utvecklingsarbete som drivs europeiskt. På så sätt kan dubbelarbete undvikas. Emellertid kan det i vissa lägen och för vissa ändamål vara

lämpligt att utöver den datainsamling som görs inom ramen för europasamarbetet också insamla och bearbeta information enligt mer renodlat nationella önskemål. De krav som det EU-samarbetet ställer kan således betraktas som en miniminivå.

3.2 Antalet missbrukare och deras missbruksmönster

3.2.1 Inledning och definitioner

Information om antalet missbrukare är väsentlig både för att kunna planera vård, behandling och andra insatser mot narkotika och för att avläsa effekterna av samhällets insatser mot narkotika. Olika typer av insatser behövs för en socialt utslagen injektionsmissbrukare och för en ung människa som har prövat narkotika några få gånger. Därför är också kunskap om missbruksmönstret viktig.

I detta delbetänkande används de tre kategorierna *tungt missbruk*, *sporadiskt missbruk* och *experimentellt missbruk*. I Sverige är all icke-medicinsk användning av narkotika olaglig, varför all sådan användning av narkotika är att betrakta som *missbruk*. Detta uttryck används också i denna promemoria för att beteckna all illegal användning av narkotika.

En av de mest använda definitionerna på *tungt narkotikamissbruk* har kommit att bli den arbetsdefinition som användes av Utredningen om narkotikamissbruk år 1979, dvs. injektion av narkotika under det senaste året oavsett frekvens eller, om injektion inte förekommit, daglig eller så gott som daglig användning av narkotika under de senaste fyra veckorna. De *sporadiska missbrukarna* utgörs av den mellankategori som har ett pågående missbruk av narkotika, men inte i en sådan omfattning att de uppfyller definitionen (-erna) på tungt narkotikamissbruk. Den *experimentella* gruppen består till allra största delen av personer som vid ett eller ett fåtal gånger testat något eller några narkotiska preparat.

För att kartlägga storleken på de olika populationer som uppfyller ovanstående definitioner har olika metoder använts. Det experimentella missbruket har följts genom framför allt survey-undersökningar bland skolelever och mönstrande, samt bland allmänheten via s.k. omnibus-undersökningar genomförda av olika opinionsinstitut (SIFO, TEMO m.fl.). Kraven på resultat som exakt anger nivåerna har inte ansetts behöva sättas i främsta rummet. I första hand är syftet att följa tendenserna varför vissa felmarginaler kan tolereras förutsatt att felen är någorlunda likartade över tid.

Information om det sporadiska missbruket har också huvudsakligen hämtats via ovan nämnda survey-undersökningar. Resultaten är här

mindre framgångsrika beroende på en kombination av att urvalen i dessa studier är relativt små och att användning av narkotika hittills varit en sällsynt förekomst i Sverige. Det har medfört att antalet personer med regelbundet missbruk av narkotika som besvarat enkäterna/intervjuerna varit mycket litet, vilket medför mycket stora slumpfel. En möjlighet att komma till rätta med detta problem är att genomföra undersökningarna med betydligt större urval. Kostnaderna blir då mycket höga. Ett bättre sätt är sannolikt att göra undersökningarna på särskilda urval av personer där sannolikheten att finna sporadiska missbrukare är högre, t.ex. vissa åldersgrupper i storstadsområdena.

3.2.2 Metoder för att få kunskap om omfattningen av det tunga narkotikamissbruket

Grovt sett kan man skilja mellan två slags metoder för beräkningar av narkotikamissbrukets omfattning; direkta och indirekta. Till de direkta metoderna hör surveys, case-findingstudier och skattningar av initierade personer. Till de indirekta hör en rad metoder som via olika indikatorer försöker uppskatta omfattningen av missbruket. För en mer detaljerad redogörelse hänvisas till bilaga 2, där fil. dr. Börje Olsson vid CAN på Narkotikakommissionens uppdrag har lämnat en beskrivning av metoder för sådana uppskattningar.

3.2.2.1 Direkta metoder

Surveys

Surveys, alltså undersökningar där personer som ingår i någon form av urval tillställs ett antal frågor, används i en rad sammanhang. Mest kända är kanske de opinionsundersökningar som görs av institut som SIFO och TEMO. Frågor om alkohol och narkotika har under många år inkluderats i denna typ av undersökningar. Till survey-undersökningarna hör också CAN:s skol- och mönstringsundersökningar. Ibland genomförs också undersökningar som ett led i olika forskningsprojekt. Som nämnts ger detta på sin höjd tillförlitliga resultat om de ungefärliga andelarna i befolkningen som har erfarenhet av narkotika och om trenderna över tid. Däremot ger de ett mycket dåligt underlag för skattningar av mera allvarliga former av narkotikamissbruk. Missbrukare nås sällan, vare sig man genomför undersökningar genom postenkäter, telefon- eller besöksintervjuer.

Case-findingstudier

Sverige har som ett av få länder använt sig av nationella case-findingstudier för att karlägga omfattningen av vad som i dessa sammanhang benämns tungt narkotikamissbruk. Metoden är i grunden enkel; de narkotikamissbrukare som är kända räknas. I praktiken är dock metoden både svår, tids- och kostnadskrävande. De svenska erfarenheterna från studierna 1979, 1992 och den som för närvarande genomförs, visar att metoden fungerat ganska väl men att stora svårigheter uppstått i takt med att samhällets resurser för arbetet med narkotikafrågorna urholkats. Ett av de viktigaste skälen till att de flesta länder valt att inte använda sig av case-findingstudier på nationell nivå är avsaknaden av en utbyggd och välfungerande offentlig sektor. En fortsatt användning av case-findingstudier på nationell nivå i Sverige förutsätter att samhällets arbete med narkotikamissbrukare har en sådan nivå att kunskapen om enskilda personers missbruk är så god att det finns möjligheter att efterfråga den detaljerade kunskap som krävs för att klassificera missbruket i enlighet med den definition som valts.

Vissa forskare ifrågasätter om case-findingmetoden är möjlig att tillämpa i dag. Metoden bör dock inte utmönstras ur diskussionen om framtida metoder för kartläggning av missbruket. Ett möjligt tillvägagångssätt vore lokala studier, t.ex. i ett mindre urval av kommuner. De resurser som står till buds skulle då kunna koncentreras och ett bättre resultat uppnås. Även om de resultat som erhålls skulle vara otillräckliga för säkra uppräknings till nationella uppskattningar, skulle de ändå kunna ge ett relativt tillförligt underlag för bedömningar av trenderna i utvecklingen. De bör emellertid kombineras med analyser av andra indikatorer.

Uppskattningar av missbruket gjorda av initierade personer

En mycket enkel metod är antalsskattningar gjorda av personer som bör ha god kunskap om narkotikamissbruket. Ett sådant försök gjordes i Sverige år 1977 och senare också i Norge. En panel i respektive kommun angav det antal narkotikamissbrukare man uppfattade fanns i kommunen. Vare sig i Sverige eller Norge har man bedömt att ett sådant tillvägagångssätt självständigt kan ligga till grund för tillförlitliga uppskattningar. Däremot kan det vara tänkbart att använda metoden i kombination med andra metoder (cross-validation). Som självständig metod lämpar sig denna typ av rapportering bättre för att fånga upp trender och tendenser på området. Det är också så den har använts i Sverige i CAN:s s.k. regionala rapporteringssystem.

3.2.2.2 Beräkningar med hjälp av indikatorer

Bland övriga EU-länder tycks det vanligaste vara att man försöker utnyttja olika s.k. indikatorer för att skatta narkotikamissbrukets omfattning. Den allmänna principen är också här enkel; indikatorerna antas hänga samman med själva missbruket så att en förändring i detta på ett känt sätt påverkar indikatorerna. En förutsättning är dock att ingen annan faktor oberoende av missbruket ger förändringar i indikatorn eller om så är fallet, att man kan korrigera för detta. Några av de vanligaste indikator-metoderna beskrivs i bilaga 2.

3.2.3 Sporadiskt missbruk

Det är inte känt i vilken omfattning sporadiskt missbruk, dvs. återkommande missbruk av narkotika som inte kan kallas tungt, förekommer. Denna typ av missbruk avspeglas inte i enkätundersökningar och inte heller i någon större omfattning i de indikatorer eller case-findingstudier som används för att kartlägga det tunga missbruket.

Det är dock angeläget att söka kartlägga storleken och missbruksmönstret hos denna grupp av flera skäl. För det första kan man anta att övergången från experimentellt missbruk till tyngre missbruk går via sporadiskt missbruk, för det andra kan man anta att denna grupp utgör en viktig rekryteringsbas för spridning av narkotika till nya individer och för det tredje är det troligt att personer med ett sporadiskt missbruk har möjlighet att finansiera sitt missbruk utan brottslig verksamhet. Det sistnämnda innebär att det flyter in pengar till narkotikahanteringen som är praktiskt taget omöjligt för kontrollmyndigheterna att spåra. Om mängden narkotika som omsätts på detta sätt inte är obetydlig innebär det att marknaden för illegal narkotika underhålls.

Metoder bör utvecklas för att söka kartlägga detta missbruk. En metod kan vara enkätundersökningar med s.k. snow-ball sampling. Det innebär att man ber en person i målgruppen, dvs. i detta fall någon som sporadiskt har använt narkotika, att namnge ett antal personer som han eller hon känner till också gör det. Av dessa lottas ett mindre antal som också får uppge ett antal personer, osv. Vissa slutsatser kan sedan dras av hur många namn som efter en tid blir gemensamma.

En annan väg kan vara att genomföra urvalsundersökningar riktade till speciella grupper, som genom andra undersökningar har identifierats ha hög alkohol- och drogförbrukning.

Beslag av narkotika eller positivt utfall av verifikationsanalys vid misstanke om ringa narkotikabrott (eget bruk) bland personer som tidi-

gare inte varit misstänkta för narkotikabrott eller är kända av socialtjänsten är en annan indikator på sporadiskt missbruk.

3.2.4 Experimentellt missbruk

De kunskaper vi har om utvecklingen och omfattningen av befolkningens narkotikavanor, s.k. tillfälligt eller experimentellt missbruk, kommer huvudsakligen från intervju- och enkätundersökningar. De svenska undersökningarna bland skolelever och värnpliktiga (mönstringsundersökningarna) har en internationellt erkänt hög kvalitet och har pågått under lång tid. Skolundersökningarna bland elever i årskurs 6 (vartannat år) och 9 (varje år) bör enligt Narkotikakommissionens mening fortsätta enligt i stort sett nuvarande mönster.

Värnpliktsundersökningarna ger värdefull information i ett långt tidsperspektiv om 18-åriga pojkars narkotikavanor. Besparingar och andra förändringar inom försvaret kan dock medföra att hela årskullen inte längre kommer att kallas till mönstring. Narkotikakommissionen anser dock att undersökningarna bör fortsätta även om andelen som kallas till mönstring minskar. Den långa tidsserien och det faktum att man på ett enkelt sätt når ett tvärsnitt av den manliga befolkningen talar för fortsatta studier. Eventuellt kan man, om andelen som kallas till mönstring sjunker avsevärt, överväga att endast tillfråga ett urval. Om andelen sjunker väsentligt bör den eventuellt systematiska påverkan detta kan få för svaren jämföras med andra ungdomsundersökningar.

Skolundersökningarna når endast ungdomar upp till 15–16 år (årskurs 9). Kommissionen finner det värdefullt att även åldersgrupper däröver tillfrågas regelbundet. Narkotikakommissionen har med CAN överlagt om möjligheterna att genomföra regelbundna undersökningar på gymnasienivå. Enligt CAN är det stora svårigheter förknippade med att få representativa urval av gymnasieklasser utan en mycket stor urvalsram. Kommissionen anser därför att ungdomsundersökningar bör göras i form av urvalsundersökningar för att belysa missbruket bland både män och kvinnor. Ungdomsundersökningar i åldersgrupperna 15–24 år genomfördes senast åren 1994, 1996 och 1998. Sådana ungdomsundersökningar bör enligt Narkotikakommissionen genomföras årligen, vilket blir särskilt angeläget om värdet av värnpliktsundersökningarna urholkas.

Undersökningar bland vuxna genomfördes senast åren 1994, 1996 och 1998. Intervjuer med vuxna bör genomföras vartannat år.

Dessa nationella regelbundna undersökningar kan kompletteras med deltagande i större internationella undersökningar, regionala och lokala undersökningar m.m. Folkhälsoinstitutet bör vid sådana verka för att den

metodik som används är lämplig och att jämförelser med de regelbundna undersökningarna kan göras.

