

National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2013

NARKOMANVÅRDSKOMMITTÉN

NARKOTIKA PROBLEMET

UNDERSÖKNINGAR

Ref

SOU

Statens offentliga utredningar
1969: 53
Socialdepartementet

Narkotikaproblemet

Socialmedicinska och kliniska undersökningar
Del IV

Studier under medverkan av narkomanvårdskommittén
Stockholm 1969

ESSELTE AB, STOCKHOLM 1969

Förord

Flertalet av de följande undersökningarna har utförts på narkomanvårdskommitténs direkta uppdrag. Arbetet har mestadels förlagts till Karolinska institutets socialmedicinska institution. Vissa andra undersökningar har genomförts för andra uppdragsgivare, i flera fall med visst stöd av narkomanvårdskommittén. De intas i denna volym efter medgivande av berörda myndigheter och forskare eftersom de väl belyser de frågeställningar som är aktuella i kommitténs arbete. Undersökningen av inskrivningsskyldigas narkotikavanor har utförts vid militärpsykologiska institutet (MPI). Denna undersökning upprepas och förs vidare; fortsatta rapporter utarbetas vid MPI. Undersökningen av narkotikamissbruk bland skolungdom i Göteborg har gjorts på uppdrag av skolöverstyrelsen och tidigare publicerats i Aktuellt från skolöverstyrelsen. Motsvarande undersökning i Stockholm har utförts på uppdrag av barnavårdsnämnden i Stockholm. Studien beträffande åtalseftergifter ingår i en följd undersökningar om drogmissbruk och kriminalitet som utförts vid Stockholms universitets institution för kriminalvetenskap. Stockholmsstudenternas erfarenhet av narkotika har undersökts av en forskargrupp med stöd från riksbanksfonden. De olika undersökarna har i viss utsträckning kunnat sinsemellan anpassa sitt arbete genom en serie seminarier.

Kommittén har tagit initiativ till ytterligare undersökningar, av vilka några fortfarande pågår. De finns berörda i kommitténs betänkande. Kommittén har framhållit vikten av att de fullföljs och av att en uppföljning kommer till stånd i fråga om kommitténs forskningsprogram.

Kommittén framför sin tacksamhet till de institutioner och forskare som bidragit till kommitténs arbete.

Kommittén har givit förslag om fortsatt forskning. Ansvaret för att denna forskning kommer till stånd skall enligt kommitténs förslag i huvudsak åvila socialstyrelsen samt medicinska och samhällsvetenskapliga forskningsråden.

Narkomanvårdskommittén

Innehåll

Kapitel 1. *En undersökning rörande narkotikakonsumtion i Stockholms skolor, klass 9, april 1967. Bengt Herulf* 13
1.1 Inledning 13
1.2 Teoretiska synpunkter 13
1.3 Metodik 17
1.4 Populationens storlek och bortfallet 17
1.5 Resultat med kommentarer . . . 19
1.5.1 En jämförelse av elever som beträffande narkotikakonsumtion skiljer sig i kvalitativt avseende (jfr tabell 38) . 31
1.5.2 Kommentar 32
1.6 Exempel på kumulativa effekter av faktorer varav narkotikakonsumtionen visat sig vara beroende . . 33
1.7 En jämförelse mellan olika grupper icke-brukare 35
1.8 Sammanfattning 35
Frågeformulär 37

Kapitel 2 *Undersökning om narkotikabruk bland skolungdom. Erland Jonsson och Lars Svedugård* 43
2.1 Studie av narkotikabrukare i grundskolans nionde klass i Göteborg . . 43
2.1.1 Undersökningens problemställningar 43
2.1.2 Undersökningens uppläggning och genomförande 44
2.2 Undersökningsresultat 45
2.2.1 Bruk av tobak, alkohol och lösningsmedel 47
2.2.2 Anpassning i skolan 49
2.2.3 Sociala kontakter utanför skolan 51
2.2.4 Kontakt med föräldrarna . . 54
2.3 Sammanfattande kommentarer . . 56
2.4 Appendix I 58
2.5 Appendix II 58
2.6 Appendix III 62

Kapitel 3 *Inskrivningsskyldigas narkotikavanor 1968 – frekvenser, attityder och bakgrundsdata. Jan Agrell, Björn Netz och Bertil Wolff* . . . 68
3.1 Förord 68
3.2 Inledning 68
3.3 Undersökningspopulation 69
3.3.1 Antal 69
3.3.2 Bortfall 69
3.3.3 Ålder 70
3.3.4 Ortstillhörighet 70
3.4 Metoder 70
3.4.1 Datainsamlande 70
3.4.2 Frågeformuläret 70
3.4.3 Genomgång och kontroll av formulär 71
3.4.4 Statistiska metoder 71
3.4.5 Indelning av materialet i undergrupper 71
3.5 Resultat 72
3.5.1 Disposition av resultaten . . 72
A. Redovisning efter geografisk indelning 74
B. Missbruksvanor studerade mot typ av missbruk 80
C. Attityder och bakgrundsdata 87
D. Jämförelse mellan narkotikavanor i Stockholm 1967 och 1968 97
E. Alkoholvanor och tobaksbruk i kombination med narkotikamissbruk 100
3.6 Allmän sammanfattning 103
3.7 Avslutning 106
3.8 Appendix: Frågeformulär 107

Kapitel 4 *Studenter och narkotika. Ulla Ahrens, Magnus Kihlbom och Nils-Olov Näs* 109
Förord 109
4.1 Problemställningar, metod och material 109
4.1.1 Bakgrunden till undersökningen 109
4.1.2 En översikt över undersökningens problemställningar . 110
4.1.3 Undersökningens uppläggning och genomförande . . 110
4.1.4 Undersökningspopulation och urval 111
4.1.5 Datainsamlingsmetod . . . 112
4.1.6 Undersökningens genomförande 112
4.1.7 Databehandling, statistisk beskrivning och analys . . 113
4.1.8 En metodstudie och dess resultat 113
4.1.9 Bortfallet 114
4.1.10 Några uppgifter om den undersökta studentgruppens sammansättning 115
4.1.11 Påpekanden inför resultatredovisningen 118
4.2 Erfarenhet av narkotika. Bruksmönster 120
4.2.1 Omfattningen av narkotikaerfarenheter 120
4.2.2 Relationen mellan olika medel 122
4.2.3 Cannabisbruket 123
4.2.4 Bruket av centralstimulantia 129
4.2.5 LSD-bruket 131
4.3 Benägenheten att pröva olika medel. Föreställningarna om deras effekter 132
4.3.1 Studenternas benägenhet att pröva de olika medlen . . . 133
4.3.2 Sambandet mellan benägenheten att pröva cannabis och benägenheten att pröva andra medel 136
4.3.3 Föreställningar om medlens effekter 137
4.3.4 Sammanfattning och kommentarer 141
4.4 Studenternas uppfattning om narkotikabrukets utbredning och om inställningen till narkotikabruk bland studenter 142
4.4.1 Uppfattningen om utbredning och tolerans 142
4.4.2 Åsikter om narkotikapolicy och om cannabis som »inkörsport» till andra narkotika 147
4.4.3 Sammanfattning och kommentarer 150
4.5 Expositionen för narkotika 151
4.5.1 Inledning 151
4.5.2 Expositionen för cannabis . 152
4.5.3 Exposition för olika medel bland studenter med resp. utan egna erfarenheter . . 155
4.5.4 Benägenheten att börja ta cannabis och dess samband med expositionen för olika medel 158
4.5.5 Benägenheten att fortsätta att ta cannabis och dess samband med expositionen för olika medel 159
4.5.6 Massmedia, personliga kontakter m. m. och studenternas bedömningar av deras relativa betydelse 160
4.5.7 Attityder till massmedias narkotikainformation 162
4.5.8 Sammanfattning och kommentarer 163
4.5.9 En översikt över sambanden mellan undersökningens viktigare »narkotika-variabler» 163
4.6 Några skillnader i fråga om sociala och psykologiska karakteristika mellan studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis 168
4.6.1 Uppväxt- och familjeförhållanden 168
4.6.2 Några psykologiska karakteristika 173
4.6.3 Alkohol-, tobaks- och läkemedelsvanor 182
4.6.4 Normavvikelser 185
4.6.5 Bostad, kamratkontakter och studieinriktning 186
4.6.6 Politiska sympatier och politiskt intresse 187
4.6.7 Sammanfattning 188
4.6.8 Kommentarer 189
Appendix 192

Kapitel 5 *Case-finding survey angående narkotikamissbrukare kända av olika myndigheter i Stor-Stockholm under tiden 1 juli—31 december 1967. Gunborg Frej* 194
5.1 Inledning 194

5.2 Undersökningens planläggning . . 194
5.3 Tillvägagångssättet vid genomförandet av undersökningen 194
5.4 Bearbetning 196
5.5 Rapporterade narkotikamissbruksfall i förhållande till uppgiftsmyndighet och uppgiftslämnare . . . 198
5.6 De rapporterade narkotikamissbrukarna 200
5.6.1 Bakgrundsvariablerna . . . 200
5.6.2 Narkotikavariablerna . . . 204
5.7 Narkotikamissbrukarna i förhållande till olika myndighetstyper . . . 212
5.8 Sammanfattning av undersökningsresultaten 216
Frågeformulär 217

Kapitel 6 *En analys av medicinalstatistikens fall av abusus alii. Owe Hoffmann och Kaj Håkanson* 218

Kapitel 7 *En enkät till lasarett m. m. angående vårdade fall av drogmissbruk den 3 april 1968. Kaj Håkanson och Owe Hoffmann* 229
7.1 Inledning 229
7.2 Bakgrundsfaktorer 229
7.2.1 Antal och nationalitet . . . 229
7.2.2 Kön och ålder 230
7.2.3 Geografisk fördelning . . . 230
7.2.4 Socialgrupp 232
7.2.5 Civilstånd 232
7.2.6 Missbruksmönster 232
7.2.7 Sätt att inta missbruksmedel 236
7.2.8 Missbrukets duration . . . 238
7.2.9 Alkoholmissbruk 238
7.2.10 Diagnos 238
7.2.11 Anledning till vård 240
7.2.12 Form för intagning vid vårdanstalt 241
7.2.13 Behandlingsvillighet 243
7.2.14 Tidigare vård 244
Frågeformulär 246

Kapitel 8 *Drogmissbrukare som gripits av polis under juni 1968. Kaj Håkanson och Owe Hoffmann* 247
8.1 Inledning 247
8.2 Resultat av bearbetningen . . . 248
8.2.1 Antal missbrukare. Nationalitet. Kön och ålder . . . 248
8.2.2 Geografisk fördelning . . . 248
8.2.3 Socialgrupp 249
8.2.4 Civilstånd 250
8.2.5 Missbruksmedel 250
8.2.6 Missbrukets intensitet . . . 254
8.2.7 Alkoholmissbruk 254
8.2.8 Arbetsförhållanden 255
8.2.9 Kontakt med sociala organ eller vårdinstitutioner . . . 256
Frågeformulär 258

Kapitel 9 *Rapport beträffande kriminalvårdsenkäten. Owe Hoffmann och Kaj Håkanson* 259
9.1 Inledning 259
9.2 Anstaltsklientelet 259
9.3 Frivårdsklientelet 260
9.4 Sammanfattning 261

Kapitel 10 *Narkotikamissbruk bland ungdomsvårdsskoleelever. Dick Blomberg* 262
10.1 Inledning 262
10.2 Undersökningsgruppen 262
10.3 Intervjuförfarandet 264
10.4 Missbruksformer 264
10.4.1 Haschischrökning 264
10.4.2 Oralt missbruk av centralstimulantia 266
10.4.3 Intravenöst missbruk av centralstimulantia 268
10.4.4 Missbrukskombinationer . 272
10.5 Ungdomsvårdsskolan som missbruksmiljö 274
10.6 Sammanfattning 277
Frågeformulär 279