Viss uppfattning om omfattning av experimentellt missbruk kan man också få vid tillfällen då tull eller polis gör beslag av narkotika av små mängder hos personer som tidigare inte varit misstänkta för narkotikabrott. Observationer från skolor och andra ungdomsmiljöer kan också ge informationer om förekomsten av experimentellt missbruk är ökande eller minskande, även om man inte kan utläsa några nivåer av sådana informationer.

Narkotikatester genomförs i varierande utsträckning i arbetslivet och i viss utsträckning också i skolor. Avsikten med proven i arbetslivet är att försäkra sig om att anställda inte är påverkade, och i skolor att få en uppfattning om och i vilken utsträckning elever har använt narkotika. Utfallet av testerna rapporteras till uppdragsgivaren. I vissa fall ingår utfallet av sådana narkotikatester i de uppskattningar om narkotikamissbrukets omfattning som görs i lokala kartläggningar. Tester av denna typ ge vissa indikationer på om narkotikabruk är vanligt förekommande eller inte i det företag eller i den skola de genomförs. På grund av att både testmetoder, testtillfällen och rapportering skiljer sig kraftigt åt och att det inte heller finns någon samordning när det gäller tester eller testresultat kan uppgifter från sådana tester enligt kommissionens bedömning i dagens läge inte ligga till grund för några mer tillförlitliga uppskattningar av missbrukets omfattning. Narkotikakommissionen anser det dock angeläget att frågan uppmärksammas och att vetenskapliga försök görs att värdera den information statistik över genomförda narkotikatester i arbetslivet och i skolor kan ge om narkotikamissbrukets spridning.

3.2.5 Narkotikakommissionens förslag

Narkotikakommissionen bedömer att de metoder som i dag används för att kartlägga missbrukets omfattning ger förhållandevis goda uppgifter. Pågående utvecklingsarbete ger förutsättningar för att statistiken skall kunna förbättras. Kommissionen anser att det är angeläget att en så god bild som möjligt erhålls av det tunga missbrukets omfattning och utveckling. Folkhälsoinstitutet bör i samverkan med andra berörda myndigheter och forskningsinstitutioner utveckla metoderna både för regelbundna redovisningar och för mer grundliga studier med något längre tidsmellrum av den typ som UNO-undersökningarna inneburit. För sådana mer grundliga studier kan dock andra metoder än case-findingstudier behöva användas.

I arbetet med att utveckla metoderna för att bedöma narkotikamissbrukets omfattning bör särskilt uppmärksammas möjligheterna att bedöma det sporadiska eller återkommande missbruket, ett område där det i dag saknas metoder.

Allt fler regioner och kommuner arbetar med lokala och regionala kartläggningar av missbruket. Narkotikakommissionen anser att metoderna för sådana kartläggningar bör kunna utvecklas och att Folkhälsoinstitutet bör ta initiativ till sådant utvecklingsarbete.

Narkotikakommissionen föreslår följande förändringar av nuvarande system för informationsinsamling med syfte att kartlägga antalet narkotikamissbrukare:

- Folkhälsoinstitutet bör få i uppdrag att utarbeta en handbok i hur lokala kartläggningar bör och kan genomföras. Om lokala sammanställningar görs på ett likartat sätt ökar det möjligheten att sammanställa dessa.
- Folkhälsoinstitutet bör få i uppdrag att som komplettering till de pågående studierna genomföra årliga narkotikavaneundersökningar i åldersgruppen 15–24 år.
- Folkhälsoinstitutet bör få i uppdrag att genomföra narkotikavaneundersökningar i hela befolkningen vart annat år.

3.3 Mängden narkotika i samhället (tillgången)

3.3.1 Beslagsstatistik

Den faktiska och konkreta information som finns om tillgången på narkotika är uppgifterna om tullens och polisens beslag. Ju mer narkotika som förs in över gränsen och ju mer narkotika som förekommer på den illegala marknaden, desto mer kan man också anta att tullen och polisen tar i beslag. Emellertid påverkas beslagen också av tullens och polisens resurser, arbetssätt och prioriteringar samt av beteendet bland smugglare, langare och missbrukare. Enstaka beslag av mycket stora mängder kan påverka statistiken kraftigt.

Polisens och tullens beslagsstatistik kan bedömas vara relativt tillförlitlig. I samband med förändringen av registersystem pågår ett utvecklingsarbete med syfte att förbättra möjligheterna till rapportering. Statistiken ger en uppfattning om strukturen (hur fördelar sig olika preparat, var i landet sker beslagen) och om tendenserna (har antalet beslag och de beslagtagna mängderna ökat eller minskat), men kan inte ge någon uppfattning om nivån om man inte vet hur stor andel av den totala

mängden narkotika som kommer till tullens och polisens kännedom. Dessutom är den narkotika som beslagtogs den enda som med säkerhet har undandragits från den illegala marknaden.

Beräkningar av den totala mängden narkotika i samhället måste därför göras med hjälp av en rad antaganden om antalet missbrukare och deras konsumtion. I utredningen *En Gräns – en myndighet?* (SOU 1998:18) skisseras en modell för sådana beräkningar. Enligt utredningens beräkningar skulle den totala mängden narkotika som beslagtogs av tull och polis under år 1997 motsvara cirka 15 % av den narkotika som förekom i samhället. Tullverket driver f.n. tillsammans med Folkhälsoinstitutet, Alkoholinspektionen och Rikspolisstyrelsen ett projekt om att mäta samhällsnyttan av myndigheternas insatser där modellen från tullutredningen utvecklas (se avsnitt 2.5).

Som framgått i avsnitt 3.2 föreligger det stora svårigheter att med någon grad av säkerhet uppskatta antalet missbrukare och deras förbrukning av narkotika, varför varje beräkning av den totala mängden narkotika kommer att vila på ett stort mått av osäkerhet.

Läkemedelsverket redovisar förbrukningen av legala läkemedel och andra narkotiska substanser eller beredningar. Läkemedelsverket bedömer att man har god kontroll över tillverkningen, den legala importen och distributionsvägarna till grossister och apotek. Däremot har man bara begränsad kunskap om "läckaget" till den illegala marknaden genom smuggling, svinn, stölder, receptförfalskning och överförskrivning. Beslag av sådana läkemedel som görs av tull eller polis ger viss indikation på läckaget. Kommissionen anser att det är förenat med stora svårigheter att få in andra rapporter om förskrivning av psykofarmaka för missbruksändamål på annat sätt än genom beslagsstatistik. Kommissionen har för avsikt att se över möjligheterna att begränsa den illegala åtkomsten av läkemedel i ett annat sammanhang.

3.3.2 Uppgifter om pris

Uppgifter om narkotikans pris på den illegala marknaden kan ge indikationer på tillgången. Är priset sjunkande eller stabilt kan man anta att tillgången är god, medan ett ökande pris kan tyda på att tillgången minskar. Även i dessa fall behövs dock information om efterfrågan för att rätt tolka uppgifterna. Om antalet missbrukare minskar kan detta i sig leda till att priserna sjunker. Nya organisatörer av narkotikahandel kan också inledningsvis dumpa priserna för att ta över marknaden eller locka till sig nya missbrukare. Priset kan också behövas sättas i relation till koncentrationen/renheten av preparaten. Rikspolisstyrelsen har under år 1998 börjat med sådan rapportering. Kommissionen understryker det

värdefulla i att det utformas system och rapporteringsrutiner för att regelbundet följa narkotikapriserna på den illegala marknaden.

3.3.3 Andra indikatorer på tillgången

Andra indikatorer och utsagor kan ge anvisningar om förändringar (tendenser) på den illegala marknaden, men kan inte användas för att bestämma nivåerna. Det kan vara observationer om mängder på marknaden av polis, fältarbetare och behandlingsenheter. Sådana rapporter kan ingå i det regionala rapporteringssystemet till CAN.

3.3.4 Narkotikakommissionens förslag

Narkotikakommissionen föreslår att Rikspolisstyrelsen får i uppdrag att finna metoder för att kartlägga och regelbundet redovisa uppgifter om pris på och renhet av narkotika på den illegala marknaden.

3.4 Missbrukets konsekvenser för den enskilde och för samhället

3.4.1 Konsekvenser på många olika plan

Narkotikamissbruk och narkotikarelaterad brottslighet påverkar individer och samhälle på flera olika plan. Vissa av konsekvenserna är inte direkt observerbara och en del av de effekter man kan notera har också andra bidragande orsaker än narkotikamissbruk och narkotikahandling. Genom att följa och analysera de observerbara konsekvenserna kan vi få en bild av den påverkan som narkotikan har på samhället, men dessa data har också stor betydelse som indikatorer på narkotikamissbrukets och narkotikahandlingens omfattning.

Konsekvenserna har i detta avsnitt delats in i tre kategorier; Hälsomässiga och sociala konsekvenser, rättsliga konsekvenser samt ekonomiska konsekvenser.

3.4.2 Hälsomässiga/sociala konsekvenser

3.4.2.1 Missbrukares sjuklighet och hälsa

Missbruk av narkotika är av olika skäl förenat med betydande hälsorisker. Särskilt stora risker för akut skada och i värsta fall dödsfall finns vid injektionsmissbruk, speciellt av heroin. Annat narkotikamissbruk medför på lång sikt en ökad risk för fysiska och i vissa fall psykiska skadeverkningar. Missbrukares livssituation kan också bidra till eller förvärra andra skadeverkningar. Ofta spelar förhållanden i missbrukarens miljö och livsföring större roll för sjukligheten och dödligheten än de missbrukade preparaten i sig, beroende på bland annat ett utbrett blandmissbruk, användning av orena sprutor samt allmänt svåra levnadsförhållanden med risk för olyckor och våld. Sociala skador kan vara svårare att direkt hänföra till missbruket, men är av stor vikt att observera, eftersom de oftast påverkar anhöriga såsom barn, syskon och föräldrar.

Generellt finns i Sverige en god bevakning av invånarnas hälsa och sjuklighet. Det går dock sällan att skilja ut missbrukarna som en särskild grupp ur statistiken över sjukdiagnoser. Det finns därför relativt lite information som speglar narkotikamissbrukares sjuklighet och dess förändringar över tid. Socialstyrelsens patientregister över slutenvård ger viss information om antalet missbrukare som fått sjukhusvård. Smittskyddslagens bestämmelser medför att vissa uppgifter om antalet fall av hepatit och hiv/aids bland injektionsmissbrukare finns tillgängliga genom Smittskyddsinstitutets statistik.

Det finns, vilket framgår av redovisningen i avsnitt 2.3.2, stora svårigheter att kartlägga antalet missbrukare i vård och behandling. Uppgifter om vårdbehov och vårdefterfrågan är ännu svårare att få fram. Viss kunskap om hälso- och vårdbehov kan erhållas från speciella populationer, t.ex. missbrukare som varit föremål för vård enligt LVM och personer som häktats eller varit intagna i kriminalvård. Inom det europeiska samarbetet pågår för närvarande ett arbete med att utveckla nyckelindikatorer för narkotikamissbrukare inom vården. Sedan tidigare sker i Sverige liknande arbete med utveckling av DOK-systemet, vilket bland annat används inom Statens Institutionsstyrelse och vissa andra behandlingsenheter. Även inom kriminalvården arbetar man med att utveckla klientdokumentationssystem. Genom att tillämpa sådana metoder för att kartlägga missbrukarvården kan man på några års sikt öka möjligheter till en mer systematisk beskrivning av hälsotillståndet hos vissa delar av missbrukarpopulationen. Den pågående MAX-undersökningen som CAN genomför kan också komma att ge viss information om vårdbehovet.

Löpande statistik kan ge relativt begränsad information om hälsotillståndet och vårdbehovet hos missbrukare. Orsakssambanden mellan olika slags fysiska, psykiska och sociala skador å ena sidan och missbruket å andra sidan är så komplext att särskilda studier och forskning behövs för att kartlägga och beskriva dessa samband på ett tillförlitligt sätt. Narkotikakommissionen kommer att behandla forskningen och forskningsbehov i ett senare sammanhang.

Uppgifter från rådgivningsbyråer, akutmottagningar och behandlingsenheter kan ge informationer om förändringar av missbruksmönster och hälsotillstånd bland missbrukare. Sådan information redovisas och presenteras ofta lokalt och regionalt i samrådsgrupper för missbruksfrågor, folkhälsoråd och i landstingens samhällsmedicinska enheter. Rapporter från dessa organ lämnas bland annat till Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet och CAN, bland annat på regionala och centrala konferenser om missbruksfrågor.