Kapitel 11 *Undersökning av narkotikamissbrukare vårdade för gulsot på Roslagstulls sjukhus, Stockholm, under år 1964. Gunborg Frej* . . 281
11.1 Inledning 281
11.2 Undersökningsmaterial 282
11.3 Undersökningens omfattning, metod och utförande 283
11.4 Demografisk och social bakgrund 284
11.4.1 Kön och ålder 284
11.4.2 Civilstånd, barn 285
11.4.3 Utbildning, yrke 286
11.4.4 Övriga bakgrundsvariabler 287
11.4.5 Sammanfattning och kommentarer 288
11.5 Social situation 289
11.5.1 Bostadsförhållanden . . 289
11.5.2 Arbetsförhållanden . . . 289
11.5.3 Ekonomisk ställning . . 290
11.5.4 Sammanfattning och kommentarer 291
11.6 Sociala kontakter 291
11.6.1 Anhöriga 291

11.6.2 Vänner 292
11.6.3 Avvikande beteende i primärgrupperna 293
11.6.4 Sammanfattning och kommentarer 294
11.7 Alkoholvanor samt psykiska och somatiska besvär 294
11.7.1 Alkoholvanor 294
11.7.2 Psykiska besvär 295
11.7.3 Somatiska besvär 296
11.7.4 Sammanfattning 296
11.8 Narkotikabruket 297
11.8.1 Debutsituationen 297
11.8.2 Debuten för intravenös injicering 299
11.8.3 Narkotikamissbruket generellt 299
11.8.4 Vanor i anslutning till narkotikamissbruket 305
11.9 Intervjupersonernas attityder i fråga om narkotika 309
11.9.1 Narkotikans påverkan av arbetsförmåga, hälsotillstånd, personlighet och tillvaro 309
11.9.2 Varför narkotika? . . . 310
11.9.3 Bemötande i egenskap av narkotikamissbrukare, hjälp mot narkotikamissbruk 310
11.9.4 Sammanfattning 311
11.10 Registerdata 311
11.10.1 Kriminalitet 312
11.10.2 Alkoholmissbruk . . . 316
11.10.3 Socialhjälp 319
11.10.4 Sjukskrivningsdata från de allmänna försäkringskassorna 319
11.11 Jämförelser mellan olika grupper inom undersökningsmaterialet . 321
11.11.1 Materialets indelning i grupper 321
11.11.2 Demografisk och social bakgrund 323
11.11.3 Social situation 324
11.11.4 Sociala kontakter . . . 325
11.11.5 Narkotikamissbruket . 327
11.11.6 Anskaffning av narkotika 328
11.11.7 Attityder till narkotika 329
11.11.8 Hälsotillstånd 332
11.11.9 Alkoholbruk 336
11.11.10 Kriminalitet 338
11.12 Efterundersökning i mars 1969 339
11.12.1 Sammanfattning . . . 341
11.13 Sammanfattning av undersökningen och dess resultat 341
11.13.1 Undersökningsresultaten 342
11.14 Kommentar till undersökningsresultaten 343
Litteraturförteckning 344

Kapitel 12 *De »legala» narkomanerna. En studie av dr S. E. Åhströms patientgrupp. Jakob Lindberg* . . . 345
12.1 Inledning 345
12.1.1 Bakgrund 345
12.1.2 Den socialmedicinska studien 345
12.1.3 Syfte 345
12.2 Urval, bortfall 347
12.3 »Legal förskrivning» – en tvivelaktig terminologi 348
12.4 Verksamhetens omfattning och utveckling 349
12.4.1 Legalperioder 349
12.4.2 Legaldebut 349
12.4.3 Patientantal 349
12.4.4 Nyrekrytering 350
12.5 Ålder och kön 350
12.5.1 Ålders- och könsfördelning inom undersökningsgruppen 350
12.5.2 Åldersfördelningen i jämförelsematerialen . . . 351
12.6 Missbrukets varaktighet 351
12.7 Uppväxtförhållanden 352
12.7.1 Föräldrarnas socialgrupp: mätmetod 352
12.7.2 Föräldrarnas socialgrupp: resultat 353
12.7.3 »Splittrade hem» . . . 353
12.7.4 Förhållandet mellan föräldrarna. Hur blev barnen uppfostrade? . . . 354
12.7.5 Psykiska sjukdomar i familjen och släkten . . . 355
12.7.6 Kvinnornas hemförhållanden 356
12.7.7 Sammanfattning 356
12.8 Skolutbildning och arbetsförhållanden 357
12.8.1 Skolutbildning 357
12.8.2 Arbetsförhållanden . . 358
12.9 Alkoholbruk 358
12.10 Sexualitet 359
12.10.1 Männen 359
12.10.2 Kvinnorna 360
12.11 Psykiska sjukdomar 360
12.12 Narkotika 361
12.12.1 Inledning 361

12.12.2 Omständigheter kring narkotikadebuten . . . 361
12.12.3 Narkotikabruket efter debuten 363
12.12.4 Legaltiden 364
12.13 Övriga förhållanden under legaltiden 367
12.13.1 Inledning 367
12.13.2 Arbete 368
12.13.3 Bostad 368
12.13.4 Alkohol 368
12.14 Registerundersökningen 369
12.14.1 Inledning 369
12.14.2 Behandlade frågeställningar 370
12.14.3 Begagnade register . . 370
12.14.4 Registerundersökningens tillförlitlighet. Svårigheter vid tolkning av data 371
12.14.5 Undersökningspersonernas förekomst i olika register 371
12.14.6 Registerindex 372
12.14.7 Förekomst i olika register under legaltiden och under åren närmast före legaltiden 374
12.14.8 Registeranteckningar före narkotikadebuten och under legalåret 382
12.14.9 Registrerad asocialitet och ålder vid narkotikadebuten 383
12.14.10 Registrerad asocialitet och föräldrarnas socialgrupp 384
12.14.11 Sammanfattning av registerundersökningens resultat 385
12.15 Efterundersökningen 386
12.15.1 Inledning 386
12.15.2 Efterundersökningens data 386
12.15.3 Efterundersökningens resultat 387
12.15.4 Tidigare undersökningar av återfall bland narkotikamissbrukare . . . 400
12.16 Slutkommentar 402

Kapitel 13 *Rapport från narkotikakvartundersökningen i Stockholm 1968. Christer Hogstedt* 404
13.1 Syftet med undersökningen . . . 404
13.2 Metodik 404
13.3 Materialet 405
13.4 Kvartarnas standard 405
13.4.1 Exempel 1 406
13.4.2 Exempel 2 407
13.4.3 Exempel 3 407
13.4.4 Exempel 4 407
13.4.5 Exempel 5 408
13.5 Narkomanen i kvarten 408
13.6 »Nojan» 409
13.7 Snedtändning 410
13.8 Gruppbeteende 410
13.9 Sammanfattning 411

Kapitel 14 »*Narkotikaepidemin*» *i Växjö. En studie av narkotikamissbruk i Växjö hösten 1967. Magnus Kihlbom och Jakob Lindberg* 413
14.1 Inledning 413
14.2 Tillvägagångssättet 416
14.3 Beskrivning av intervjuade . . . 416
14.3.1 Preparatval 416
14.3.2 Duration 416
14.3.3 Debutomständigheter . 416
14.3.4 Intensitet 416
14.3.5 Sammanfattande beskrivning 417
14.4 Diskussion 417
14.4.1 Den »överdrivna» reaktionen 417
14.4.2 Värdet av »brandkårsforskning» på narkotikaområdet 419

Kapitel 15 *En studie av narkomanvården vid ett psykiatriskt sjukhus. Tom Fahlén* 421
15.1 Utgångspunkter 421
15.2 Inledande diskussion 421
15.3 Metodik 424
15.4 Patientantal, vårdtider etc. . . . 425
15.5 Personaltillgång 427
15.6 Lokaler och kontaktmöjligheter 428
15.7 Intervjuer med överläkare . . . 430
15.7.1 Intervju med överläkare på manlig avdelning (alkoholkliniken) 430
15.7.2 Intervju med överläkare på kvinnlig avdelning . 431
15.7.3 Intervju med överläkare på manlig klinik 432
15.8 Intervju med sjukhusets kuratorer 432
15.9 Intervju med sjukhusets psykologer 433
15.10 De låsta intagningsavdelningarna 434

15.10.1 Avdelningarnas storlek . 434
15.10.2 Arbete och arbetsuppgifter 434
15.10.3 Beskrivningar av narkomanernas beteende . . . 439
15.10.4 Intervjuer på kvinnlig avdelning 442
15.10.5 Intervjuer med två narkomaner från andra avdelningar 445
15.11 Kronikeravdelningarna 445
15.11.1 Intervju med läkare . . 446
15.11.2 Intervju med vårdpersonal 447
15.11.3 Intervju med två manliga narkomaner 448
15.12 De öppna intagningsavdelningarna 449
15.12.1 Intervju med läkare . . 449
15.12.2 Intervju med sjuksköterska 450
15.12.3 Intervju med vårdpersonal 451
15.13 Möjligheterna att sysselsätta narkomaner 451
15.13.1 Arbetsterapin 451
15.13.2 Socioterapin 453
15.14 Öppna vården 454
15.15 Råckstahemmet 455
15.16 Avslutande diskussion 456

Kapitel 16 *Rapport från mottagningen för läkemedelsmissbrukare i Stadshagen, Stockholm, angående verksamheten 26.1.66—31.1.69. Lennart Ljungberg, Curt Bjerkenstedt och Ebba Sarap i samarbete med Margareta Björn och Alice Fridén* 459
16.1 Personal och lokalförhållanden m. m. 459
16.2 Patientmaterialet under 3-årsperioden 459
16.2.1 Besöksfrekvensen . . . 460
16.2.2 Vilka motiv leder drogmissbrukaren att söka vård? 460
16.2.3 Hur har kontakten etablerats med mottagningen? 461
16.2.4 Missbruksmönster hos materialet 461
16.2.5 Missbrukarens sociala situation 464
16.2.6 Förekomst av hepatit i materialet 466
16.2.7 Förekomst av alkoholism i materialet 467
16.2.8 Alkoholism bland föräldrar 468
16.2.9 Miljöfaktorer bland drogmissbrukare 468
16.2.10 Kriminalitet bland drogmissbrukare 469
16.2.11 Dödlighet 470
16.2.12 Suicid 471
16.2.13 Suicidalförsök 471
16.3 Psykopati och personlighetstyper i ett missbruksklientel 472
16.3.1 Principer för psykiatrisk klassificering 472
16.3.2 Förekomst av homosexualitet i materialet . . . 474
16.3.3 Förekomst av psykoser och primär intelligensdefekt i materialet 474
16.4 Prognosen 476
16.5 Samarbete med olika samhällsorgan 477
16.5.1 Barnavårdsnämnden . . 477
16.5.2 Arbetsvården 477
16.5.3 Nykterhetsvården . . . 478
16.5.4 Socialkurativa synpunkter 478
16.5.5 Bostadsfrågan 479
16.5.6 Yrkesutbildning 479
16.5.7 Ekonomi 479
16.6 Sjuksköterskornas erfarenheter . 479
16.7 Sammanfattande synpunkter på den öppna vårdens organisation 481
16.8 Appendix 481
Litteraturförteckning 484

Kapitel 17 *Några synpunkter på öppen behandling av narkotikamissbrukande ungdomar. Rapport till narkomanvårdskommittén angående försöksverksamheten vid Mariapoliklinikens ungdomsavdelning. Staffan Norell och Ove Rosengren* . . 485
17.1 Inledning 485
17.2 Klinikens organisation 485
17.3 Patienterna 486
17.3.1 Hur har ungdomarna fått kontakt med avdelningen? . . . 486
17.3.2 Narkotikamissbruk, typ och omfattning 487
17.3.3 Bakgrundsproblematik,

problembild – några synpunkter 488
17.4 Ungdomsavdelningen 491
17.4.1 Något om arbetsformer och behandlingskontakt 491
17.4.2 Synpunkter, önskemål och förslag 494
17.5 Tvång – frivillighet 497
17.6 Ungdomar placerade i andra vårdformer 498
17.7 Tillägg – ett försök till sammanställning: problembild/evaluering 502
17.8 Resurser för bearbetning av materialet 503
17.9 Sammanfattning av önskemål . 507

Kapitel 18 *Åtalsprövningar i Sverige år 1967 avseende 15—18-åringar, som begått narkotikabrott m. m. Hans Enroth och Christer Måhl* . 511
18.1 Inledande anmärkningar 511
18.2 Presentation av materialet . . . 512
18.3 Brotten 515
18.4 Processuella tvångsåtgärder m.m. 516
18.5 Åtalsprövningar 517
18.6 Avslutande kommentar 518

1 En undersökning rörande narkotikakonsumtion i Stockholms skolor, klass 9, april 1967.

Bengt Herulf

1.1 *Inledning*

Undersökningen ingår som ett led i en serie av barnavårdsnämnden finansierade undersökningar beträffande narkotikakonsumtion bland ungdom i Stockholm

Undersökningens syfte: Huvudsakligen att bidra till den deskriptiva analysen av narkotikakonsumtionen samt i någon mån till orsaks-analysen.