3.4.2.2 Narkotikarelaterad dödlighet

Narkotikakommissionen har i sin diskussionspromemoria nr 3 Narkotikarelaterad död från juni 1999 beskrivit statistik och kunskap om de narkotikarelaterade dödsfallen.

Det är angeläget att få tillförlitlig statistik och andra data kring narkotikarelaterade dödsfall. Narkotikadödsfallen uppgår till omkring 250 personer per år vilket motsvarar mellan 5 och 10 procent av samtliga dödsfall i de mest aktiva åldrarna och antalet dödsfall av narkotikarelaterade orsaker är till skillnad mot flertalet andra observerbara dödsorsaker stigande. Narkotikamissbrukares överdödlighet är bland unga vuxna omkring 20 gånger högre än för jämnåriga icke-missbrukare.

Statistik om dödsfallen kan enligt kommissionen tjäna tre specifika syften:

- Uppgifterna kan användas för att beräkna och/eller validera andra beräkningar av omfattningen av tungt missbruk.
- Uppgifterna kan användas för att bedöma och planera behovet av motåtgärder mot tungt missbruk och insatser mot överdödlighet bland missbrukare.
- Uppgifterna kan användas för att uppmärksamma om nya farliga droger eller missbruksmönster sprids i samhället.

Kunskap om de narkotikarelaterade dödsfallen kan erhållas från det nationella dödsorsaksregistret, från rättsmedicinska undersökningar, sjukvården, kohortstudier och från andra speciella undersökningar.

Det nationella dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens Epidemiologiska centrum (EpC) är statistikansvarigt för dödsorsaksregistret. Produktionen av registret sker i samverkan med Statistiska centralbyrån. En omläggning till den 10:e revisionen av ICD, International Classification of Diseases, har ägt rum avseende statistiken fr.o.m. år 1997. Ett europeiskt utvecklingsarbete pågår för att få registrering och rapportering av narkotikarelaterade dödsfall till det Europeiska övervakningscentret ECNN och andra internationella organisationer mer likartad och jämförbar.

Den analys Narkotikakommissionen har gjort av de svenska uppgifterna, såsom de speglas i det nationella dödsorsaksregistrets klassificering av narkotikarelaterade dödsfall, visar att detta register både när det gäller tendenser och antal ligger mycket nära de uppgifter man kan få fram genom mer noggranna studier av rättsmedicinska undersökningar och dödsfall på sjukhus. Däremot får man inte en helt korrekt bild av strukturen genom att enbart studera det nationella registret, då detta saknar en del narkotikarelaterade dödsfall (främst s.k. naturliga dödsfall bland missbrukare och vissa våldsamma dödsfall) samtidigt som det innehåller en del fall som vid en närmare analys inte visar sig vara narkotikarelaterade (såsom självmord eller förgiftningar bland personer som inte är missbrukare).

Det utvecklingsarbete som nu pågår, dels i samband med tillämpningen av den 10:e revisionen av ICD, dels för att få de nationella registren mer jämförbara och användbara till internationell statistik kommer också att innebära att de statistiska uppgifterna blir mer detaljerade och att olika typer av drogrelaterade dödsfall kan redovisas.

Den rapportering som sker efter det att övergången till ICD 10 är klar bör enligt Narkotikakommissionen ske med hjälp av minst två index. Det ena indexet skall upprättas efter de överenskommelser som görs i det internationella samarbetet. Det andra indexet kan vara mer omfattande och avse en mer övergripande definition av narkotikarelaterade dödsfall, om inte sådana möjligheter ryms inom ramen för det första indexet eller bearbetningar därav.

För att kunna särskilja narkotikarelaterade dödsfall från förgiftningsfall som inte har samband med narkotikamissbruk, och för att på ett mer tillförlitligt sätt kunna inkludera "naturliga dödsfall" som har samband med narkotikamissbruk föreslår Narkotikakommissionen att Socialstyrelsen bör överväga möjligheten att i dödsorsaksintyget upplåta plats för information som gör sådana bedömningar möjliga.

Bevakningsregister

Den rapportering som i dag sker genom Socialstyrelsens nationella dödsorsaksregister är lämplig för att få en total översikt av dödligheten och ställa narkotikadödligheten i relation till andra dödsorsaker. Detta register är också det mest lämpade för den internationella rapporteringen. Ett problem är emellertid att registret tar lång tid att sammanställa och, även efter övergången till ICD 10, endast innehåller summariska uppgifter. För att i detalj följa riskbeteenden och risksituationer, liksom för att kunna upptäcka och kartlägga farliga missbruksmedel och -mönster med kort varsel, behövs både snabbare rapportering och mer detaljerade uppgifter.

Flertalet av de narkotikarelaterade dödsfallen i Sverige blir föremål för rättsmedicinsk undersökning. Undantag utgör de som inträffar på sjukhus efter en längre tids sjukhusvistelse på grund av komplikationer kopplade till missbruket, där det i gengäld finns detaljerade uppgifter i journaler och från en eventuell klinisk obduktion. Det finns därför teoretiskt mycket goda möjligheter att följa den narkotikarelaterade dödligheten under förutsättning att uppgifterna kan sammanställas.

För att förstå och kartlägga problemen kring överdoser och akuta narkotikaskador är det också viktigt att studera sådana situationer då människor varit i livshotande situationer på grund av drogmissbruk och överlevt. Om ambulanssjukvården/alarmeringscentralerna i sin statistik och journalföring inkluderade uppgifter huruvida ett alarm och utryckning har beror på en narkotikarelaterad skada skulle det vara lättare att följa utvecklingen.

Ett särskilt bevakningsregister om narkotikarelaterade dödsfall och tillbud skulle kunna innebära en snabbare rapportering om narkotikadödsfallen och kunna bli en kunskapsbas för uppföljning och forskning om dödsfallen och narkotikarelaterade olycksfall.

I bevakningsregistret skulle kunna samlas information om alla narkotikarelaterade dödsfall som undersökts på landets rättsläkarstationer samt om dödsfall bland missbrukare som ägt rum på sjukhus. Om möjligt skulle också information om ambulansutryckningar och akutvård på sjukhus till följd av förgiftning eller andra akuta skador i samband med narkotiska preparat kunna meddelas till registret. Ett sådant register bör kunna färdigställas senast inom ett år efter dödsfallen. Ett rättsmedicinskt register av denna typ skulle dessutom utgöra ett viktigt och nödvändigt komplement till det officiella registret för att validera uppgifterna ur detta.

Speciella studier

Ytterligare en metod att samla kunskap om de narkotikarelaterade dödsfallen är genom kohortstudier eller andra speciella undersökningar. Flertalet av de kohortstudier som finns i dag gäller begränsade populationer eller missbrukare som hade sin första vårdkontakt redan under 1980-talet. Narkotikakommissionen har för avsikt att återkomma till denna fråga i en samlad rapport om forskning.

3.4.2.3 Narkotikakommissionens förslag

- Socialstyrelsen bör få i uppdrag att i samråd med Rättsmedicinalverket, Folkhälsoinstitutet och andra berörda myndigheter och organisationer undersöka möjligheterna att inrätta ett bevakningsregister för narkotikarelaterade dödsfall.

3.4.3 Rättsliga konsekvenser av narkotikahantering och narkotikamissbruk

Den narkotikarelaterade kriminaliteten består dels av brott mot narkotikastrafflagen, varusmuggningslagen och läkemedelslagen, dels av brott som har samband med narkotikamissbruket såsom stölder, bedrägerier, våld etc. Genom rättssystemets olika organ förekommer en omfattande regelbunden statistik om de olika insatsernas verksamhet. Tullen och polisen sammanställer och publicerar uppgifter om narkotikabeslag. Polisen sammanställer också utförliga uppgifter om narkotikabrottsärenden. Brottsförebyggande rådet (BRÅ) sammanställer, analyserar och publicerar uppgifter om lagföringar samt genomför också mer djupgående analyser. Kriminalvårdsstyrelsen sammanställer och publicerar omfattande statistik om de som är intagna i kriminalvårdsanstalt eller är aktuella för frivård.

Narkotikakommissionens bedömning är att statistiken om rättsliga frågor i samband med narkotikarelaterad brottslighet har en tillräcklig omfattning och detaljrikedom. Ett problem är emellertid att uppgifterna kan vara svåröverskådliga och att de lätt kan feltolkas om de inte sätts in i sitt sammanhang.

Som ett exempel kan nämnas att man vid en lagföring samtidigt kan döma en person för flera brott som denne har begått. Det är mycket vanligt att man för dessa brott gemensamt utdömer en påföljd för samtliga brott. Vanligtvis kan man inte avgöra vilken påföljd som har utdömts för ett enskilt brott i en lagföring som omfattar flera brott. För att

man i statistiken skall kunna redovisa påföljden för ett enskilt brott använder man sig av huvudbrotts- och huvudpåföljdsprincipen. Som huvudbrott väljs det brott i en lagföring som har den strängaste straffskalan. En påföljd som är utdömd för flera brott kan därmed redovisas på huvudbrottet. Om två brott har samma straffskala väljer man slumpmässigt vilket brott som skall redovisas. Detta innebär att redovisningen av antalet personer som lagförts för en viss typ av brott under ett år blir en minimiskattning. Brott som sällan blir kategoriserade som huvudbrott, så kallade bibrott, bli underrepresenterade i statistiken. BRÅ redovisar i sin narkotikastatistik därför både tabeller där narkotikabrottet är huvudbrott och tabeller där narkotikabrottet inte behöver vara huvudbrott.

Ett annat exempel är att en person som lagförs för ett allvarligt brott som inte är narkotikabrott men som begåtts under narkotikapåverkan (vilket motsvarar ringa narkotikabrott) kommer i allmänhet inte att lagföras för det ringa narkotikabrottet om straffvärdet för det allvarliga brottet är betydligt högre. Detta medför att det inte heller i statistiken kommer att framgå i vilken omfattning brott har begåtts under narkotikapåverkan.

Kommissionen vill därför understryka betydelsen av det arbetet som BRÅ utför när det gäller att utveckla produktionen och presentationen av rättsstatistik.

3.4.4 Ekonomiska konsekvenser av narkotikahandling och narkotikamissbruk

De ekonomiska följderna av narkotikamissbruk och narkotikahandling är dels skadorna på tredje man till följd av narkotikarelaterad kriminalitet, kostnader för fysiskt, psykiskt och socialt lidande på grund av missbruket, dels samhällets direkta kostnader för kontrollinsatser, rättsväsende, kriminalvård samt vård- och behandlingsinsatser. Endast ett fåtal av dessa kostnader är möjliga att beräkna eller uppskatta med någon grad av säkerhet.

Kommissionen menar dock att det är angeläget att få en uppfattning om samhällets direkta kostnader för insatserna mot narkotikamissbruket. Detta kan ske genom att centrala myndigheter beskriver och om möjligt beräknar de kostnader som kan hänföras till insatser mot narkotikan.

Beräkningar av övriga kostnader/ekonomiska effekter kan endast ske i form mer djupgående forskning. Kommissionen vill framhålla betydelsen att sådan forskning kommer till stånd. Det är angeläget att visa om stora insatser för att motarbeta missbruket inte bara för med sig

kostnader för insatserna utan om de också – i ett samhällsligt perspektiv kan få ekonomiskt gynnsamma effekter.

Rikspolisstyrelsen redovisar i sin årsberättelse detaljerade uppgifter om kostnaderna för vissa av de narkotikarelaterade insatserna. Några olika ansatser har gjorts för att studera samhällskostnaderna av missbruket. I regeringens narkotikapolitiska redogörelse (skr 1997/98:172) diskuteras dessa frågor. Vidare har Riksrevisionsverket i sin granskning av narkomanvården (Narkomanvården – om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning) en uppskattning av kostnaderna för vård och behandling m.m.

Kommissionen framhåller att det är naturligt att varje myndighet i sin kostnads- och verksamhetsuppföljning söker att uppskatta de kostnader för insatser mot narkotika som faller inom myndighetens ansvarsområde. Uppskattningarna bör kompletteras med en analys av vilka effekter och kostnader eventuella besparingar eller ökade satsningar kan komma att få inom andra verksamhetsområden. Särskilt angeläget är det att myndigheten kan visa att eventuella besparingar inte innebär att kostnader i stället drabbar någon annan samhällssektor.

Kommissionen anser att tullprojektet Att mäta samhällsnyttan av myndigheternas insatser är en intressant ansats att ställa kostnader mot resurser. Kommissionen avser att följa projektet och att vid behov komma med närmare analyser av kostnadsaspekterna för samhällets insatser mot narkotika i slutfasen av sitt arbete.

Kommissionen återkommer också senare vad gäller frågan om behov av och eventuella förslag till forskning inom området i en särskild rapport om narkotikarelaterad forskning.

3.5 Vård- och behandlingsinsatser

3.5.1 Inledning

Vård- och behandlingsinsatser kan ges missbrukare inom sjukvården, socialtjänsten, inom ramen för kriminalvården och i vissa fall av privata vårdgivare. Här behandlas sådana insatser inom ramen för den offentliga vården (som utförs av eller på uppdrag av offentlig vårdgivare) vilka på ett eller annat sätt är särskilt inriktade på missbrukare eller missbrukarvård. Den allmänna hälso- och sjukvården, socialtjänstens allmänna rådgivning och andra generella insatser behandlas ej här. Beträffande kriminalvården avses i detta avsnitt endast sådana insatser som riktas särskilt till missbrukare och ej all kriminalvårdspåföljd som drabbar missbrukare.

Syftet med statistik och information om vårdinsatser är flerfaldigt. För det första utgör data om vårdkonsumtion och vårdefterfrågan viktiga indikatorer på missbrukets omfattning, för det andra är det väsentligt att få kunskap om vilka behandlingsinsatser som sätts in och för det tredje är det angeläget att se hur förändringar i vårdstruktur och utbud påverkar missbrukarna.

I detta avsnitt behandlas samhällets behov av löpande, samlad statistik om vård och behandling. Frågor som gäller effekter av vård, utveckling av vårdformer m.m. kommer att behandlas i kommissionens kommande genomgång av narkomanvården.

De viktigaste vårdgivarna är socialtjänsten, sjukvården och kriminalvården. Socialtjänsten har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver (3 § SoL). Det innebär också att kommunen har huvudansvaret för vård- och behandlingsinsatser mot missbruk om det inte är frågan om ren sjukvård eller kriminalvård under verkställighet. Grundtanken är att en narkotikamissbrukare skall få vård, så långt möjligt, inom ramen för den reguljära frivilliga vården. Det är skälet till att det är möjligt att genom s.k. § 34-placering och kontraktsvård omvandla delar av eller hela kriminalvårdspåföljden till vård. Vid kriminalvård utom anstalt skall därför denna planeras tillsammans med socialtjänsten, så att socialtjänsten kan överta ansvaret när verkställighetstiden för kriminalvården upphör.

3.5.2 Uppgifter från sjukvården

Uppgifter från missbrukares inläggning i slutenvård (somatisk eller psykiatrisk) redovisas genom slutenvårdsregistret. Genom detta register kan statistik erhållas för att få en uppfattning om förändringar av antalet inskrivningar och antalet vårddagar. För andra vårdformer inom sjukvården för missbrukare saknas en löpande, nationell statistik. En av uppgifterna för regionala folkhälsoråd och samhällsmedicinska enheter, vilka etableras i allt fler län, är att särskilt följa missbruksutvecklingen och åtgärderna mot missbruk. Denna utveckling kan leda till att kunskap om vårdutbud och vårdkonsumtion sammanställs regionalt. Sådan kunskap bör enligt Narkotikakommissionens mening insamlas och sammanställas av Socialstyrelsen.

3.5.3 Uppgifter från kriminalvården

Kriminalvården ställer självt samman utförliga uppgifter om de vårdinsatser som erbjuds narkotikamissbrukare i kriminalvårdsanstalt eller frivård (jfr avsnitt 2.3.1.6). Enligt kommissionens mening finns det i dag inget behov av en mer fullständig statistik på detta område.

3.5.4 Uppgifter från socialtjänsten

De insatser som kan bli aktuella inom socialtjänsten är mångfacetterade och av helt olika karaktär, från rådgivningssamtal till vård enligt LVM. Inom socialtjänsten finns inte de möjligheter till diagnosticering som sjukvården av tradition har. Det finns tydliga begränsningar av vad som får föras in i personregister och de enheter som tar emot klienterna är, jämfört med sjukvården och kriminalvården, små och decentraliserade. Allt detta medför att det har varit svårt att konstruera en löpande statistik om insatser mot missbruk inom ramen för socialtjänsten.

Nationell statistik förekommer i dag endast beträffande vård i hem för vård eller boende enligt 6 § SoL och beträffande vård enligt LVM. Genom Socialstyrelsens nu pågående utvecklingsarbete kommer statistiken att kompletteras och förändras så att en något mer fullständig bild kan erhållas.

3.5.4.1 Statistik om socialnämndens beslut om insatser

Av tillgängliga data vet vi att utvecklingen när det gäller missbrukarvården går från långa institutionsplaceringar mot öppenvård. Däremot är det oklart vad denna öppna vård innebär i praktiken. Trots att socialtjänstens dokumentation i dag är datoriserad är det inte möjligt att på ett enkelt sätt få fram data ur dessa system. Skälet till detta är att lagstiftningen (59 § SoL, jfr SOSFS 1981:126) förhindrar att känsliga och integritetskränkande uppgifter tas med i de sociala registren. Som nämnts tidigare har en särskild utredare tillsatts för att utreda socialtjänstens register (se avsnitt 2.2.2).

I dag måste i stort sett all statistik om konkreta insatser tas fram för hand i kommunerna vilket påverkar både tillgängligheten och tillförlitligheten. Det är Narkotikakommissionens bedömning att för att få till stånd ett tillförlitligt datasystem förutsätter detta att man inom socialtjänsten kan utnyttja de datorsystem som finns. Vid diskussioner med Socialstyrelsen och Datainspektionen har framgått att det i dag är möjligt att ur de sociala akterna ta ut och sammanställa statistiska data un-

der förutsättning att dessa data inte är sökbara på individnivå. Ur ett nationellt behov torde detta vara fullt tillräckligt att få sammanställningar av de beslut om insatser enligt SoL som har sin grund i klientens narkotikamissbruk. Enligt kontakter med två av de större dataleverantörerna, Enator och WM-data, är det tekniskt fullt möjligt att inrätta ett sådant system.

De uppgifter man på så sätt i första hand bör ta fram är de beslut som socialtjänsten tagit om bistånd uppdelat i olika kategorier. I Socialstyrelsens studie *Balans i missbrukarvården?* (1998) beskrivs insatserna för missbrukare i några kommuner.

Öppenvårdsinsatserna i denna studie indelades i:

- samtal/rådgivning
- rådgivning i särskild mottagning
- kontaktperson
- dagcentral
- strukturerad öppenvård
- poliklinisk avgiftning
- jour-/försökslägenhet
- särskilt boendestöd

Slutenvårdsinsatserna indelades i:

- avgiftningsklinik
- akutboende
- inackorderings-/utslussningshem
- familjevårdshem
- behandlingshem
- institutionsvård enligt LVM
- omedelbart omhändertagande enligt LVM

Enligt Narkotikakommissionens bedömning skulle ett system för dokumentation av socialtjänsten kunna bygga på en liknande indelning. Från akterna skulle således uppgifter kunna hämtas om vilken eller vilka av ovanstående insatser som socialnämnden har beslutat om. Dessa uppgifter bör kompletteras med följande data beträffande dem som erhållit biståndet:

- huvuddrog
- eventuellt blandmissbruk
- kön
- ålder
- om det är första gången som personen får vård.

Under förutsättning att dessa uppgifter kan läggas in i det datorbaserade systemet, där de sociala akterna förs och sammanställs vid vissa givna tidpunkter, skulle systemet bli både enkelt att administrera och tillförlitligt. Förslagsvis skulle nationella sammanställningar kunna göras två gånger per år, den 1 mars och den 1 november, dvs. samma datum som Socialstyrelsen samlar in statistik från behandlingshemmen. För att ett sådant system skall rymmas inom gällande lagstiftning (jfr avsnitt 2.2.2) förutsätts att data omedelbart när de lämnar klientens sociala akt ställs samman på ett sådant sätt att några individer inte går att identifiera.

3.5.4.2 Institutionsvård

Socialstyrelsen har utarbetat en ny statistikstruktur för socialtjänsten som gäller fr.o.m. år 1998. I den nya statistikstrukturen ingår öppenvård, institutionsvård och familjehemsvård. För att förenkla datainsamlandet har man begränsat informationen till uppgifter om antal vårdade missbrukare inom respektive vårdform en viss mättdag (den 1 mars och den 1 november). Socialstyrelsen har i dag inget komplett register som omfattar också behandlingshem som drivs av andra än kommuner. Man planerar dock att genomföra breda regelbundet återkommande kartläggningar av landets samtliga behandlingsenheter inom såväl socialtjänsten som hälso- och sjukvården, kriminalvården och den frivilliga sektorn.

Eftersom alla enskilt drivna behandlingshem är skyldiga att ansöka om tillstånd hos länsstyrelsen torde det vara möjligt att upprätta ett register över behandlingshemmen på basis av länsstyrelsernas tillstånd. Ett problem i sammanhanget är att det inte föreligger någon rapporteringsskyldighet kopplad till ett sådant tillstånd. Narkotikakommissionen anser att även enskilda behandlingshem bör vara skyldiga att till Socialstyrelsen lämna uppgifter om den egna verksamheten. En särskild bestämmelse bör därför föras in i socialtjänstförordningen (1981:750) med denna innebörd, vilket skulle förbättra möjligheterna att få en heltäckande bild av institutionsvården.

Enligt Narkotikakommissionens bedömning bör den samlade institutionsstatistiken innehålla uppgifter om antalet platser på behandlingshemmet som vänder sig till narkotikamissbrukare. Dessa uppgifter bör dessutom kompletteras med information om antalet inskrivna vid mät-tillfällena kompletterat med uppgifter om hur de inskrivna fördelas på följande variabler:

- huvuddrog
- eventuellt blandmissbruk
- kön
- ålder
- om det är första gången som personen får vård (vid den aktuella institutionen).

3.5.5 Narkotikakommissionens förslag

Det tidigare nämnda utvecklingsarbete som pågår inom ramen för det europeiska samarbetet med att utveckla nyckelindikatorer för vården innebär att uppgifter motsvarande dem som nämnts i föregående avsnitt skulle insamlas från alla typer av behandlingsenheter. Folkhälsoinstitutet, Socialstyrelsen och Statens institutionsstyrelse arbetar tillsammans med flera andra myndigheter och organisationer med att utveckla och utprova metoder och instrument för att kunna anpassa och tillämpa dessa indikatorer i det praktiska arbetet i Sverige. Narkotikakommissionen menar att det vore en fördel om ett gemensamt system kunde tillämpas för vård som ges av skilda huvudmän.

Enligt Narkotikakommissionens bedömning finns den största bristen på vård- och behandlingsstatistik i dag inom socialtjänstens område. Följande förslag avser i första hand att skapa förutsättningar för att följa socialtjänstens vård- och behandlingsinsatser för narkotikamissbrukare.

- Samtliga behandlingshem med inriktning på missbrukarvård som fått tillstånd som hem för vård eller boende föreslås få skyldighet att lämna statistiska uppgifter enligt Socialstyrelsens närmare anvisningar.
- Socialstyrelsen föreslås få i uppdrag att utveckla ett sådant statistiksystem som beskrivs i avsnitt 3.5.4.1, vilket kan ge information om individuella insatser som beslutats av socialnämnderna på grund av missbruksproblem.

3.6 Sammanställning och analys av data

Genomgången av statistikförsörjningen i detta delbetänkande har visat att bilden är både splittrad och komplicerad. Kvaliteten på data, såväl primärdata som på sammanställningar av uppgifter varierar kraftigt. Från vissa områden finns mycket detaljerade uppgifter både på individ- och samhällsnivå men på andra områden är uppgiftsunderlaget mycket bristfälligt. En del av dessa svårigheter beror på narkotikaproblemets

natur – narkotikahantering är illegal och narkotikamissbruk är ett avvikande beteende. Ofta är det tunga missbruket dessutom kombinerat med en tung psykosocial problematik. Inom en del områden kan statistikförsörjningen och uppgiftslämnandet förbättras. Flera utvecklingsprojekt pågår och kommissionen föreslår dessutom vissa ytterligare åtgärder.

Kommissionen föreslår att metoder för lokala och regionala kartläggningar bör utvecklas. Målsättningen för dessa bör vara att kartlägga såväl det tunga missbruket som det experimentella och sporadiska missbruket. Folkhälsoinstitutet bör i samverkan med andra berörda centrala myndigheter, kommuner, landsting, regionala och kommunala folkhälsoråd arbeta med några modellprojekt för sådana kartläggningar. Med stöd av erfarenheterna bör en handledning för lokala och regionala kartläggningar utvecklas. I utvecklingsarbetet bör ingå metoder för att sammanställa resultatet från flera orter och jämföra resultaten med skilda indikatorer på narkotikamissbruk. Fördelen med en sådan modell är att det samtidigt som det lokala arbetet utvecklas ger information av värde för den nationella statistiken. Efter en viss tid bör man försöka validera de uppgifter som sammanställs på detta sätt med uppgifter från andra vetenskapligt anlagda försök att beräkna antalet missbrukare.