Referensram. Fenomenet formuleras som ett konsumtionsproblem – bland annat med hänsyn till att användningen av narkotika alltmer har kommit att styras av ekonomiska intressen – och det analyseras med hjälp av social-psykologiska begrepp, p. g. a. att interpersonella relationer samt relationen mellan individ och samhälle antages vara avgörande determinanter.

1.2 *Teoretiska synpunkter*

Med begreppet »*narkotikakonsumtion*» (N. K.) har författaren avsett konsumtion av preparat som sorterar under narkotikaförordningen. Denna varierar som andra konsumtionsbeteenden, med det konsumerade medlets *tillgång* och *efterfrågan.*

Variablerna »tillgång» och »efterfrågan» är beroende av varandra på ett delvis gansk komplicerat sätt, men i betydande utsträckning torde gälla att efterfrågan bidrar att skapa tillgång och vice versa.

Variabeln *tillgång* kan antagas sammansatt av delvariabler som refererar till kvantitativa och kvalitativa dimensioner. Till de kvantitativa variablerna hör ex.vis hur mycket av medlet som finns att tillgå, mätt i kvantiteter eller utbudstillfällen. Till de kvalitativa dimensionerna kan räknas de olika former under vilket utbudet sker. Speciellt den kvalitativa dimensionen torde ha en betydande effekt på medlets efterfrågan.

Tillgången på narkotiska medel har ökat successivt under de sista åren och antas nu på det stora hela taget vara mycket god både i kvantitativt och kvalitativt avseende.

De enligt författarens mening viktigaste orsakerna till denna goda tillgång är:

1) Den stora och relativt lättförtjänta ekonomiska vinning som vissa personer kan uppnå genom att ombesörja tillgången.

2) Det förhållandet att »fotfolket» i försäljarhierarkin troligen vanligtvis själva tillhör det skikt på konsumentsidan, som konsumerar mest och har de högsta motivationerna att konsumera, vilket innebär:

A. Att de utifrån egna positiva erfarenheter kan göra god reklam för varan.

B. Att de känner till var presumtiva och manifesta konsumenter bäst kan nås.

C. Och slutligen att de är bundna i ett specifikt beroende- och solidaritetsförhållande till sina uppdragsgivare.

Efterfrågan kan förmodas vara helt beroende av *konsumtionsmotivationen.*

Konsumtionsmotivationen kan formuleras som *behov* av ett visst eller vissa *medel* för

att nå *specifika mål.*

Konsumtion av ett medel föregås i regel av förväntade effekter och leder till faktiska subjektiva effekter. De narkotiska medlen har varierande sådana effekter.

Dessa *konsumtionseffekter* kan vara:

Subjektivt upplevda och/eller *objektivt registrerbara.*

Positiva eller *negativa.*

Medvetna och/eller *omedvetna.*

De kan vidare vara:

Farmako-dynamiska effekter.

Psykologiska effekter, ex.vis placeboeffekter och tillfredsställelse av nyfikenhet och upptäcktslust.

Sociala effekter – man blir ex.vis accepterad av en viss person eller i grupp om man konsumerar narkotika, men man blir det ej eller i varje fall i mindre utsträckning om man inte deltager i narkotikakonsumtionen. Man kan bli omhändertagen för vård eller straffad.

Sjukdomsalstrande effekter, ex.vis gulsot och andra injektionskomplikationer.

Konsumtionsmotivationen torde vara beroende av:

1) Den utsträckning i vilken de förväntade och de faktiskt erhållna konsumtionseffekterna sammanfaller med konsumentens behov.

2) Styrkan av de behov hos konsumenten som svarar mot konsumtionseffekterna.

3) Konsumtionseffekternas styrka – ju starkare positiv effekt desto starkare konsumtionsmotivation, ju starkare negativ effekt desto svagare konsumtionsmotivation.

4) Huruvida konsumtionen förväntas medföra eller faktiskt medför en besvikelse av andra viktiga behov.

5) Tillgången på narkotika.

6) Tillgången till olika möjliga *alternativa konsumtionsformer,* som kan förväntas tillgodose och/eller faktiskt tillgodoser samma behov som narkotikakonsumtionen. *Ex.:* Konsumtion av andra nya och/eller »spännande» och/eller otillåtna medel. Eller andra medel med vars hjälp man kan manipulera sitt sinnestillstånd. *Eller konsumtion av andliga och emotionella »medel» i kontakten med andra människor* och konsumtion av intressen, hobbies, etc. (Konsumtionsmodellen blir ibland synnerligen fyrkantig och mekanisk – speciellt när man kommer in på konsumtion av icke materiella medel!!)

7) Tillgången till *alternativa konsumtionsformer, som medför behovstillfredsställelse utan att samtidigt ge frustrering.*

8) Att konsumenten bland tillgängliga möjligheter väljer just narkotikakonsumtionen som medel att tillfredsställa de behov, som förväntas kunna/eller kan bli tillfredsställda med narkotikakonsumtion.

De behov varav konsumtionsmotivationen är beroende – alltså de behov som svarar mot förväntade och/eller faktiskt erhållna konsumtionseffekter – är av mycket varierande beskaffenhet.

Bland de behov som narkotikakonsumtionen subjektivt förväntas fylla eller faktiskt fyller, förefaller på empirisk grund de följande vara speciellt betydelsefulla. Flera av dessa behov kan emellertid samtidigt bli – eller förväntas bli – besvikna av narkotikakonsumtionen på ett typiskt sätt.

I. *Nyfikenhet, och upptäckarlust* – ivern, lusten, glädjen i att pröva nya saker.
Tillfredsställelse: Dessa behov får god tillfredsställelse genom prövning av nya preparat och av att konsumtionen inklusive preparateffekterna via massmedia och andra informationskällor beskrivs på ett dramatiskt, »uppeggande» och lockande sätt. Nyfikenheten stimuleras naturligtvis också om konsumtionen på olika sätt omges med hemlighetsfullhet.

Nyfikenhet och upptäckarlust, spelar antagligen tämligen stor motiverande roll när det gäller en konsumtion som inskränker sig till ett eller några få konsumtionstillfällen. Förmodligen är det så att sådan *»provkonsumtion»* står för en mycket stor del av den sammanlagda konsumtionen.

II. Behov av medel som leder till en känsla av *tillit** och förtroende till en själv och till andra människor. Känslan av glädje och

* »Basic trust» enl. Eric Homburger–Ericson. Förf. har i den social-psykologiska beskrivningsmodellen påverkats starkt av E. H. E. *Ex.* »Lifecycle and Egoidentity». Psychological Issues. University Press.

lycka förefaller att på ett alldeles speciellt sätt vara beroende av att man har en upplevelse av tillit.

Tillfredsställelse: Både centralstimulantian och hallucinogenerna förefaller ha konsumtionseffekter, som tillfälligtvis tillfredsställer dessa behov. Man blir glad, känner sig snäll och god och tycker att andra är snälla och goda. Indirekt tillfredsställelse av dessa behov kan erhållas genom att man blir omhändertagen på olika sätt – får vård, etc.

Man kan även få indirekt tillfredsställelse genom narkotikakonsumtionen på så sätt att personer, som av olika skäl känner sig alienerade i förhållande till sin primärgrupp och till s. k. »välanpassade ungdomar» söker sig till och blir accepterade i grupper som fronderar mot de vuxna och mot »välanpassade» jämnåriga. Via olika former av gruppinfluens, imitation, identifikation, etc. antar man »utgruppens» beteendemönster, vilket ofta inkluderar att man blir narkotikakonsument.

Besvikelse: Vid »snedtändning» och ibland under »avtändning» – speciellt vid användning av centralstimulantia – kan motsatta effekter erhållas. Konsumenten kan uppleva sin omgivning som hotfull och ond och gripas av svår ångest och total brist på tillit – s. k. *noia.* Vidare besvikes detta behov genom att man i egenskapen av »narkoman» i hög grad riskerar kärlekslös behandling av omgivningen.

III. Behovet av medel som leder till en känsla av *frihet* och *självständighet.* Att uppleva sig själv som klart avgränsad från omgivningen, att ha sig själv under kontroll, att bestämma över sig själv, att vara oberoende i förhållande till sin primärgrupp och överhuvud taget till »de vuxna».

Tillfredsställelse. Bruket av narkotika ger konsumenten möjligheter att manipulera med det egna sinnestillståndet, vilket ökar känslan av att ha sig själv under kontroll. Speciellt centralstimulantia förefaller att ge en överhuvud taget starkare upplevelse av »sig själv» och även av omgivningen. Detta förefaller vara något av essensen i »kicken». *Genom att N.K. är ett otillåtet beteende innebär den en akt av trots och åsidosättande av »de vuxna», vilket kan öka känslan av självständighet.*

Besvikelse: Det beroendeförhållande till primärgruppen och »andra vuxna» som man försöker komma ifrån, kan ersättas av ett starkt och ofta destruktivt beroendeförhållande till narkotika och langare. Friheten blir vidare ofta beskuren genom att man blir omhändertagen av samhället i olika avseenden.

IV. Behovet av medel som leder till att man känner sig *initiativrik* och försedd med framåtanda.

Tillfredsställelse: Centralstimulantia förefaller skänka konsumenterna en icke föraktlig behållning i detta avseende. Man känner sig pigg och »håller igång», planerar, gör saker som annars inte blir av när man inte står under preparatens påverkan.

Besvikelse: Vid avtändningen följer höggradig initiativlöshet. Man riskerar att bli omhändertagen av myndigheter och vårdinstanser, vilket kan leda till att man känner sig ytterligare hämmad i sitt initiativ.

V. Behovet av medel som ger en känsla av *identitet* »Att veta vem man är», vad man har för möjligheter, vad man har inom sig, etc.

Tillfredsställelse: Många konsumenter uppger att framför allt hallucinogenerna ger ökade möjligheter till introspektion och meditation, varigenom man kan lära känna sig själv bättre – man gör »tripper», »resor i sitt inre», etc.

Besvikelse: Vid »snedtändning» kan resultatet bli en identitetsförlust – ibland av utpräglad psykotisk art. Man kan genom sitt otillåtna, »avvikande» beteende riskera att bli isolerad ifrån kontakter som kan vara »goda» och positiva identifieringsobjekt.

Man kan vidare riskera att hamna i en fastlåst, steril »narkomanidentitet».

VI. Behov av *självbestraffning* på grund av ex.vis skuldkänslor och/eller skamkänslor. Man utsätter sig – oftast omedvetet – för situationer där man blir psykiskt och/eller fysiskt skadad, varigenom skuldkänslorna minskar.

Tillfredsställelse: Alla besvikelsefaktorer som tidigare nämnts + sjukdomskomplikationer (ex.vis gulsot etc.) kan fylla sådana

självbestraffande funktioner.

En genomgående tendens tycks vara att dessa väsentliga behov (behoven II–V) i många avseenden *tillfälligtvis* kan tillfredsställas av narkotikakonsumtionen, men att man *på längre sikt* genomgående riskerar besvikelse av dem.

Om detta antagande är riktigt bör konsumtionsmotivationen vara speciellt stor hos personer som överhuvud taget har tendens att leva efter den s. k. *lustprincipen* och alltså har svårt att avstå ifrån en behovstillfredsställelse trots att den på längre sikt kan komma att innebära en svår besvikelse.

Är föregående resonemang riktigt bör man bland narkotikakonsumenter möta speciellt många personer som visar även andra tecken på att leva efter »lustprincipen», såsom tendens att vara överdrivet impulsdriven och att ha en exceptionell tendens till antisocial agering.

De »medel» som under uppväxttiden leder till »målet» att uppleva en bestående känsla av tillit, självständighet, initiativkraft och identitet, utgöres framför allt av *kontinuerlig och positiv kontakt med föräldrarna.*

Det förefaller då rimligt att anta att man bland ungdomar som konsumerar narkotika finner ett proportionsvis stort antal som saknar och saknat tillgång till kontinuerlig och positiv kontakt med föräldrarna.

Personer med så kallade psykiska störningar, alltså personer med mycket fastlåsta och/eller speciellt intensiva intra- och interpersonella konflikter antages i mindre utsträckning än andra uppleva en bestående känsla av tillit och/eller självständighet, och/eller initiativkraft och/eller identitet. Om så är fallet bör man bland konsumenterna finna en överrepresentation av individer med s. k. »psykiska störningar», yttrande sig i bristande s. k. »social anpassning» och »nervösa besvär».

De självfallet helt normala behov, som har att göra med frigörelse från föräldrar och »andra vuxna», brukar ofta föra ungdomar samman i större eller mindre grupper som gör gemensam sak i fronderingen mot »de vuxna». Man är med i gäng, deltar i kollektiva – ibland provokativa – demonstrationer mot de vuxna och deras uppfattning om vad som är rätt och riktigt. Man blir exempelvis mods, provie, knutte eller dylikt. Eftersom N.K. är ett otillåtet beteende som har en starkt provocerande effekt på de vuxna förefaller det rimligt att anta att man bland ungdomar tillhörande gäng och speciella grupper, finner proportionsvis många narkotikakonsumenter.

Enligt författarens erfarenhet är det oftast ej bland de socialt och antisocialt aktiva, utan bland de passiva och i förhållande till kamraterna osjälvständiga medlemmarna i sådana grupper som det kan förekomma en mer uttalad narkotikakonsumtion. Det förefaller här adekvat att tala om en »passiv revolt».

Ibland förefaller det att förhålla sig så att det ouppklarade beroendet av föräldrarna överflyttas till kamrater och narkotikakonsumtion.

Flera av de tidigare nämnda behoven som tillfälligtvis kan tillfredsställas med narkotikakonsumtion, kan enligt gängse erfarenhet även tillfredsställas med *alkoholkonsumtion*, vilket gör det rimligt att antaga att det föreligger en samvariation mellan alkoholkonsumtion och narkotikakonsumtion.

De ovan nämnda *behoven* och *metoderna att handskas med dem,* kan av olika skäl växla under konsumtionens gång.

Narkotikakonsumtionen i sig tenderar att ändra behovens intensitet och att åstadkomma en förändring i metoderna att handskas med dem.

Rimligtvis är det balansen mellan positiva –progressiva och negativa–regressiva utvecklingspotentialer hos konsumenten i samspel med miljöns stödjande respektive hämmande inflytande som avgör om konsumenten går helskinnad genom konsumtionen eller om han blir mer och mer fastlåst, avskärmad och i botten otillfredsställd – utom med avseende på de självdestruktiva behoven – och fixerad i en personlighetsstympande och utvecklingshämmande »narkomanidentitet».

1.3 *Metodik*

Vid utformningen av undersökningsinstrumentet fanns två målsättningar: För det första, att för den deskriptiva-fenomenologiska analysen få fram så mycket data som möjligt om narkotikakonsumtionen, konsumenternas personlighet och deras bakgrund, samt för det andra att få möjligheter att testa och vidareutveckla några hypoteser.

Som undersökningsinstrument användes ett frågeformulär, som utarbetades i samarbete med sociologerna Gudrun Lindberg och Sten Johansson. Både beträffande redigering och innehåll blev det delvis omarbetat efter samråd med skolöverläkaren Rollof och med skoldirektionen. Formuläret innehöll ett försättsblad med instruktion till eleverna och 5 sidor med frågor, som besvarades genom att kryssa för olika svarsalternativ. Frågorna berörde – utom narkotikakonsumtion – en del personliga och bakgrundsmässiga förhållanden.

Innan formuläret definitivt fastställdes, prövades det i två nionde klasser i en skola tillhörande Stockholms län. Man använde samma tillvägagångssätt, som vid huvudundersökningen, förutom att undersökningen följdes av en diskussion med de deltagande eleverna om formulärets utformning. Formuläret upptogs övervägande positivt. Några förslag om ändring av formuläret erhölls och en del av dessa ledde till smärre formella och innehållsmässiga justeringar.

Berörda rektorer, lärare och skolsköterskor fick skriftliga instruktioner som utarbetats i samråd med skoldirektionen. Undersökningen var så planerad att eleverna ej på förhand skulle veta om den och den skedde klassvis på lektionstid under vederbörande lärares överinseende. Eleverna garanterades anonymitet och de fick själva stoppa i formuläret i medföljande kuvert och klistra igen detta. De medarbetare som gick igenom formulären för att koda dem, fick genomgående intrycket att eleverna med mycket få undantag föreföll ha satsat mycket seriöst och engagerat på undersökningen.

De insamlade data överfördes på hålkort och bearbetades med hjälp av datamaskin. Materialets datamaskinbehandling har ombesörjts av fil. kand. Gudrun Lindberg.

1.4 *Populationens storlek och bortfallet*

318 elever saknades vid undersökningstillfället. Dessa kallades sedan till respektive skolsköterskor, där de erhöll samma instruktion som meddelades vid huvudundersökningen. Inom loppet av 4 veckor hade 273 av dessa elever fyllt i formuläret. Antalet ifyllda formulär var då 8 540 och de var fördelade på 72 skolor.

Uppgifterna i de ovannämnda 273 formulären jämfördes med uppgifterna i huvudundersökningen med avseende på elevernas ålder och frågorna: »har du någon du kan prata med om personliga problem» och »kan du dansa» samt narkotikakonsumtionsfrekvens samt tidpunkt för första konsumtionstillfället. Inte i något av dessa avseenden finner man en skillnad som går upp till 1 %.

Endast 45 elever (0,5 %) kom ej med i undersökningen.

En del data angående dessa elever inhämtades från skolorna och såg ut som följer:

Kön	Antal
Pojkar	15
Flickor	23
Kön ej angivet	7
	45

Pappans yrke	Antal
Socialgrupp 1	12
Socialgrupp 2	6
Socialgrupp 3	14
Uppgifter saknas	13
	45

Frånvaro sista terminen	Antal
Över 200 timmar	24
90–200 timmar	8
»Ej mer än vad som är vanligt»	6
Vet ej	7
	45

Tabell 1. Fördelningen av elever i olika grupper med hänsyn till antal konsumtionstillfällen.
Frågan: Har Du någon gång använt knark?

	Grupp	Pojkar (N:4037)	Flickor (N:3756)
Nej	I	77,3	82,8
1 gång	II	7,9	6,1
2—4 gånger	III	7,2	5,8
5—10 gånger	IV	3,2	2,3
Fler än 10 gånger	V	4,4	3,0
	Summa %	100,0	100,0

Kommentar:
Något mindre än var 4:e pojke och något mindre än var 5:e flicka hade således konsumerat knark.

Tabell 2. Fördelningen av de elever som ö.h.t. konsumerat narkotika med hänsyn till antal konsumtionstillfällen sista månaden.
Frågan: Hur många gånger har Du tagit narkotika under sista månaden?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:703)	F. (N:509)	P. (N:175)	F. (N:110)
Ingen gång	79,3	71,7	26,3	19,1
1 gång	13,7	19,6	13,1	10,0
2—4 gånger	4,7	7,5	16,0	26,4
5—10 gånger	1,7	0,8	12,6	22,7
Fler än 10 gånger	0,7	0,4	32,0	21,8
Summa %	100,1	100,0	100,0	100,0

Kommentar:
En ganska ringa del av konsumenterna hade konsumerat narkotika sista månaden och av hela undersökningspopulationen hade endast 6,7 % av pojkarna och 6,3 % av flickorna ö.h.t. konsumerat narkotika sista månaden och endast 1,5 resp. 0,7 % vid fler än 10 tillfällen. Dessa resultat tolkas så att *relativt många hade prövat narkotika, men mycket få hade fortsatt konsumtionen.*

Tabell 3. Tidpunkt för första konsumtionstillfället.
Frågan: När gjorde Du det första gången?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:717)	F. (N:179)	P. (N:526)	F. (N:111)
Före år 1964	0,6	0,4	1,1	1,8
Under år 1964	1,3	1,3	4,5	3,6
Jan.—juni 1965	1,8	2,7	7,3	10,8
Juli—dec. 1965	3,1	4,8	11,7	6,3
Jan.—juni 1966	8,1	13,1	16,2	22,5
Juli—dec. 1966	47,4	36,5	45,3	47,7
Jan.—april 1967	37,8	41,3	14,0	7,2
Summa %	100,1	100,1	100,1	99,9

Förmodade orsaker till bortovaron	Antal
Psykiska besvär	5
Narkotikaproblem	2
Skolk	12
Lättare kroppslig sjukdom	11
Svår kroppslig sjukdom	4
Vet ej	11
	45

Som väntat var således bortfallsgruppen kraftigt belastad beträffande bortovaro sista terminen och bland skälen till frånvaron intog skolk en framträdande position.

1.5 *Resultat med kommentarer*

Det första konsumtionstillfället har för de allra flesta konsumenterna ägt rum efter 1 juli 1966 (se tabell 3). Den skarpa gränsen här kan troligtvis bara delvis förklaras av att ungdomarna då uppnådde en viss ålder. Förmodligen ligger det till så att narkotikakonsumtionen i Stockholm sköt fart på ett nästan explosionsartat sätt under hösten 1966 – detta antagande styrks av att barnavårdsnämndens kvartalsstatistik utvisar en stark ökning av antalet aktuella ungdomar med narkotikaproblem fr. o. m. denna tid. (Se diagram 2.)