Det har ibland diskuterats möjligheterna att inrätta ett särskilt, riktäckande personsregister med individrelaterade data om personer som är föremål för missbrukarvård. Förutom att ett sådant register skulle innebära integritetsrisker medför stora centrala register också höga kostnader som inte alltid uppvägs av nyttan.

Detta bör dock inte hindra att man med hjälp av modern teknik – med krypterade och/eller avidentifierade uppgifter – strävar efter att utveckla system med vars hjälp man kan studera vård och behandlingsinsatser för missbrukare.

Enligt kommissionens uppfattning är det primära målet med narkotikastatistiken att få ett underlag för att vidta relevanta åtgärder mot missbruket och att få tillräcklig kunskap för att kunna anpassa dessa åtgärder efter förändringar i omvärlden. I detta ingår att kunna avläsa om samhällets insatser får de avsedda effekterna eller ej.

Det har i rapporten påpekats vikten av att data inte bara sammanställs, utan att data från de olika källorna analyseras och ställs i relation till samhällets insatser för att kunna tolkas på rätt sätt. Det är i det sammanhanget också angeläget att man kan belysa den internationella utvecklingen. Går utvecklingen i Sverige åt samma håll som i andra länder eller skiljer sig trenderna i Sverige från utvecklingen i andra länder?

Några av de frågeställningar som de sammanställda och analyserade data bör belysa är följande:

- Inställning till och erfarenhet av experimentellt missbruk av narkotika (om man någon gång har prövat eller har använt narkotika nyligen) bland olika åldersgrupper, geografiska områden etc., belyst med uppgifter i ett längre perspektiv och med en analys av utvecklingen.
- Uppskattningar av antal personer med sporadiskt och tungt missbruk och beskrivningar av deras missbruksmönster och fördelning på ålder, kön m.m.
- Uppskattningar av mängden narkotika i landet.
- Redovisningar av narkotikarelaterad sjuklighet och dödsfall samt analys av utveckling och orsaker.
- Beskrivningar av narkotikabrott och narkotikarelaterad brottslighet.
- Beskrivningar av insatser mot narkotika inom socialtjänst och sjukvård samt en analys av i vilken utsträckning vårdbehovet fylls.
- Beräkningar av kostnader för narkotikabekämpningen och behandlingsinsatserna mot narkotika samt uppskattningar av vad samhället vinner på insatserna mot missbruk.
- I den mån det är möjligt – internationella jämförelser.

Grunden för dessa analyser utgörs av den löpande statistiken samt de speciella undersökningar som görs regelbundet. Kompletteringar bör ske med data från regionala och lokala källor, speciella undersökningar och forskning.

Data och analyser bör, förutom i rapporter som produceras av respektive statistikansvarig myndighet, vara tillgängliga i en årlig samlad rapport där de viktigaste data från samtliga områden presenteras. Större delen av rapporten och analyserna bör vara tillgängliga via Internet.

Det är kommissionens uppfattning att en myndighet bör ges huvudansvaret för den årliga samlade rapporteringen och analysen. Det Europeiska samarbetet kring narkotikastatistiken genom ECNN har medfört viktiga impulser till metodutveckling. Folkhälsoinstitutet har i dag regeringens uppdrag att sammanställa och samordna de uppgifter som lämnas inom ramen för detta europeiska narkotikasamarbete. Det är enligt Narkotikakommissionens uppfattning då också naturligt att FHI ansvarar för samordningen av det nationella arbetet. I detta ingår då också att ta initiativ till utvecklingsarbete och forskning inom området i samverkan med andra berörda myndigheter, organisationer och forskningsorgan.

En form för samverkan kan vara att narkotikastatistiken också behandlas i samrådsgruppen för alkoholstatistik. En genomgång av alkoholstatistiken har gjorts av alkoholstatistikgruppen (Vad säger alkoholstatistiken? FHI 1997:34). I rapporten föreslås att en permanent samrådsgrupp inrättas för att samordna alkoholstatistiken. Enligt förslaget skulle FHI utse ordförande och även svara för ett sekretariat. De

myndigheter och organisationer som varit representerade i Alkoholstatistikgruppen är Systembolaget, Alkoholinspektionen, Psykiatriska beroendekliniken, EpC/Socialstyrelsen, Statens institutionsstyrelse, Landstingsförbundet, CAN, Statistiska Centralbyrån, Brottsförebyggande rådet, Sociologiska institutionen, Stockholms Universitet, Vägverket, Svenska Kommunförbundet, Svenska Bryggarföreningen, Enheten för socialpolitisk forskning vid forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården, Helsingfors. I Alkoholstatistikgruppens rapport föreslås att gruppen utökas med företrädare för Tullverket och Riksförsäkringsverket.

Narkotikakommissionen finner att i många avseenden är frågorna likartade när det gäller alkohol- och narkotikastatistik och i vissa fall, t.ex. när det gäller ungdoms- och urvalsundersökningar om drogvvanor, är insamlingen av uppgifterna för alkohol- och drogstatistiken praktisk taget helt sammanfallande. Även Rikspolisstyrelsen bör enligt kommissionens uppfattning därför delta i arbetet i den mån narkotikafrågor berörs.

En viktig del av analysen av narkotikasituationen är att söka finna metoder för att mäta det samlade resultatet av samhällets insatser i förhållande till målet ett narkotikafritt samhälle. Kommissionen kan i dag inte rekommendera någon bestämd metod, utan anser att förslagen i detta delbetänkande ökar möjligheterna att göra sådana bedömningar.

3.6.1 Narkotikakommissionens förslag

Narkotikakommissionen föreslår att

- Folkhälsoinstitutet får i uppgift att ansvara för en samlad nationell narkotikastatistik, dvs. ställa samman och analysera nationella data på narkotikaområdet.

4 Ekonomiska konsekvenser

Narkotikakommissionen föreslår att Folkhälsoinstitutet skall få ett ansvar för samordning, analys och metodutveckling av den samlade nationella narkotikastatistiken. Merparten av detta arbete görs redan i dag inom ramen för Folkhälsoinstitutets uppdrag gentemot ECNN genom att sammanställa svenska data till centret. Eventuellt merarbete bör kunna rymmas inom befintligt anslag för myndigheten.

Narkotikakommissionen föreslår också att Folkhälsoinstitutet skall få i uppdrag att utarbeta en handbok i lokala kartläggningar, genomföra årliga narkotikavaneundersökningar i åldersgruppen 15–24 år samt narkotikavaneundersökningar i hela befolkningen. Dessa uppgifter ryms inom Folkhälsoinstitutets ansvar att följa narkotikautvecklingen och bör kunna utföras inom ramen för befintliga anslag.

Kommissionen föreslår vidare att Socialstyrelsen får i uppdrag att utveckla ett statistiksystem som kan ge information om individuella insatser som beslutats av socialnämnderna. Detta uppdrag ryms inom Socialstyrelsens uppdrag som statistikansvarig för vårdfrågorna. Eventuellt merarbete bör kunna rymmas inom ramen för befintliga anslag. Detsamma gäller förslaget att tillsammans med bl.a. Rättsmedicinalverket och Folkhälsoinstitutet undersöka möjligheterna att inrätta ett bevakningsregister för narkotikarelaterade dödsfall.

Narkotikakommissionens förslag att Rikspolisstyrelsen ges i uppdrag att finna metoder för att kartlägga och redovisa uppgifter om pris och renhet av narkotika på den illegala marknaden bör medföra endast ett marginellt merarbete och bör kunna rymmas inom befintligt anslag.

Förändringen i socialtjänstförordningen (1981:750) av innebörden att alla behandlingshem skall vara skyldiga att lämna statistiska uppgifter till Socialstyrelsen bör inte medföra några ökade kostnader.

Referenser

- Alkoholstatistikgruppen. *Vad säger alkoholstatistiken? En rapport från alkoholstatistikgruppen*. Folkhälsoinstitutet 1997:34.
- Balans i missbrukarvården? Resurser och insatser i öppenvård och institutionsvård*. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:3.
- Dir 1997:108. *Författningsreglering av socialtjänstens personregister*.
- Drogutvecklingen i Sverige. Rapport 99*. Folkhälsoinstitutet och Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning. Rapport nr 8. Stockholm 1999.
- Ds S 1980:5 *Tungt narkotikamissbruk – en totalundersökning 1979*. Rapport från utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO 1979).
- Dödsorsaker 1996*. Socialstyrelsen: Hälsa och sjukdomar 1998:3. Sveriges officiella statistik.
- ECNN (1998). *Sammanfattning. Årsrapport 1998 över situationen på narkotikaområdet i Europeiska Unionen*.
- EMCDDA (1997). *Annual report on the State of the Drugs Problem in the European Union*.
- EMCDDA (1998). *Annual report on the State of the Drugs Problem in the European Union*
- Guttormsen, Helling, Olsson. *Vad händer på narkotikaområdet? Narkotikamissbruk och marginalisering – tendenser inför millennieskiftet. MAX-projektet, delrapport 1*. CAN-publikation nr 55, 1999.
- Hibell, Andersson, Bjarnason, Kokkevi, Morgan, Narusk. *The 1995 ESPAD report. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. The European School Survey on Alcohol and Other Drugs. CAN, Europarådets Pompidougrupp. Stockholm 1997.
- Insatser för vuxna missbrukare i hem för vård eller boende/HVB 1997*. Sveriges officiella statistik. Socialtjänst 1998:5. Socialstyrelsen.
- Kriminalvårdens officiella Statistik 1997*. Kriminalvårdsstyrelsen, Norrköping 1998.
- Kriminalvårdens redovisning om drogsituationen 1997*. Kriminalvårdsstyrelsen, Norrköping 1998.
- Kriminalvårdens årsredovisning 1998*. Kriminalvårdsstyrelsen, Norrköping 1999.

- Kursändring inom missbrukarvården.* Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1996:3.
- Narkomanvården – om kostnader, resursutnyttjande, samordning och statlig styrning.* Riksrevisionsverket. Förvaltningsrevisionen utreder. F 1993:2.
- Narkotikarelaterad död.* Diskussionspromemoria nr 3. Stencil. Narkotikakommissionen, juni 1999.
- Narkotikastatistik. Personer lagförda för narkotikabrott 1996 och 1997.* BRÅ 1999:2.
- Olsson, Byqvist, Gomér (1993). *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1992.* Rapportserie nr 28. CAN. Stockholm 1993 (UNO 1992)
- Prop. 1996/97:124 om ändring av socialtjänstlagen.
- Skr 1997/98:172. *En narkotikapolitisk redogörelse.*
- SOSFS 1981:126 om personregister inom socialtjänsten.
- SOU 1995:36, *Rättsväsendets resultat. Ett förslag till modell för en samlad resultatredovisning.* Betänkande av SAMRED-utredningen.
- SOU 1998:18, *En gräns – en myndighet.* Slutbetänkande av Utredningen om utvärdering av EU-medlemskapets effekter för Tullverkets dimensionering och organisation.
- Årsrapport DOK 97. Personer inskrivna vid LVM-institutioner under 1997 – bakgrund, livssituation och vårdbehov.* Rapport 1/99. Statens institutionsstyrelse .

Kommittédirektiv

En narkotikakommission för översyn och förstärkning av narkotikapolitiken

Dir. 1998:18

Beslut vid regeringssammanträde den 7 maj 1998.

Sammanfattning av uppdraget

En narkotikakommission tillkallas. Kommissionen skall göra en utvärdering av samhällets narkotikapolitiska insatser sedan mitten av 1980-talet och med utgångspunkt från denna lägga förslag till sådana effektiviseringar av narkotikapolitiken som kommissionen finner möjliga.

Översynen skall omfatta lagstiftningen inom området samt insatser för att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare och insatser för att begränsa tillgången på narkotika.

Bakgrund

Narkotikapolitikens utveckling i Sverige

Antalet narkotikamissbrukare i Sverige uppskattades i mitten av 1950-talet till några hundra. Ett par år in på 1960-talet kunde de räknas i tusental. Sverige stod – liksom många andra länder vid den tidpunkten – inför ett nytt fenomen, som snart skulle komma att framstå som ett av samhällets allvarligaste problem: missbruk av narkotika. Det fanns vid den tiden inte någon samlad narkotikapolitik eller någon samlad strategi för att stävja missbruket. Åtgärderna bestod därför främst av insatser från tull, polis och åklagare.