Som kvantitativt mått på konsumtionen användes i regel totala antalet konsumtionstillfällen. Eleverna har med avseende på totala antalet konsumtionstillfällen indelats i följande 5 grupper:

Grupp	Totala antalet konsumtionstillfällen
I	Ingen gång
II	1 gång
III	2—4 gånger
IV	5—10 gånger
V	Fler än 10 gånger

Det totala antalet i barnavårdsnämnden aktuella ungdomar har enligt diagram 1 successivt minskat, vilket möjligen talar emot den ibland framförda hypotesen att vi fått en »ny sjukdom». Iakttagelsen stöder däremot antagandet att narkotikakonsumtionen är ett symtom – ett nytt uttryck för disharmoni och fastlåsta intra- och interpersonella konflikter. Andra »symtom», t. ex. spritmissbruk, kriminalitet, destruktiv aggressivitet, etc. märks oftast rätt snabbt och leder till att vederbörande blir aktuell hos någon vårdinstans. Narkotikakonsumtion pågår däremot ofta under lång tid utan att uppmärksammas och blir troligen i många fall aldrig upptäckt p. g. a. att den huvudsakligen leder till en passivisering och

Diagram 1. Totala antalet barn aktuella vid barnavårdsnämnden i Stockholm

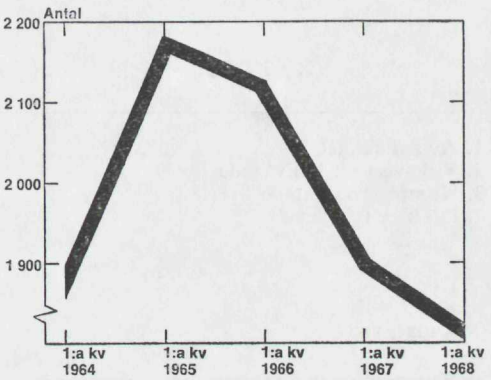
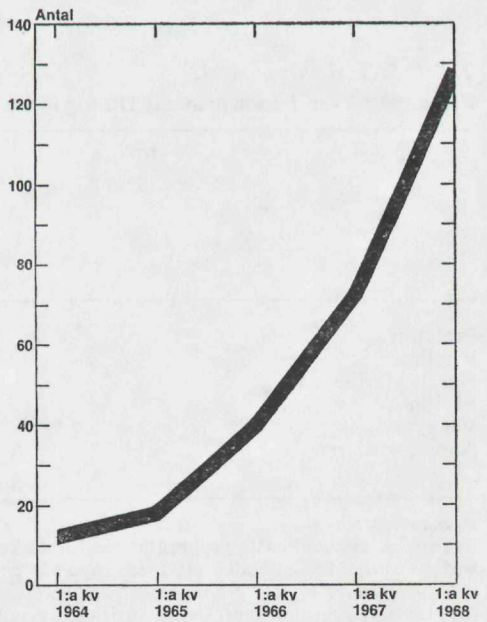


Diagram 2. Antalet ungdomar med känd narkotikakonsumtiom aktuella vid barnavårdsnämnden i Stockholm



neddämpning. I enlighet med detta resonemang skulle nergången i totalantalet BvN-fall således delvis vara beroende av att många ungdomar, som tidigare har »valt» ett mer acting-out-betonat och därmed iögonfallande uttryckssätt för sin disharmoni, nu i stället ägnar sig åt en passiviserande och ej observerad narkotikakonsumtion.

Tabell 4. Motiv att pröva narkotika.
Frågan: Vad var det som gjorde att Du prövade knark?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:722)	F. (N:530)	P. (N:176)	F. (N:110)
1. Av nyfikenhet	91,0	83,0	84,1	82,7
2. Ville visa att Du vågade	1,0	1,3	1,7	0,9
3. Kompisarna tjatade	2,2	3,2	1,1	—
4. Du blev tvingad	0,7	1,7	0,6	0,9
1 + 2	0,4	0,4	1,7	—
2 + 3	0,4	0,6	—	—
1 + 3	0,4	0,4	0,6	0,9
1 + 2 + 3	—	0,2	—	—
Annat, vad?	3,9	9,2	10,2	14,5
Summa %	100,0	100,0	100,0	99,9

Kommentar:
Av tabellen framgår att nyfikenhet var ett dominerande motiv att pröva narkotika. Av betydelse synes vara den förskjutning man finner från nyfikenhet till »annat, vad?» allt efter antal konsumtionstillfällen. Ungdomar som fortsatt att konsumera har alltså i viss utsträckning börjat konsumtionen med andra motiv än de som nöjt sig med »provkonsumtion».

Tabell 5. Typ av preparat.
Frågan: Vad var det för preparat Du tog första gången?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:730)	F. (N:632)	P. (N:178)	F. (N:112)
Preludin	2,5	8,8	7,9	15,2
Ritalina	1,0	1,5	2,2	—
Hasch/Marihuana	93,7	84,2	84,8	79,5
Morfin	0,7	0,2	2,8	1,8
Vet ej	0,8	3,9	0,6	1,8
Annat, vad?	1,4	1,3	1,7	1,8
Summa %	100,1	99,9	100,0	100,1

Kommentar:
Det i särklass vanligaste preparatet vid första konsumtionstillfället var alltså hasch.
Vidare gäller förhållandet att med *stigande antal konsumtionstillfällen ökar sannolikheten för att debutpreparatet tillhört gruppen centralstimulantia,* vilket kan tolkas så att de som varit motiverade till »fortsatt konsumtion», också varit motiverade att börja med »farligare preparat».

Tabell 6. Vanligaste preparat.

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:575)	F. (N:448)	P. (N:152)	F. (N:106)
Preludin	2,8	8,7	17,1	28,3
Ritalina	0,7	1,6	1,3	—
Hasch/Marihuana	91,8	82,6	73,0	63,2
Morfin	1,0	0,2	2,0	1,9
Vet ej	1,4	4,0	—	1,9
Annat, vad?	2,3	2,9	6,6	4,7
Summa %	100,0	100,0	100,0	100,0

Kommentar:
Tabellen visar att cannabispreparat är den i särklass vanligaste sorten. Men ju fler konsumtionstillfällen, desto mindre dominans för cannabispreparat i jämförelse med centralstimulantia. Detta kan tolkas så att en del konsumenter växlar över från hasch till centralstimulantia men också så att de som börjar med centralstimulantia har större tendens till fortsatt konsumtion än de som startar med hasch. Förmodligen är både dessa tolkningar giltiga.

Tabell 7. Administrationssätt.
Frågan: Hur har Du tagit dessa preparat?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:154)	F. (N:133)	P. (N:150)	F. (N:89)
1. Genom munnen	3,9	8,0	3,0	15,7
2. Injektion (spruta)	0,6	1,3	6,8	1,1
3. Rökt	87,0	84,7	47,4	45,0
4. Annat sätt, vad?	1,3	0,7	0,8	—
1 + 2	1,3	—	—	—
1 + 3	5,2	3,3	23,3	24,7
2 + 3	—	0,7	10,5	4,5
1 + 2 + 3	0,6	0,7	6,8	5,6
Övriga kombinationer	—	0,7	1,5	3,4
Summa %	99,9	100,1	100,1	100,0

Kommentar:
Rökningen dominerar massivt, sedan följer »knapring» och därefter injektionsmetoden. Tendensen att »knapra» och injicera ökar med antalet konsumtionstillfällen, vilket kan tolkas så att en del rökare övergår till de andra administrationsformerna men också så att de som knaprar och injicerar har större tendens till fortsatt konsumtion än rökarna.

Tabell 8. Förväntade effekter av konsumtionen. I

(Till dem som ej konsumerat narkotika.)

Frågan:
Hur tror Du att man blir när man tar knark?

	Pojkar (N:2405)	Flickor (N:2386)
Illamående	3,4	3,4
Glad	7,5	9,6
Sexuellt stimulerad	1,0	0,8
Får obehagliga fantasier	18,2	23,3
Får sköna fantasier	34,4	28,4
Blir klar i huvudet	0,8	0,3
Har ingen aning	30,9	30,6
Annat, vad?	3,8	3,6
Summa %	100,0	100,0

Kommentar:
En stor del av icke-konsumenterna redovisar en uppfattning om hur knarket verkar. Till övervägande del tycks de ha positiva förväntningar på narkotika-effekten.

Tabell 9. Förväntade effekter av konsumtionen. II

(Till dem som besvarat ovanstående fråga.)

Frågan:
Tänker Du på någon särskild sorts knark?

	Pojkar (N:2838)	Flickor (N:2927)
Nej	78,4	79,6
Preludin	2,5	2,0
Ritalina	0,1	0,1
Hasch/Marihuana	10,1	10,7
Morfin	1,3	0,8
Vet ej	0,3	0,3
Annat, vad?	7,4	6,4
Summa %	100,1	99,9

Kommentar:
En dominerande del av de ungdomar som aldrig prövat narkotika anger alltså i samband med sitt uttalande om knarkets förmodade effekt, att de inte tänker på »någon särskild sorts knark». Detta tolkas så att flertalet ungdomar upplever »knark» på ett mycket odifferentierat sätt.

Tabell 10. Subjektivt upplevda effekter av konsumtionen.

(Till dem som konsumerat narkotika.)

Frågan: Hur blir Du när Du har tagit knark?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:708)	F. (N:523)	P. (N:178)	F. (N:111)
Illamående	16,2	10,3	0,6	—
Glad	25,6	26,6	16,9	19,8
Sexuellt stimulerad	1,8	1,7	2,8	—
Får obehagliga fantasier	4,0	4,8	1,1	2,7
Får sköna fantasier	12,3	13,0	19,7	32,4
Blir klar i huvudet	9,5	3,8	5,6	5,4
Är osäker	2,5	9,6	2,8	2,7
Annat, hur?	12,7	11,1	4,5	2,7
Flera positiva svar	10,2	13,8	37,6	23,4
Flera negativa svar	1,6	1,3	—	0,9
Positiva + negativa svar	3,7	4,0	8,4	9,9
Summa %	100,1	100,0	100,0	99,9

Tabell 11.

Frågan: Tycker Du att Du på det hela taget mår bättre eller sämre nu än innan Du började knarka?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:51)	F. (N:41)	P. (N:105)	F. (N:76)
Bättre	9,8	22,0	12,4	25,0
Ingen skillnad	66,7	63,4	55,2	53,9
Sämre	23,5	14,6	32,4	21,1
Summa %	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 12.

Frågan: (Till dem som tagit nark. mer än 3 ggr. sista månaden.) Klarar Du dig bättre eller sämre i skolan nu än innan Du började knarka?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:54)	F. (N:44)	P. (N:107)	F. (N:78)
Bättre	5,6	9,1	14,0	10,3
Ingen skillnad	72,2	68,1	58,9	53,8
Sämre	22,2	22,7	27,1	35,9
Summa %	100,0	99,9	100,0	100,0

Kommentar:
Uppställningen av de förväntade och de faktiskt erhållna konsumtionseffekterna är tyvärr inte utförda på samma sätt, varför jämförelsen mellan de här informationerna haltar. Eventuellt förhåller det sig så att de förväntade och de faktiskt erhållna effekterna överensstämmer någorlunda, med undantag av att illamående tycks vara en betydligt vanligare negativ effekt än vad ungdomarna tror och tvärtom beträffande »obehagliga fantasier».
Flickorna tenderar att må bättre efter det att de började knarka, men det förhåller sig tvärtom med pojkarna. Kanske manövrerar flickorna sitt knarkande mer omdömesgillt än pojkarna? Hos både kvinnliga och manliga konsumenter är tendensen den att man anser sig klara skolan sämre sedan man börjat knarka.

Tabell 13. Motiv att avstå från narkotika.

Frågan:
Vad har Du haft för skäl när Du sagt nej till erbjudandet?

	Pojkar (N:1247)	Flickor (N:1107)
Verkade ointressant	27,3	31,7
Rädd för att bli narkoman	47,5	47,7
Rädd för andra skadliga följder	15,6	14,8
Rädd för straff	0,8	0,4
Kostade pengar	4,5	1,3
Annat skäl, vad?	4,2	4,2
Summa %	99,9	100,1

Kommentar:
Bland motiven att avstå erbjuden knark dominerar rädslan för att bli narkoman, därefter följer motivet att »knarket verkade ointressant». Och så följer rädslan »för andra skadliga följder». Rädsla för straff tycks däremot spela en mycket oansenlig roll. Vid den tidpunkt den här undersökningen företogs hade det ännu inte bedrivits särskilt mycket vettig narkotika-information bland stadens ungdomar. Kanske är det i dagens läge vanligare att ungdomar avstår för att de finner knarkandet ointressant och p. g. a. rädsla för »andra skadliga följder» än för att de är rädda för att bli narkomaner.