Opinionen växte dock för att ställa narkotikamissbrukarnas behov av omhändertagande och vård i förgrunden.

År 1965 inleddes ett försök med legalförskrivning av narkotika, främst amfetamin. Missbrukarna skulle på så sätt nås med erbjudanden om vård och deras sociala och medicinska status skulle förbättras, bl.a. genom att de inte skulle behöva begå brott för att finansiera missbruket. Erfarenheterna av projektet var nedslående och det avbröts år 1967. Ett skäl var läckage av legalt förskrivna narkotika till den illegala marknaden. Senare studier har inte heller kunnat visa någon minskad brottslighet hos deltagarna i projektet.

Från år 1968 skedde en förstärkning av narkotikapolitiken. Straffen för narkotikabrott skärptes, behandlingshem inrättades och en rad informationsinsatser genomfördes. Under 1970-talet kom uppfattningarna om narkotikapolitikens inriktning allt mer att polariseras. Motsättningarna gällde främst vilken del av politiken som skulle vara prioriterad. En stark opinion sökte gehör för en syn på narkotikamissbruket som ett symptom på sociala missförhållanden, vilket borde mötas med efterfrågedämpande åtgärder, vård och behandling och allmänna samhällsförbättringar snarare än skärpta straff och tvångsingripanden från samhällets sida.

Ett sådant synsätt präglade samhällets åtgärder mot narkotika under större delen av 1970-talet, för att i slutet av 1970-talet vända över i en mer restriktiv riktning. År 1977 tillsatte regeringen en ledningsgrupp för narkotikafrågor med uppgift att föreslå ytterligare åtgärder mot narkotikamissbruket. Med utgångspunkt i ett tiopunktsprogram som presenterats av ledningsgruppen förstärktes resurserna till polisen och tullen samtidigt som anslagen till narkomanvård och till information ökade. Riksdagen slog fast att målet för den svenska narkotikapolitiken skulle vara ett narkotikafritt samhälle. Insatserna mot gatulangning ökade och år 1982 infördes möjligheter till tvångsvård av vuxna narkotikamissbrukare.

Därmed var grunden till den nuvarande svenska narkotikapolitiken lagd. Dess grundläggande idé kan beskrivas som ett nära samspel mellan åtgärder för att göra narkotikan mindre tillgänglig och insatser för att dämpa efterfrågan på sådana preparat.

Narkotikapolitikens utveckling och inriktning under 1980-talet

För att få underlag för en samordnad och intensifierad kamp mot narkotikamissbruket tillkallade regeringen år 1982 en narkotikakommission. Kommissionen, som avslutade sitt arbete år 1984, avlämnade elva promemorior vari upptogs bl.a. förslag till försöksverksamhet avseende tull- och polissamarbete, skolans, tullens, polisens och kriminalvårdens insatser mot narkotika, internationellt arbete och opinionsbildning mot narkotika. Grunden för det senaste decenniets narkotika-

politiska överväganden och insatser kan i stora delar hänföras till det arbete som narkotikakommissionen presterade. Parallellt med narkotikakommissionen arbetade en grupp inom Socialdepartementet med att utveckla narkomanvården. Gruppen kallade sitt uppdrag Offensiv narkomanvård, vilket i någon mån kan spegla den syn som då rådde.

År 1985 diagnostiserades de första hiv-positiva injektionsmissbrukarna. Många av dem hade då burit på smittan under flera år. Året där-efter skedde en kraftig ökning. Under hotet av en hiv- och aidsepide-mi bland narkotikamissbrukarna beslutade riksdag och regering om en fortsatt restriktiv narkotikapolitik samt att ambitionsnivån för narkotikabekämpningen skulle höjas. Målet för narkotikapolitiken skulle vara att nå samtliga intravenösa missbrukare med avgiftning, provtagning, vård och behandling. Satsningen innebar en förstärkning av resurser till polis och tull, en kraftigt utbyggd narkomanvård, metodutveckling samt särskilda insatser för att stimulera till samverkan mellan socialtjänst och kriminalvård.

Lagstiftningen som gäller narkotikafrågorna har skärpts på en rad punkter. Som exempel kan nämnas kriminaliseringen av den egna konsumtionen av narkotika år 1988 och den därpå följande straffskärpningen år 1993 då fängelse infördes i straffskalan för ringa narkotikabrott. År 1989 vidgades möjligheterna att vårda en missbrukare utan dennes samtycke genom att ny lagstiftning trädde i kraft.

Missbruksutvecklingen

Utvecklingen av samhällets åtgärder har varit en spegling av narkotikamissbrukets förändring. Omkring år 1965 började det intravenösa missbruket att bli ett betydande problem. Samtidigt ökade cannabismissbruket snabbt bland ungdomar. Undersökning av narkotikaerfarenheten bland elever i årskurs 9 visade under 1970-talets inledande år att omkring 14 procent någon gång hade provat narkotika. Andelen sjönk där-efter till som lägst mellan 3 och 4 procent i slutet av 1980-talet, varefter den återigen har ökat. År 1996 var andelen mellan 7 och 8 procent. Undersökningar av mönstrande värnpliktiga beskriver en relativt likartad utveckling

Regelbundna undersökningar av narkotikaerfarenheten bland vuxna har genomförts sedan år 1988. De visar att omkring 8 procent av befolkningen någon gång provat narkotika. Omfattningen av det tunga missbruket är mer svår fångad. År 1979 uppskattades antalet tunga missbrukare till mellan 10 000 och 14 000 personer. År 1992 var motsvarande siffra mellan 14 000 och 20 000. Också andra indikatorer – såsom antal lagföringar som gällt narkotikastrafflagen (1968:64) och

lagen (1960:418) om straff för varusmuggling samt antalet personer misstänkta för brott mot narkotikastrafflagen – pekar i riktning mot att antalet tunga missbrukare kan ha ökat något under 1990-talet.

Samhällsförändringar

De allmänna samhällsförändringarna de senaste femton åren har också påverkat narkotikamissbrukets utveckling. Här kan nämnas ungdomsarbetslöshetens utveckling under 1990-talet och tecken på en ökad segregering i samhället. Internationaliseringen har medfört en ökad rörlighet över gränserna samtidigt som drogerna, missbruksmönstren och inställningen till narkotika har förändrats. Cannabis är fortfarande det vanligaste narkotiska missbruksmedlet i Sverige, samtidigt som konsumtionen av syntetiska droger har ökat inom bl.a. EU:s medlemsstater under 1990-talet. De vanligaste syntetiska drogerna, som är amfetaminstrukturer, framställs genom kemiska processer. Genom att byta ut någon eller några av kemikalierna vid tillverkningen kan nya varianter fås fram. Dessa droger brukar kallas "designer drugs". En del av drogerna är förhållandevis enkla att framställa, utan krav på avancerad utrustning. Ingredienser kan finnas att köpa i många europeiska länder samtidigt som recept kan sökas på Internet.

Det finns tydliga tecken på att ungdomar i dag är mer öppna för att pröva droger än för bara några år sedan. Den debatt om liberalisering av narkotikapolitiken som pågår på flera håll i Europa, med bl.a. krav på avkriminalisering av cannabis, har dock ingen motsvarighet i Sverige. Inom EU, i Östersjöregionen och inom FN sker för närvarande ambitiösa satsningar för att ytterligare samla enskilda länders insatser mot narkotikan och mot den organiserade brottsligheten. Sverige har en mångårig tradition av internationellt engagemang i narkotikafrågan. En viktig utgångspunkt för Sveriges internationella arbete har varit en strävan att få gehör för en politik som väl balanserar insatser för att begränsa tillgängligheten med insatser för att dämpa efterfrågan.

De motsättningar som präglade den narkotikapolitiska debatten i Sverige under 1970-talet har idag i stor utsträckning ersatts av en samsyn. Det råder folklig och politisk samsyn kring målet för den svenska narkotikapolitiken – att skapa ett samhälle fritt från narkotika. Utgångspunkten, att målet bäst kan nås genom en restriktiv narkotikapolitik med ett balanserat förhållningssätt med åtgärder mot både tillgång och efterfrågan, ligger fast. Signaler om en ökning av det experimentella bruket av narkotika bland unga människor och en ny öppenhet mot narkotikan i vissa ungdomsgrupper kan dock innebära att landet står

inför en ny situation. Därför måste de närmare formerna och metoderna för hur målet skall uppnås kontinuerligt ses över och utvecklas.

Uppdraget

Mot bakgrund av det anförda finns det behov av en sammanhållen översyn och utvärdering av de narkotikapolitiska insatser som har genomförts sedan narkotikakommissionen avslutade sitt arbete år 1984. En sådan översyn bör göras inom ramen för en kommission. Kommissionens huvuduppgift skall vara att lägga fram förslag för att på lång sikt skapa bättre förutsättningar för samordnade och intensifierade insatser mot narkotikamissbruket. Uppdraget skall omfatta såväl insatser för att förebygga narkotikamissbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare som rättsväsendets och tullens arbete med narkotikabekämpningen.

Kommissionen skall i sitt arbete utgå från den restriktiva grundsyn som präglar svensk narkotikapolitik. Arbetet skall också utgå ifrån att alla åtgärder mot narkotika skall bygga på en balans mellan insatser ägnade att dämpa efterfrågan och begränsa tillgången på narkotika. Målet att på sikt skapa ett narkotikafritt samhälle skall ligga fast. Kommissionen skall särskilt uppmärksamma vikten av samarbete och samspel mellan olika sektorer, nivåer och aktörer i samhället.

Med denna utgångspunkt skall kommissionen särskilt ha till uppgift att

- 1 föreslå förbättringar av metoder och system för att öka kunskapen om och analysen av narkotikautvecklingen, samt föreslå hur det samlade resultatet av samhällets insatser i förhållande till målet om ett narkotikafritt samhälle skall kunna mätas,
- 2 utvärdera och föreslå åtgärder för att förstärka och effektivisera det drogförebyggande arbetet,
- 3 analysera utvecklingen av missbrukarvårdens och kriminalvårdens behandlingsprogram, värdera dess resultat och effekter i förhållande till insatta resurser samt föreslå åtgärder för att stärka rehabiliteringen av missbrukare, bl.a. genom förbättrad samverkan mellan olika huvudmän och aktörer,
- 4 utvärdera och lägga fram förslag till åtgärder vad gäller omfattning och inriktning av statens stöd till utveckling av missbrukarvården och brottsförebyggande insatser som gäller narkotika-relaterad brottslighet,

- 5 analysera behovet av förändringar av rättsväsendets arbetsmetoder samt av straffrättslig och straffprocessuell lagstiftning samt lägga fram förslag till sådana förändringar,
- 6 utifrån en översyn och sammanställning av den forskning som bedrivs inom narkotikaområdet föreslå hur forskningen kan stimuleras, förstärkas och organiseras samt peka ut särskilt angelägna men hittills eftersatta forskningsområden, samt
- 7 utforma strategier för särskilt riktade informationsinsatser och för opinionsbildning samt lämna förslag till samhällets stöd till detta.

Kommissionen skall kartlägga och, så långt det är möjligt, utvärdera de insatser och det samarbete som redan förekommer inom rättsväsendet och inom organ som ansvarar för rehabiliteringsfrågor. Kommissionen skall i sitt arbete göra en bedömning av det befintliga regelverkets konsekvenser och effektivitet för dels rättsväsendets arbetsmetoder, resultat och resursutnyttjande, dels det offentliga, arbetslivets, organisationers och enskildas arbete med att förebygga missbruk och rehabilitera narkotikamissbrukare.

En förutsättning för att det skall gå att mäta resultatet av samhällets insatser i förhållande till målet om ett narkotikafritt samhälle är att det finns en gemensam bild av mängden narkotika som konsumeras i samhället. I utredningen *En gräns – en myndighet* (SOU 1998:18) utvecklas en modell för hur detta skall kunna mätas. Kommissionen skall följa och komma med förslag vad gäller metodutvecklingen inom området samt i det sammanhanget analysera faktorer och omständigheter av betydelse för produktionen av syntetisk narkotika i Sverige.

Kommissionen skall göra en översyn av det förebyggande arbetets omfattning, inriktning, organisation, utvärdering och finansieringsformer samt lämna förslag till hur arbetet skall kunna effektiviseras och förbättras. Kommissionen skall i sina överväganden bl.a. ta i beaktande det stöd som Folkhälsoinstitutet och, när det gäller lokalt brottsförebyggande arbete, Kommittén för brottsförebyggande arbete fördelar till drogförebyggande arbete.