Tabell 14. Motiv att upphöra med konsumtionen.
Frågan: Om Du tidigare knarkat, men slutat – varför slutade Du?

	Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:347)	F. (N:207)	P. (N:70)	F. (N:43)
Det var inte intressant längre	35,7	29,5	7,1	16,3
Rädd för att bli narkoman	36,0	45,9	52,9	41,9
Rädd för andra skadliga följder	12,1	9,2	15,7	18,6
Rädd för straff	1,4	1,9	—	—
Kostade pengar	6,9	3,9	7,1	4,7
Annat skäl, vad?	7,8	9,7	17,1	18,6
Summa %	99,9	100,1	99,9	100,1

Kommentar:
Motiven till att ej fortsätta respektive till att sluta med narkotikakonsumtion följer samma rangordning som motiven till att avstå från erbjudet knark. Först kommer alltså rädslan för att bli narkoman, sedan bristande intresse och så rädsla för »andra skadliga följder». Bristande intresse är ett mindre vanligt motiv bland dem, som konsumerat mer, medan rädslan för att bli narkoman och rädslan för »andra skadliga följder» sammanslagna, tenderar att vara större bland dem som konsumerat mer. Kanske har man i ökande omfattning kommit i kontakt med »avskräckande exempel»?

Tabell 15. Ungdomarnas åsikter om vad man bör göra med narkotikakonsumenter.
Frågan: Vad tycker Du man skall göra med ungdomar som använder narkotika (knark)?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3 425)	F. (N:3 332)	P. (N:734)	F. (N:531)	P. (N:175)	F. (N:111)
1. Låta dem vara ifred	3,5	2,3	5,9	5,6	20,0	16,2
2. Ge dem ngn sorts bestraffning	2,8	1,1	3,3	0,6	1,7	0,9
3. Ge dem vård	47,8	40,4	43,5	41,8	21,1	35,1
4. Försöka tala dem tillrätta	3,4	3,5	6,4	6,6	8,0	8,1
2 + 3	3,5	2,0	1,9	0,9	2,3	0,9
2 + 4	0,4	0,2	0,5	0,4	—	—
3 + 4	34,5	47,4	31,5	38,4	34,3	27,9
2 + 3 + 4	1,2	0,9	0,8	0,2	—	—
1 + 3 + 4	2,1	2,0	4,6	4,5	11,4	8,1
Annat, vad?	0,9	0,3	1,6	0,9	1,1	2,7
Summa %	100,1	100,1	100,0	99,9	99,9	99,9

Kommentar:
Både konsumenter och icke konsumenter är i övervägande utsträckning inställda på vård- och tala-tillrätta alternativen.
Konsumenterna tenderar att i större utsträckning än icke konsumenterna hävda att man ska »låta dem vara ifred».
Bestraffningsalternativet är det ytterst få som föreslagit och därvidlag är det knappast någon skillnad mellan konsumenter och icke konsumenter.

Tabell 16. Utbudet av narkotika. I

(till dem som aldrig konsumerat narkotika)

Frågan:
Har Du blivit erbjuden knark någon gång?

	Pojkar (N:3292)	Flickor (N:3307)
Nej, aldrig	62,1	66,6
Ja, en gång	18,3	18,1
Ja, flera gånger	19,6	15,2
Summa %	100,0	99,9

Kommentar:
Drygt en tredjedel av icke-konsumenterna har någon gång erbjudits knark. Räknar man in konsumenterna till sådana som erbjudits knark, finner man att närmare hälften av alla i materialet ingående ungdomar minst 1 gång erbjudits knark. Detta måste ju betraktas som ett mycket stort utbud!

Tabell 17. Utbudet av narkotika. II

Frågan:
Om Du har tagit knark:
Vem brukar Du få knark från?

	Pojkar		Flickor	
	Gr.II-IV (N:696)	Gr. V (N:175)	Gr.II-IV (N:513)	Gr. V (N:110)
1. Okänd person	13,4	15,4	11,9	9,1
2. Bekant	23,1	22,9	32,6	21,8
3. Klasskamrat	10,9	3,4	9,0	0,9
4. Annan kamrat	37,4	10,9	31,6	17,3
Annan, vem?	0,9	3,4	2,3	2,7
1 + 3	1,1	5,1	0,2	2,7
3 + 2 + 4	4,9	12,6	1,8	9,1
1 + 2 + 4	5,2	16,6	5,1	21,8
Övriga kombinationer	3,2	9,7	5,7	14,5
Summa %	100,1	100,0	100,2	99,9

Kommentar:
Det vanligaste tycks vara att konsumenterna får knarket från personer de känner, dock är den tendensen mindre uttalad bland konsumenter med högre konsumtionsfrekvens. Möjligen är det så att en högre konsumtion kräver leverans från mer välförsedda, professionella langare?

Tabell 18. Utbudet av narkotika. III

(Till dem som inte tagit knark.)

Frågan:
Om Du erbjudits knark, vem var det som erbjöd Dig det?

	Pojkar (N:1236)	Flickor (N:1103)
1. Okänd person	51,9	53,9
2. Bekant	12,1	14,9
3. Klasskamrat	6,6	2,9
4. Annan kamrat	19,7	18,8
5. Annan, vem?	1,0	0,6
1 + 3	0,8	1,5
3 + 2 eller 4	1,8	0,6
1 + 2 eller 4	5,9	6,4
Övriga kombinationer	0,2	0,5
Summa %	100,0	100,1

Kommentar:
Förvånande är att de »icke-konsumenter» som erbjudits knark, till något mer än 50 % fått dessa erbjudanden från okända personer. Erbjudanden från klasskamrat tycks däremot vara relativt ovanliga.

Tabell 19. Utbudet av narkotika. IV

Frågan:
Om Du erbjudits knark:
Vad var det för preparat
Du erbjöds? (Första gången.)

	Pojkar (N:1231)	Flickor (N:1107)
Preludin	10,6	12,1
Ritalina	0,6	1,2
Hasch/Marihuana	73,0	63,6
Morfin	1,5	1,0
Vet ej	11,6	19,7
Annat, vad?	2,5	2,5
Summa %	99,8	100,1

Kommentar:
Som väntat visar det sig att hasch är det preparat som oftast bjuds ut, men oväntat ofta erbjudes även centralstimulantia.

Tabell 20. Ålder och kön.

	Pojkar					Flickor				
	Gr. I	Grupp II, III, IV	Gr. V	Summa %	Antal	Gr. I	Grupp II, III, IV	Gr. V	Summa %	Antal
Född år:										
1953—54:	100,00	—	—	100,00	9	75,00	8,33	16,66	99,99	12
1951—52:	80,03	16,19	3,76	99,98	3 562	83,86	13,39	2,76	100,01	3 549
1949—50:	70,45	22,99	6,55	99,99	687	83,42	13,75	2,84	100,01	422
1947—48:	33,33	66,66	—	99,99	3	100,00	—	—	100,00	24
1945—46:	100,00	—	—	100,00	1	—	—	—	—	—

Kommentar:
Bland de äldre pojkarna är det således proportionellt sett något vanligare med narkotikakonsumtion, vilket antingen kan tolkas så att narkotikakonsumtionen ibland lett till kvarsittning eller så att kvarsittare i regel har det problematiskt och att narkotikakonsumtionen kan vara ett symtom på detta. Slutligen kan det bero på att dessa ungdomar över huvud taget är mer »erfarna».

Tabell 21. Skolförhållanden.

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P.	F.	P.	F.	P.	F.
Gymnasiala linjen	52,9	60,3	36,4	41,5	33,7	34,5
Teoretisk linje	24,9	18,7	34,7	24,4	30,3	25,5
Praktisk linje	11,3	11,1	18,3	19,9	20,2	23,6
Hjälpklass	2,3	1,0	1,6	2,3	0,6	—
Ögon- och hörselskadad	0,3	0,1	—	0,2	—	—
Ej svarat	8,3	8,8	8,9	11,8	15,2	16,4
Summa %	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0

Kommentar:
Det tycks inte finnas någon tendens till ökad knark-konsumtion hos intellektuellt handikappade elever. Det föreligger en proportionsvis låg konsumtionsfrekvens bland ungdomar på gymnasial linje. Kanske beror detta på att dessa ungdomar troligtvis genomsnittligen tillhör en mer »ambitiös» grupp än andra jämnåriga.

Tabell 22. Relationen till primär- och sekundärgrupp. I

Frågan: Känner Du någon eller några personer, som Du kan prata med om personliga problem?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3298)	F. (N:3330)	P. (N:729)	F. (N:531)	P. (N:180)	F. (N:112)
Nej, ingen	10,4	3,9	8,8	3,2	15,0	4,5
1. Ja, mamma	9,7	10,3	7,7	6,5	3,3	3,6
2. Ja, pappa	2,4	0,6	2,3	1,0	1,1	—
3. Ja, lärare	0,2	0,1	—	0,3	0,5	—
4. Ja, kamrat	10,7	12,5	20,7	21,8	21,7	26,7
5. Ja, någon annan	3,2	2,4	5,8	4,5	6,7	8,0
1 + 2	50,9	34,5	32,4	19,4	22,8	16,1
1 + 3 el. 4 el. 5	8,5	31,4	13,6	34,1	17,8	32,1
2 + 3 el. 4 el. 5	2,0	1,4	3,4	1,3	3,3	—
Övriga kombinationer	2,0	2,9	5,2	7,9	7,8	8,0
Summa %	100,0	100,0	99,9	100,0	100,0	100,0

Kommentar:
Påtagliga skillnader framkommer beträffande narkotikakonsumtionen hos ungdomar som kan tala med mamma och/eller pappa om personliga problem i jämförelse med sådana som inte kan det. Detta tolkas så att de ungdomar som har sämre relationer till föräldrarna har högre konsumtionsmotivation.

Tabell 23. Relationen till primär- och sekundärgrupp. II

Frågan: Har Du en bästa vän?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3 094)	F. (N:3 321)	P. (N:726)	F. (N:534)	P. (N:175)	F. (N:111)
Ja	87,0	92,1	89,0	92,9	81,1	91,9
Nej	13,0	7,9	11,0	7,1	18,9	8,1
Summa %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 24. Relationen till primär- och sekundärgrupp. III

Frågan: Har Du en flickvän/pojkvän?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3 249)	F. (N:3 265)	P. (N:721)	F. (N:530)	P. (N:173)	F. (N:108)
Ja	22,1	32,0	34,3	50,8	39,3	52,8
Nej	77,9	68,0	65,7	49,2	60,7	47,2
Summa %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 25. Relationen till primär- och sekundärgrupp. IV
Frågan: Tillhör Du ett gäng?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3 241)	F. (N:3 277)	P. (N:716)	F. (N:528)	P. (N:176)	F. (N:109)
Ja	29,9	29,1	53,1	48,7	71,6	67,0
Nej	70,1	70,9	46,9	51,3	28,4	33,0
Summa %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 26. Åsikt om polisen.
Frågan: Vilket av följande påståenden stämmer bäst med Din åsikt om polisen?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3 241)	F. (N:3 267)	P. (N:711)	F. (N:515)	P. (N:172)	F. (N:110)
Polisen är hygglig och bra	17,3	17,7	8,0	5,9	3,4	3,6
Polisen är för det mesta hygglig	46,8	46,6	43,4	42,5	35,2	30,4
Polisen är hård men rättvis	27,4	27,2	29,5	31,0	25,6	19,6
Polisen är hård och orättvis	8,3	8,2	19,0	20,6	35,8	46,4
Summa %	99,8	99,7	99,9	100,0	100,0	100,0

Kommentar:
Hypotesen att konsumenterna skulle tendera att ha mer negativa åsikter om polisen än icke-konsumenterna bekräftades således till fullo. Detta gäller även om man vid jämförelsen utesluter konsumenter som »tagits av polisen».