Kommissionen skall också bilda sig en uppfattning om utvecklingen av missbrukarvårdens och kriminalvårdens skilda behandlingsprogram. Kommissionen skall undersöka och värdera omfattning och inriktning av samt kostnader för dessa program, vilka missbrukare som kommer i fråga för rehabiliteringsinsatser samt, vad gäller den frivilliga missbrukarvården, fördelningen mellan öppenvård och heldygnsvård. Kommissionen skall i det sammanhanget göra en utvärdering av och komma med förslag vad gäller det statliga stöd till utveckling av missbrukarvården som Socialstyrelsen och länsstyrelserna förmedlar. Kommissionen skall särskilt se över finansieringsfrågor som gäller samarbetet mellan

kriminalvården och kommunerna vid kontraktsvård och vistelse utanför anstalt för vård enligt 34 § lagen (1974:203) om kriminalvård i anstalt.

Kommissionen skall i sitt arbete utgå ifrån att narkotikaproblemet till sin karaktär är globalt och därför kräver ett vittgående internationellt samarbete för att kunna få en lösning. Kommissionen skall i sina förslag väga in och värdera erfarenheter som har gjorts i andra europeiska länder, bl.a. vad gäller produktionen av syntetiska droger. Kommissionens förslag skall förstärka Sveriges internationella insatser och ge möjligheter till ett ökat internationellt genomslag för en restriktiv narkotikapolitik. En utgångspunkt bör vara den framgång Sverige har haft i att skapa en bred nationell samling kring målet för narkotikapolitiken satt i relation till de stora och grundläggande skillnader som finns mellan EU:s medlemsländer och inom Europaparlamentet.

Arbetsformer

Kommissionens arbete skall vara brett upplagt. Den skall bestå av en ordförande och högst fem ledamöter. Till kommissionen skall, utöver sedvanliga experter och sakkunniga, tre referensgrupper knytas. I en av dem skall företrädare för riksdagspartierna ingå medan en annan skall bistå kommissionen med vetenskaplig kompetens. I den tredje referensgruppen skall företrädare för berörda myndigheter ingå. Kommissionen är därutöver fri att forma ytterligare referens- och expertgrupper om det visar sig behövas under arbetets gång. Kommissionen skall arbeta utåtriktat och i nära kontakt med myndigheter, kommuner och organisationer samt övriga utredningar etc. som pågår med anknytning till uppdraget. Kommissionen bör pröva och förankra sina överväganden och förslag i seminarier, work-shops, offentliga utfrågningar och liknande.

Övrigt

Det skall stå kommissionen fritt att också ta upp andra näraliggande frågor som kan bidra till de narkotikapolitiska målen än de frågor som närmare preciserats i direktiven. Innebär kommissionens överväganden att författningsreglering bör ske skall förslag till sådan lämnas. Förslagens kostnadskonsekvenser skall redovisas och om förslagen innebär ökade kostnader skall en finansiering av förslagen anvisas. Kommissionen skall i sitt arbete beakta vad som sägs i de generella direktiven till kommittéer och särskilda utredare om att redovisa regionalpolitiska konsekvenser (dir. 1992:50), att pröva offentliga åtaganden

(dir. 1994:23), att redovisa konsekvenser för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet (dir. 1996:49) samt att redovisa jämställdhetspolitiska konsekvenser (dir. 1994:124).

Tidsplan

Uppdraget skall redovisas före utgången av år 2000. Om kommissionen anser det lämpligt kan uppdraget redovisas fortlöpande i delbetänkanden.

(Socialdepartementet)

Metoder att uppskatta antalet narkotikamissbrukare

Av fil. dr Börje Olsson

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, CAN

Inledning

Det är svårt att bedöma narkotikamissbrukets omfattning, det ligger i sakens natur. All icke-medicinsk hantering av narkotika, inklusive själva konsumtionen, är illegal. Det gör att det inte finns några "öppna" källor ur vilka vi kan hämta tillförlitlig information. Istället får vi försöka dra slutsatser från olika indikatorer som förhoppningsvis kan ge viss information, t.ex. narkotikabeslag, narkotikarelaterad dödlighet och antal narkotikabrott, eller så tvingas vi genomföra särskilda undersökningar som direkt försöker mäta omfattningen, t.ex. surveys och case-findingstudier.

En annan svårighet är att det inte är någon självklarhet vad som menas med narkotikamissbruk. I Sverige används oftast en juridisk definition innebärande att varje form av icke-medicinskt bruk av narkotikaklassificerade preparat betraktas som missbruk. För den övergripande narkotikapolitiska diskussionen kan en sådan definition kanske vara användbar, men ur andra aspekter blir den tämligen meningslös, t.ex. i epidemiologiska sammanhang, för planering av specifika insatser som prevention och behandling eller om avsikten är att försöka förstå processerna bakom olika former av bruk av narkotika.

För att ändå möjliggöra någon form av meningsfull avgränsning av olika grupper har man ibland gjort en indelning av bruket/missbruket i tre kategorier; experimentellt, regelbundet och tungt. Den experimentella gruppen består till allra största delen av personer som vid ett eller ett fåtal gånger testat olika narkotiska preparat, oftast cannabis. De regelbundna utgörs av den mellankategori som fortsatt bruket av narkotika, men inte i en sådan omfattning att de uppfyller definitionen (-erna) på tungt narkotikamissbruk. En av de mest använda definitionerna

på tungt narkotikamissbruk har kommit att bli den arbetsdefinition som användes av Utredningen om narkotikamissbrukets omfattning (UNO) år 1979, dvs. injektion av narkotika under det senaste året oavsett frekvens eller, om injektion inte förekommit, daglig eller så gott som daglig användning av narkotika under de senaste fyra veckorna.

För att kartlägga storleken på de olika populationer som uppfyller ovanstående definitioner har olika metoder använts. Det experimentella bruket har följts genom framför allt survey-undersökningar bland skolelever och mönstrande, samt bland allmänheten via s.k. omnibus-undersökningar genomförda av olika opinionsinstitut (SIFO, Temo m.fl.). Kraven på resultat som exakt anger nivåerna på detta bruk (antal brukare) har inte ansetts behöva sättas i främsta rummet. I första hand är syftet att följa trenderna varför vissa felmarginaler kan tolereras förutsatt att felen är någorlunda likartade över tid.

Information om det regelbundna bruket har också huvudsakligen hämtats via ovan nämnda survey-undersökningar. Resultaten är här mindre framgångsrika beroende på en kombination av att urvalen i dessa studier är relativt små och att användning av narkotika hittills varit en sällsynt förekomst i Sverige. Det har medfört att antalet personer med regelbunden användning av narkotika som besvarat enkäterna/intervjuerna varit mycket litet medförande mycket stora slumpfel. En möjlighet att komma tillrätta med detta problem är att genomföra undersökningarna med betydligt större urval. Kostnaderna blir då mycket höga. Ett bättre sätt är sannolikt att göra undersökningarna på särskilda urval av personer där sannolikheten att finna regelbundna brukare är högre, t.ex. vissa åldersgrupper i storstadsområdena.

I det följande kommer inte metoderna för att mäta omfattningen av experimentellt eller regelbundet narkotikabruk att diskuteras. Istället kommer möjligheter och problem i kartläggningen av det tunga missbruket att tas upp.

Skattningar av antalet narkotikamissbrukare och frågan om definitioner

För att överhuvudtaget kunna göra beräkningar av narkotikamissbrukets omfattning måste man på ett relevant och stringent sätt kunna avgränsa den grupp av människor som hör till denna kategori. Det måste dessutom finnas tillgång till sådan information som gör det möjligt att hänföra en specifik person till den definierade gruppen, dvs. valid information om respektive persons bruk av narkotika. I praktiken innebär detta att den definition man väljer måste anpassas efter de skattningsmetoder och den

grundinformation som står till buds. Om olika registerdata ligger till grund för beräkningarna kan definitionen naturligtvis inte vara mera specifik än den i registren tillgängliga informationen. Om skattningarna baseras på rapporter från olika myndighetspersoner måste definitionen anpassas efter deras kunskap, osv. Syftet med varför man överhuvudtaget vill ha skattningar av omfattningen av narkotikamissbruket, spelar naturligtvis också in för valet av definition. Gäller det främst att fastställa vårdbehovet, kan en definition anpassad till någon form av beroendebegrepp vara relevant, men gäller frågan behovet av resurser till det sekundärpreventiva arbetet får definitionen sannolikt göras vidare.

Innan man överhuvudtaget beslutar sig för att genomföra en kartläggning kan det också vara på sin plats att bestämma vilken precisionsgrad resultaten bör ha. Vilken skillnad för de narkotikapolitiska åtgärderna gör det om felmarginalen sätts till t.ex. några hundra, tusen eller femtusentus personer? Vad förändras om man vet att antalet missbrukare ligger mellan 17 000 och 20 000 snarare än mellan 15 000 och 25 000?

I och med Sveriges medlemskap i EU, har den komparativa aspekten blivit mera aktuell, dvs. betydelsen av att anpassa definitionen till övriga länder har ökat. I det arbete som för närvarande pågår vid EU:s narkotikacentrum i Lissabon (ECNN), utgör jämförbara skattningar av narkotikamissbrukets omfattning i medlemsländerna en prioriterad uppgift. Även där är definitionsfrågan central. Den åtminstone temporära "lösningen" kan sammanfattas på följande vis. Eftersom narkotika-problemet i flertalet europeiska länder jämfört med Sverige har en mera "medicinsk" och behandlingsinriktad profil, blev det naturligt att inledningsvis försöka finna en definition som kopplade till beroendebegreppet. De kriterier som finns för beroende i ICD-10 (10:e revisionen av International Classification of Diseases) kom att diskuteras. Eftersom en klassificering efter dessa kriterier kräver detaljerad kunskap om bl.a. bruksmönster, konsekvenser för den fysiska och psykiska hälsan, tolerans och abstinens, bedömdes en sådan definition omöjlig att tillämpa i praktiken. Det är sällan polis och socialarbetare har tillgång till denna kunskap, inte heller de register (indikatorer) som finns innehåller tillräcklig information.

Den alternativa definition man slutligen enades om, bär tydliga pragmatiska drag. För att överhuvudtaget kunna komma fram till jämförbara estimat, tvingas man (åtminstone initialt) använda en definition som är praktiskt tillämpbar i de olika länderna. Utgångspunkten blir åtskillnaden mellan problematiskt och oproblemiskt narkotikabruk samt den information som finns tillgänglig, eller annorlunda uttryckt, den information som finns tillgänglig är den om det problematiska bruket (behandlingsbehov, ingripande av polis, dödsfall, osv.). Definitionen som

växte fram ur denna diskussion lyder: Problematiskt narkotikabruk = intravenöst bruk eller långvarigt/regelbundet bruk av opiater, kokain och/eller amfetamin. Detta betyder att preparat som ecstasy och cannabis inte ingår i definitionen.

Visserligen kan man arbeta med flera definitioner samtidigt, beroende på syfte med kartläggningen och de praktiska möjligheterna, men det arbete och de kostnader detta skulle medföra pekar mot en pragmatisk hållning i frågan.

Metoder att skatta omfattningen av narkotikamissbruket

Grovt sett kan man skilja mellan två slags metoder för beräkningar av narkotikamissbrukets omfattning; direkta och indirekta. Till de direkta metoderna hör surveys, case-findingstudier och skattningar av initierade personer. Till de indirekta hör en rad metoder som via olika indikatorer försöker estimeras omfattningen av missbruket.

Surveys

Surveys, alltså undersökningar där personer som ingår i någon form av urval tillställs ett antal frågor, används i en rad sammanhang. Mest kända är kanske de opinionsundersökningar som görs av institut som SIFO och Temo, inte sällan för att kartlägga de politiska sympatierna i befolkningen. Frågor om alkohol och narkotika har under många år inkluderats i denna typ av undersökningar. Till survey-undersökningarna hör också CAN:s skol- och mönstringsundersökningar. Ibland genomförs också undersökningar som ett led i olika forskningsprojekt. Som nämnts ger detta på sin höjd tillförlitliga resultat om de ungefärliga andelarna i befolkningen som har erfarenhet av narkotika och om trenderna över tid. Däremot ger de ett mycket dåligt underlag för skattningar av mera allvarliga former av narkotikabruk. Missbrukare nås sällan, vare sig man genomför undersökningar som postenkäter, telefon- eller besöksintervjuer.