Tabell 27. Kontakt med barnavårdsnämnden.
Frågan: Har Du haft med barnavårdsnämnden att göra?

	Pojkar (N:4 084)						Flickor (N:3 883)					
N:	Gr. I	Gr. II	Gr. III	Gr. IV	Gr. V	Gr. S:a %	Gr. I	Gr. II	Gr. III	Gr. IV	Gr. V	Gr. S:a %
Nej	80,7	7,7	6,2	2,8	2,5	99,9	84,5	5,9	5,5	2,0	2,1	100,0
Ja	47,7	9,6	14,9	8,2	19,6	100,0	48,3	9,4	13,3	8,3	20,6	99,9

Tabell 28. Tagits av polisen.
Frågan: Har Du tagits av polisen någon gång?

	Pojkar (N:4 103)						Flickor (N:3 706)					
	Gr. I	Gr. II	Gr. III	Gr. IV	Gr. V	S:a %	Gr. I	Gr. II	Gr. III	Gr. IV	Gr. V	S:a %
Nej	82,7	7,3	5,3	2,4	2,3	100,0	85,2	5,8	5,2	1,9	1,9	100,0
Ja	55,2	10,9	14,0	7,0	12,8	99,9	48,8	9,1	15,9	7,5	18,7	100,0

Kommentar:
Hypoteserna att konsumenterna proportionsvis oftare har haft att göra med polis och barnavårdsnämnd stöds av resultaten. De handlingar man begått som föranlett polisens eller barnavårdsnämndens ingripande är säkerligen ofta uttryck för trots, åsidosättande av vuxna och myndigheter, precis på samma sätt som narkotikakonsumtionen.

Tabell 29. Nervösa besvär.

Frågan: Har Du någon gång sökt läkare för nervösa besvär?

	Pojkar (N:4 078)						Flickor (N:3 893)					
	Gr. I	Gr. II	Gr. III	Gr. IV	Gr. V	S:a %	Gr. I	Gr. II	Gr. III	Gr. IV	Gr. V	S:a %
Nej	78,1	8,0	7,0	3,2	3,7	100,0	84,3	5,7	5,2	2,1	2,7	100,0
Ja	66,8	8,0	9,4	5,3	10,5	100,0	74,9	7,8	10,3	3,3	4,4	100,7

Kommentar:
Hypotesen att narkotikakonsumtion och nervösa besvär i viss utsträckning samvarierar, stöds av resultaten. Orsaken till denna samvariation står förmodligen att finna i bl. a. följande två förhållanden: 1) De som är »nervösa» kan ibland motiveras att använda knark som »medicin» mot nervositeten. 2) Vidare står ungdomar som är »nervösa» ofta i konflikt med både yttre och inre auktoriteter – oppositionen mot dessa »auktoriteter» kan då ageras ut genom att man begår otillåtna handlingar, såsom t. ex. att konsumera narkotika.

Tabell 30. Tobaksvanor.

Frågan: Om Du röker, hur mycket röker Du?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P.	F.	P.	F.	P.	F.
Cigarretter:	N:3 339	N:3 336	N:732	N:533	N:179	N:111
0 cig.	61,0	55,0	14,3	7,7	6,7	5,4
1 cig.	4,3	7,4	3,4	3,4	2,2	2,7
2—4	10,8	17,0	15,2	20,8	10,6	15,3
5—10	14,5	18,1	43,2	55,5	44,7	57,7
11—20	3,4	2,1	11,3	9,9	22,9	15,3
20—	0,2	0,2	1,1	0,8	3,4	3,6
Pipa	5,8	0,2	11,5	1,3	9,5	0,0
Summa %	100,0	100,0	100,0	99,4	100,0	100,0

Kommentar:
Det föreligger en mycket stark samvariation mellan rökvanor och narkotikakonsumtion som säkert har många förklaringar. En banal, troligen rätt viktig faktor torde vara att den vanligaste konsumtionsformen – haschrökningen – är ganska knepig att komma till rätta med, om man saknar tidigare erfarenhet av rökning.

Tabell 31. Spritvanor. I

Frågan: Dricker Du sprit någon gång?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3 306)	F. (N:311)	P. (N:735)	F. (N:533)	P. (N:177)	F. (N:111)
Nej	46,2	51,0	9,0	10,3	6,2	6,3
1 gång/mån.	38,2	36,1	51,3	50,3	36,7	37,8
2—4 ggr/mån.	13,8	11,8	35,8	33,6	43,5	41,4
5—10 ggr/mån.	1,4	1,0	2,9	4,1	9,6	9,9
Fler än 10 ggr/mån.	0,4	0,2	1,0	1,7	4,0	4,5
Summa %	100,0	100,1	100,0	100,0	100,0	99,9

Tabell 32. Spritvanor. II

Frågan: Har Du någon gång varit ordentligt berusad?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3 135)	F. (N:3 197)	P. (N:698)	F. (N:506)	P. (N:171)	F. (N:106)
Ja	38,0	27,9	86,7	81,2	98,8	93,4
Nej	62,0	72,1	13,3	18,8	1,2	6,6
Summa %	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kommentar:
Hypotesen att spritkonsumtion och narkotikakonsumtion samvarierar bekräftas starkt av resultaten. Kanske kan detta förklaras med att de motiv – bakgrundsmässiga och personlighetsmässiga – som ligger bakom narkotikakonsumtion, troligen delvis är tämligen identiska med de som ligger bakom alkoholkonsumtion.

Tabell 33. Kompletta – inkompletta hem.

Frågan: Har Du bott hos båda dina föräldrar under hela din uppväxttid?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P. (N:3 330)	F. (N:3 336)	P. (N:736)	F. (N:531)	P. (N:176)	F. (N:112)
Ja	83,9	83,0	77,7	76,5	71,0	68,8
Nej, orsak: dödsfall	3,4	3,0	4,3	3,8	4,5	4,5
Nej, föräldrarna är skilda	10,5	11,4	14,8	14,3	21,0	16,1
Nej, annan orsak	2,2	2,6	3,1	5,5	3,4	10,7
Summa %	100,0	100,0	99,9	100,1	99,9	100,1

Kommentar:
Hypotesen att konsumenter i jämförelse med icke-konsumenter oftare skulle komma från inkompletta hem, stöds av resultaten. Det finns förmodligen många orsaker till detta, några av de viktigaste kan vara följande:
1) Ungdomar som kommer från inkompletta hem har oftare än andra haft mindre tillgång till positiv föräldrakontakt. De har p.g.a. detta mer behov än andra av värmande, trygghetsskapande och luststimulerande upplevelser. Detta kan då – visserligen bara tillfälligtvis och oftast till ett högt pris – uppnås genom narkotikakonsumtionen.
2) Ungdomar som bara har en tillgänglig förälder står ofta i ett mer utpräglat beroendeförhållande till denna enda förälder än vad förhållandet blir till de två föräldrarna i ett »komplett» hem. Ett sätt att försöka manövrera sig ut ur detta beroendeförhållande kan då vara att man trotsar och provocerar och gör otillåtna saker, t. ex. knarkar.

Tabell 34. Pappans yrke.

Frågan: Vad har Din pappa för yrke?

		Pojkar				Flickor			
		Grupp I	Grupp II, III, IV	Grupp V	S:a %	Grupp I	Grupp II, III, IV	Grupp V	S:a %
Socialgrupp: (I enlighet med Stat. centralbyråns tidigare indelning.)	I	82,1	14,1	3,8	100,0	87,8	10,2	2,0	100,0
	II	77,1	18,9	3,9	99,9	84,5	13,1	2,3	99,9
	III	76,9	19,0	4,8	100,7	80,0	16,1	3,9	100,0

Kommentar:
Hypotesen att ungdomar från familjer tillhörande »lägre» socialgrupper proportionsvis skulle ha större benägenhet att konsumera narkotika, stöds i viss utsträckning av resultaten.

Tabell 35. Mammans yrke.
Frågan: Yrkesarbetar Din mamma?

	Grupp I		Grupp II, III, IV		Grupp V	
	P.	F.	P.	F.	P.	F.
	N:3 267	N:3 293	N:707	N:514	N:175	N:108
Ja	49,3	51,9	56,6	58,6	56,0	63,0
Ibland	18,5	17,0	18,0	16,1	21,1	13,0
Nej	32,2	31,1	25,5	25,3	22,9	24,0
Summa %	100,0	100,0	100,1	100,0	100,0	100,0

Kommentar:
Man finner en viss samvariation mellan förhållandet att mamman yrkesarbetar och knarkkonsumtion. Den främsta orsaken till det torde vara att denna bakgrundsvariabel är starkt korrelerad till variabeln »inkompletta» hem.

Tabell 36. Fickpengar.
Frågan: Hur mycket fickpengar har Du?

	Pojkar				Flickor			
	Grupp I	Grupp II, III, IV	Grupp V	Summa %	Grupp I	Grupp II, III, IV	Grupp V	Summa %
	N: 3 271	727	174		3 312	521	108	
Låg	85,0	12,8	2,2	100,0	90,3	8,2	1,6	100,1
Medelstor	77,8	18,5	3,5	99,8	87,1	10,3	2,6	100,0
Hög	60,2	29,4	10,3	99,9	65,5	29,1	5,3	99,9
Får vid behov	88,2	9,7	2,2	99,9	81,7	15,3	3,0	100,0

Tabell 37. Samband mellan fickpengars storlek och antal gånger man använt narkotika, uppdelat på kön och stadsdel. (Gammakoefficient.)

	Pojkar	Flickor
Innerstan	.29	.31
Västerort	.23	.34
Söderort	.31	.26

Kommentar:
Den positiva korrelationen mellan fickpenningens storlek och narkotikakonsumtionen orsakas kanske bl. a. av att konsumenterna i jämförelse med icke-konsumenterna, kämpar mer för sina materiella rättigheter eller att de proportionsvis oftare kommer från familjer där föräldrarna känner sig som »dåliga föräldrar» och försöker döva sin ruelse över detta genom att vara speciellt generösa i materiellt avseende?

1.5.1 *En jämförelse av elever som beträffande narkotikakonsumtion skiljer sig i kvalitativt avseende (jfr tabell 38)*

Hypotetiskt antogs att elever som enbart konsumerat hasch skulle vara mera lika icke konsumenter än de som konsumerat centralstimulantia, LSD, palfium och morfin och framför allt de som injicerat narkotika intravenöst med avseende på bakgrunds- och personlighetsvariabler.

På grund av frågeformulärets utformning och på grund av nödvändigheten av att erhålla grupper som ej var alltför små, gjordes följande delvis diskutabla indelning av de narkotikakonsumenter som använt narkotika »sista månaden».

A. »*Rena*» *haschrökare.* Alla konsumen-

Tabell 38. Jämförelse mellan grupper av elever med olika konsumtionsmönster.