Det har ibland hävdats att det finns ett direkt samband mellan det experimentella, tillfälliga bruket av narkotika och mera allvarliga former av missbruk. I så fall skulle de trender som survey-undersökningarna visar också ge en bild av hur den senare formen av narkotikamissbruk

utvecklas.¹ Nu går det emellertid inte att påvisa att det råder något enkelt sådant samband, sannolikt beroende på det starka moraliska fördömandet som generellt råder gentemot narkotika och att användning av narkotika fortfarande är en mycket marginell företeelse.

Case-findingstudier

Sverige har som ett av få länder använt sig av nationella case-findingstudier för att kartlägga omfattningen av vad som i dessa sammanhang benämns tungt narkotikamissbruk. Metoden är i grunden enkel, de narkotikamissbrukare som är kända räknas. I praktiken är dock metoden både svår, tids- och kostnadskrävande. De svenska erfarenheterna från studierna 1979, 1992 och den som för närvarande genomförs, visar att metoden fungerat ganska väl, men att stora svårigheter uppstått i takt med att samhällets resurser för arbetet med narkotikafrågorna urholkats. Ett av de viktigaste skälen till att de flesta länder valt att inte använda sig av case-findingstudier på nationell nivå är avsaknaden av en utbyggd och välfungerande offentlig sektor. Som utvecklingen ser ut idag, framstår inte heller i Sverige case-findingstudier på nationell nivå som ett realistiskt alternativ. Urholkningen av samhällets arbete med narkotikamissbrukare leder inte bara till att kontakterna med dem blir mera diffusa, kunskapen om enskilda personers missbruk tenderar också att bli så dålig att det inte finns några möjligheter att efterfråga den detaljerade kunskap som krävs för att klassificera missbruket i enlighet med den definition som valts.

Case-findingmetoden bör dock inte helt utmönstras ur diskussionen om framtida metoder för kartläggning av missbruket. Ett möjligt tillvägagångssätt vore lokala studier, t.ex. i ett mindre urval av kommuner. De resurser som står till buds skulle då kunna koncentreras och ett bättre resultat uppnås. Även om de resultat som erhålls skulle vara otillräckliga för säkra uppräknings till nationella estimat, skulle de ändå kunna ge ett relativt tillförlitligt underlag för bedömningar av trenderna i utvecklingen (bör kombineras med analyser av andra indikatorer).

¹ Man har dragit paralleller till alkoholområdet och den s.k. totalkonsumtionsmodellen. Förändringar i befolkningens genomsnittliga alkoholkonsumtion avspeglar också förändringar i alkoholskador och alkoholmissbruk.

Skattningar av initierade personer

En mycket enkel metod är antalsskattningar gjorda av personer som bör ha god kunskap om narkotikamissbruket. Ett sådant försök gjordes i Sverige 1977 och senare också i Norge. En panel i respektive kommun angav det antal narkotikamissbrukare (enligt någon definition) man uppfattade fanns i kommunen. Vare sig i Sverige eller Norge har man bedömt att ett sådant tillvägagångssätt självständigt kan ligga till grund för tillförlitliga estimat. Däremot kan det vara tänkbart att använda metoden i kombination med andra. Som självständig metod lämpar sig denna typ av rapportering bättre för att fånga upp trender och tendenser på området. Det är också så den har använts i Sverige i CAN:s s.k. regionala rapporteringssystem.

Beräkningar med hjälp av indikatorer

Bland övriga EU-länder tycks det vanligaste vara att man försöker utnyttja olika s.k. indikatorer för att skatta narkotikamissbrukets omfattning. Den allmänna principen är också här enkel, indikatorerna antas hänga samman med själva missbruket så att en förändring i detta på ett känt sätt påverkar indikatorerna. En förutsättning är dock att ingen annan faktor oberoende av missbruket ger förändringar i indikatorn, eller om så är fallet, att man kan korrigera för detta. Några av de vanligaste "indikator-metoderna" ska här nämnas.

Extrapolering från polisdata

Två olika sätt att utnyttja polisdata för estimering har använts bland EU-länderna. Den första har bl.a. använts i Tyskland och bygger på tillgång till två datakällor; för första gången registrerade missbrukare och narkotikarelaterad dödlighet. Den nu existerande beräkningen begränsar sig till heroinmissbrukare (i princip kan den "svenska" definitionen på tungt missbruk ersätta heroinmissbruk). Enligt viss internationell litteratur uppgår den genomsnittliga missbrukstiden för denna grupp till omkring tio år. Antalet för första gången registrerade heroinmissbrukare under denna period tas som *benchmark* i följande ekvation:

$$\frac{\text{Totalantalet heroinmissbrukare}}{\text{Antal första gången registrerade heroin missbrukare under de senaste tio åren}} = \frac{\text{Totalantalet dödsfall bland heroinister under de senaste tio åren}}{\text{Antal av polisen kända dödsfall bland heroinister under de senaste tio åren}}$$

Hypotetiskt skulle vi för Sveriges del kunna "leka" med följande antals-
antaganden rörande heroinmissbruk:

$$\frac{X}{2\,000} = \frac{1\,100}{500} \quad \Leftrightarrow \quad X = 4\,400$$

Metoden förutsätter tre kända storheter. För Sveriges del är i dag i princip bara totalantalet narkotikarelaterade dödsfall känt. Polisen för inget register över vare sig dödlighet eller för första gången kända missbrukare. I övrigt krävs tillräckligt specifik och tillförlitlig information för att kunna hänföra en person till den definition man använder sig av. Ytterligare ett problem är uppskattningen av den genomsnittliga missbrukstiden (-durationen). Om amfetamin ska inkluderas förändras sannolikt denna.

Den andra estimeringsmetoden utifrån polisdata bygger på följande formel:

$$T = B/c \quad \text{där,}$$

T = Det skattade totalantalet narkotikamissbrukare (eller t.ex. heroinister)

B = Antalet registrerade/kända narkotikamissbrukare hos polisen under ett givet år

c = Proportionen av samtliga narkotikamissbrukare som polisen har kontakt med under ett givet år

För att denna metod ska kunna användas krävs att en mindre (kommun/län) studie görs för att estimeras den proportion/andel narkotikamissbrukare polisen har kontakt med under ett år. Nästa led, generalisering av denna andel till hela landet, blir naturligtvis problematisk, bl.a. beroende på skillnader i effektivitet mellan polisen i olika regioner. Följande antagande, baserat på data från UNO92, ger följande estimat för tungt narkotikamissbruk²:

$$T = 4\,000/0,33 \quad \Leftrightarrow \quad T = 12\,100$$

² Antal av polisens inrapporterade tunga respektive heroin-/opiatmissbrukare 1992. Uppskattad andel av samtliga inrapporterade tunga respektive opiat-/heroinmissbrukare rapporterade av polisen.

och för heroin-/opiatmissbruk:

$$T = 1\,360/0,50 \Rightarrow T = 2\,720$$

Extrapolering från behandlingsdata

Denna metod är identisk med ovanstående. Istället för registrerade hos polisen under ett givet år används antalet behandlade narkotikamissbrukare under ett år. Om vi tar antalet slutenvårdade för diagnosen narkomani under 1992 som utgångspunkt för att beräkna kvoten (c) och antalet kända missbrukare rapporterade i case-findingstudien, får vi följande estimat:

$$T = 2\,000/0,2 \Rightarrow T = 10\,000$$

Demographic multiplier method

Denna demografiska metod utgår från teorin om stationära populationer. Den betraktas som stationär om in- och utflödet (t.ex. födda och döda) är konstanta och tar ut varandra. Metoden har diskuterats av Gösta Carlsson i UNO79:s slutrapport (Ds S 1982:13). Storleken på en sådan population kan estimeras genom att det årliga inflödet (antal födda) multipliceras med den genomsnittliga livslängden. Analogt på narkotikaområdet;

Prevalensen = incidensen x den genomsnittliga missbrukstiden

Om vi antar en årlig incidens på 1 000 narkotikamissbrukare och den genomsnittliga missbrukstiden (kan upphöra spontant, efter behandling eller genom dödsfall) till 15 år får vi en prevalens på 15 000 narkotikamissbrukare.

För närvarande är även denna metod svår att använda i Sverige. Säkra incidensmått saknas och det är i högsta grad oklart hur lång den genomsnittliga missbrukstiden egentligen är.

Estimat baserade på den narkotikarelaterade dödligheten

Denna metod baseras på kännedom om den totala årliga narkotikarelaterade dödligheten (B) och den årliga döds-kvoten (c) (mortality rate) bland narkotikamissbrukare. Vi får då;

$$T = B/c$$

För Sveriges del kan vi göra följande grova antaganden. Cirka hälften av samtliga narkotikarelaterade dödsfall är relaterade till heroin och hälften till amfetamin eller andra narkotiska medel. Av de 250 registrerade dödsfallen 1996, kan cirka 125 relateras till heroin och 125 till amfetamin/annan narkotika. Dödligheten bland heroinister ligger kanske på omkring 3 % och bland amfetaminister och övriga på omkring 1,5 %. Vi får då $125/0,03 =$ drygt 4 000 heroinister och $125/0,015 =$ drygt 8 000 amfetaminister/övriga.

För närvarande pågår i Sverige ett utredningsarbete för att bättre kartlägga den narkotikarelaterade dödligheten. När detta är gjort bör denna metod kunna användas för åtminstone grova estimat. Det krävs dock att man också kan följa om dödsrisken förändras i missbrukarpopulationen.

Capture–recapture

Metoden bygger på att det finns information om antal narkotikamissbrukare från minst två olika källor (i teorin oberoende källor), t.ex. socialtjänsten och polisen. I det enklaste fallet med två källor estimeras totalantalet på följande sätt:

$$T = (\text{Antal kända av källa 1}) \times (\text{Antal kända av källa 2}) / (\text{Antal gemensamt kända})$$

Informationen som används som underlag kan erhållas på olika sätt. I Sverige har capture–recapture tillämpats för att beräkna mörkertalen i de nationella case-findingstudierna. Ett annat sätt är att använda sig av registerdata (t.ex. polisregister, register över narkotikarelaterad dödlighet eller vårdade narkomaner). Det senare kräver att det finns möjlighet att identifiera personerna för att undvika dubbelräkning.

Ett av de största problemen med denna beräkningsmetod är att det i praktiken inte råder något oberoende mellan de olika källorna. Om en missbrukare blir känd hos en myndighet ökar ofta chanserna att denne också blir känd på en annan. Sådana positiva samband leder till flera

gemensamt kända missbrukare och en underskattning av totalantalet. Man kan naturligtvis också tänka sig negativa samband, med överskattning som följd.

Den multivariata indikatormetoden

Det kan vara riskabelt att enbart förlita sig till en indikator när missbrukets omfattning skattas. Även en mindre förändring i indikatorn och dess samband med missbruket kan leda till relativt stora skattningsfel. Ett sätt att minska detta problem är att utnyttja informationen från flera indikatorer samtidigt. För att metoden ska kunna användas krävs data om de olika indikatorerna uppdelat på region (t.ex. kommun, polisdistrikt eller län). För åtminstone två (tre?) regioner krävs valida skattningar av antalet narkotikamissbrukare, t.ex. beräknade på grundval av lokala case-findingstudier. En modell över indikatorernas samband med dessa skattningar beräknas med hjälp av linjär regressionsanalys (med indikatorerna som oberoende och prevalensskattningarna som beroende variabler)³. Inom vissa EU-länder har sådana skattningar gjorts med följande (regionalt fördelade) indikatorer ingående i modellen; narkotikabrott, narkotikarelaterad dödlighet, klienter i behandling, hiv/aids-fall och narkotikamissbrukare i fängelse. Andra kombinationer av indikatorer kan naturligtvis tänkas.

Metoden löser förstås inte problemet med att en eller fler indikatorer kan förändras över tid. För att åtminstone till en del minska detta problem, kan det vara lämpligt att laborera med flera modeller samtidigt (olika indikatorkombinationer) för att komma fram till den rimligaste skattningen. Ett annat problem är antagandet om ett linjärt samband mellan indikatorerna och prevalensen. Det kan hävdas att sambandet (ibland) snarare är monotont. Om t.ex. missbruket ökar, behöver det inte leda till en linjär ökning i antalet behandlade narkomaner. Antalet behandlingsplatser sätter ett tak för hur många som kan tas in oavsett hur mycket missbruket ökar.

³ Om antalet oberoende variabler (indikatorer) överstiger antalet beroende (antalet prevalensskattningar), måste en "principal component"-analys göras innan den linjära regressionsanalysen kan genomföras.