	Grupp					
	A	B	C	D	E	F
Antal konsumtionstillfällen sista månaden:						
1 gång	56	—	4	0	0	0
2—4 ggr	27	—	5	16	11	8
5—10 ggr	10	—	18	4	22	8
11—	7	100	73	76	67	84
Summa %	100	100	100	96	100	100
Preparat + administrationssätt sista mån.						
Hasch	100 %	100 %	72 %	68 %	78 %	71 %
Preludin	—	—	100 %	52 %	56 %	71 %
Ritalina	—	—		24 %	30 %	37 %
LSD	—	—	7 %	100 %	—	25 %
Morfin	—	—	1 %	24 %	100 %	37 %
Palfium	—	—	3 %	4 %		—
Injektion	—	—	—	4 %	11 %	100 %
Debut						
Före 1 juli 1966	4	29	30	56	44	60
Juli—dec. 1966	56	50	48	24	30	33
Jan.—april 1967	40	21	22	16	26	8
Summa %	100	100	100	96	100	101
Debutpreparat						
Centralstimulantia	4 %	4 %	25 %	12 %	18 %	22 %
Cannabis	95 %	96 %	75 %	76 %	76 %	65 %
»Komplett hem»	74 %	58 %	70 %	72 %	78 %	63 %
Kan prata med mamma + pappa om personliga problem	22 %	8 %	9 %	24 %	19 %	28 %
Har mer än 90 kronor i veckopeng	13 %	17 %	21 %	40 %	42 %	39 %
Har bästa vän/väninna	88 %	80 %	85 %	88 %	81 %	79 %
Har stadigt sällskap	42 %	36 %	42 %	45 %	62 %	54 %
Är med i gäng	60 %	76 %	65 %	75 %	85 %	77 %
Har max. negativ åsikt om polisen	29 %	52 %	50 %	50 %	42 %	35 %
Tagits av polisen	38 %	68 %	45 %	76 %	56 %	73 %
Varit aktuell i BvN p. g. a. otillåten handl.	27 %	56 %	35 %	76 %	52 %	64 %
Sökt läkare för nervösa besvär	21 %	26 %	21 %	25 %	31 %	33 %
Har varit ordentligt berusad	92 %	100 %	94 %	100 %	100 %	100 %

ter som enbart använt hasch sista månaden.
N: 360

B. *De intensivare haschrökarna.* Härmed avses de haschkonsumenter tillhörande ovanstående grupp A, som under sista månaden konsumerat hasch vid fler än 10 tillfällen.
N: 25

C. »*Knaprarna*». De som sista månaden tagit centralstimulantia per os, eventuellt även andra preparat, men som ej har injicerat narkotika.
N: 74

D. *LSD-konsumenterna.* De som under sista månaden tagit LSD och eventuellt även andra preparat.
N: 25

E. De som tagit morfin och/eller palfium sista månaden, samt eventuellt även andra preparat.
N: 27

F. »*Silarna*». De som injicerat narkotika sista månaden och eventuellt använt sig av andra konsumtionsformer.
N: 51

1.5.2 Kommentar

Invändningar. Grupperna C, D, E, F är sålunda mycket »orena» i den meningen att exempelvis en genomgående hög procent av medlemmarna – förutom det för gruppen

typiska preparatet eller den typiska administrationsformen – även använt andra preparat och andra administrationsformer.

Vidare vet man ingenting om konsumtionsfrekvensen av centralstimulantia, LSD och morfin-palfium, i grupperna C, D, E och ej heller injektionsfrekvensen i grupp F. Man vet endast att medlemmarna i respektive grupper, överhuvud taget konsumerat respektive preparat och använt respektive konsumtionsformer »sista månaden».

Vidare vet man ej i vilken utsträckning medlemmarna i grupperna A och B före »sista månaden» använt andra preparat än hasch.

Grupp B, är i jämförelse med de övriga grupperna, hårdare belastad med avseende på antal konsumtionstillfällen sista månaden, då ju denna grupp definierades så att alla medlemmarna skulle ha konsumerat narkotika vid minst 11 tillfällen under sista månaden.

Med reservation för ovanstående invändningar, kan konstateras att:

beträffande *konsumtionsvariablerna* skiljer sig grupperna åt i följande avseenden: medlemmarna i grupp A har genomsnittligen tagit narkotika för första gången senare än medlemmarna i övriga grupper. Speciellt i grupp F har proportionsvis många konsumerat narkotika första gången tidigt. Detta antages spegla det – utifrån praktiskt kliniska erfarenheter antagna – förhållandet att ungdomar som tidigt börjat konsumera narkotika har en speciell tendens att ägna sig åt speciellt farlig narkotikakonsumtion. För detta talar också resultatet att man i grupp C, D, E, F oftare än i grupp A, B har använt centralstimulantia vid första konsumtionstillfället. Ytterligare en förklaring till det sistnämnda förhållandet kan naturligtvis vara att man tenderar att fortsätta det preparat man en gång börjat med.

Beträffande variablerna som rör *hemförhållanden* finner man att de »intensiva haschrökarna» i jämförelse med övriga grupper, oftare kommer från inkompletta hem och mer sällan kan prata med mamma plus pappa om personliga problem och att medlemmarna i grupperna A och B genomsnittligen har lägre fickpeng än de andra grupperna.

Beträffande förhållandet till *sekundärgruppen* kan konstateras att medlemmarna i grupperna E och F proportionsvis oftare har stadigt sällskap.

Beträffande *åsikt om polisen* och *kontakt med barnavårdsnämnd och polis* förhåller sig gruppen A, mer likt icke konsumenter än de övriga grupperna.

Sökt läkarvård för *nervösa besvär* har medlemmarna i grupp F gjort något oftare än medlemmarna i de övriga grupperna – speciellt i jämförelse med grupperna A och C.

Dessa med avseende på konsumtionens kvalitet olikartade grupper skilde sig alltså anmärkningsvärt litet åt beträffande variabler som belyser bakgrund, relationer och beteenden.

1.6 *Exempel på kumulativa effekter av faktorer varav narkotikakonsumtionen visat sig vara beroende.*

Tabell 39. Kumulativa effekter I.
Bott hos båda föräldrarna. Är med i gäng.

Söder-pojkar Bott hos båda föräldrarna	Antal konsumtionstillfällen 0	1	2—4	5—10	11—	Summa %
Med i gäng	63,9	10,5	10,3	6,5	8,8	100
Ej med i gäng	84,2	6,5	5,2	2,2	1,8	99,9

Tabell 39. Forts.

Söder-flickor Bott hos båda föräldrarna	Antal konsumtionstillfällen 0	1	2—4	5—10	11—	Summa %
Med i gäng	69,3	8,9	10,9	5,3	5,6	100
Ej med i gäng	88,3	5,1	3,8	1,3	1,4	99,9

Söder-pojkar Ej bott hos båda föräldrarna	Antal konsumtionstillfällen 0	1	2—4	5—10	11—	Summa %
Med i gäng	52,9	9,7	15,5	9,0	12,9	100
Ej med i gäng	74,4	11,0	8,2	2,7	3,7	100

Söder-flickor Ej bott hos båda föräldrarna	Antal konsumtionstillfällen 0	1	2—4	5—10	11—	Summa %
Med i gäng	62,9	8,1	8,9	8,1	12,1	100,1
Ej med i gäng	79,9	8,3	6,1	3,0	2,7	100

Kommentar:
Således visar det sig exempelvis att bland pojkar på Söder har nästan hälften av de som både kommer från inkompletta hem och tillhör gäng, konsumerat narkotika!

Tabell 40. Kumulativa effekter II. Tagits av polisen. Varit aktuell i BvN. Sökt läkare för nervösa besvär.
Söderort Procent

Polis	BVN	Nerv. besvär	Antal ggr man använt narkotika 0 ggr	1 gång	2—4 ggr	5—10 ggr	11 ggr	N
Pojkar								
Nej	Nej	Nej	82,3	7,5	6,0	2,4	1,8	1 583
Nej	Nej	Ja	74,4	6,8	7,5	5,3	6,0	133
Nej	Ja	Nej	62,7	8,5	10,2	10,2	8,5	59
Nej	Ja	Ja	(28,6)	—	(28,6)	—	(42,9)	7
Ja	Nej	Nej	63,8	9,8	13,8	6,3	6,3	254
Ja	Nej	Ja	60,0	(16,0)	(8,0)	(4,0)	(12,0)	25
Ja	Ja	Nej	41,4	12,5	15,1	11,2	19,7	152
Ja	Ja	Ja	(35,5)	(6,5)	(19,4)	(12,9)	(25,8)	31
Flickor								
Nej	Nej	Nej	85,3	6,2	4,6	2,2	1,7	1 606
Nej	Nej	Ja	76,9	6,5	9,9	3,7	3,1	294
Nej	Ja	Nej	(57,8)	(13,3)	(8,9)	(4,4)	(15,6)	45
Nej	Ja	Ja	(57,1)	(14,3)	(14,3)	(14,3)	—	7
Ja	Nej	Nej	46,3	11,9	20,9	7,5	13,4	67
Ja	Nej	Ja	(52,9)	(11,8)	(17,6)	(11,8)	(5,9)	17
Ja	Ja	Nej	(42,9)	(7,1)	(9,5)	(14,3)	(26,2)	42
Ja	Ja	Ja	(20,0)	(20,0)	(10,0)	—	(50,0)	10

Kommentar:
Man finner således att nästan 3/5 av de ungdomar, som både tagits av polisen, någon gång varit aktuell i Bvn samt haft nervösa besvär konsumerat narkotika.

1.7. *En jämförelse mellan olika grupper icke—brukare*

Tabell 41. En jämförelse mellan ungdomar som erbjudits men ej accepterat narkotika och sådana som ej erbjudits narkotika. Söder

Pojkar: 2 459 Flickor: 2 277	Ej erbj.		Erbj. 1 gång		Erbj. flera ggr.	
	P.	F.	P.	F.	P.	F.
Kan prata med mamma och pappa om personliga problem	54,2	36,6	45,9	30,3	44,4	30,5
Komplett hem	86,7	84,1	83,1	82,6	81,8	78,3
Socialgrupp I	15,0	14,7	11,6	11,3	12,8	15,4
» II	43,0	52,7	46,6	49,0	53, 1	44,9
» III	34,3	34,3	40,0	39,4	36,4	39,0
Har bästa vän	86,3	89,9	87,3	93,7	89,1	95,3
Har stadigt sällskap	14,5	24,6	25,0	38,7	35,6	46,3
Med i gäng	21,5	21,3	37,9	34,6	42,0	44,4
Dansar aldrig	53,1	15,1	40,9	9,0	40,8	8,7
Max. neg. åsikt om polis	7,0	6,6	3,2	10,6	5,6	15,8
Tagits av polisen ngn gång	10,4	2,4	17,9	4,1	24,9	8,0
Haft kontakt med BvN	3,6	1,5	8,4	6,0	12,8	5,4
Sökt för nervösa besvär	7,5	12,8	6,7	15,8	9,1	16,2
Aldrig varit berusad	75,7	94,1	48,4	21,0	34,5	12,9
Känner ej ngn klasskamr. som knarkar	78,8	76,7	66,6	67,0	60,3	59,5
Känner ej andra kamrater som knarkar	61,5	52,9	32,4	23,9	19,0	9,8

Kommentar:
Ungdomar som har erbjudits narkotika har således, i jämförelse med andra ungdomar, något oftare bästa-vän, och mycket oftare »stadigt sällskap» och tillhör mycket oftare gäng samt är oftare ute och dansar. Vilket kan bero på att ju mer man har av kamratkontakter och ju mer man är ute i »svängen» ju sannolikare är det att man erbjudes narkotika.
De som erbjudits narkotika har oftare än andra tagits av polisen och varit aktuella hos BvN för otillåtna handlingar och de har mycket oftare varit ordentligt berusade. Dessa resultat kan bero på att ungdomar som har en spec. oppositionell hållning och/eller större tendens än andra att företa sig handlingar som inte är accepterade av föräldrarna och samhället har en tendens att söka sig till andra ungdomar med liknande tendenser som ex. kan yttra sig i utbjudande av narkotika.
En annan bidragande förklaring kan vara att langarna spec. går på ungdomar som genom klädedräkt, frisyr och uppträdande etc. ger intryck av att vara på kant med »samhället».

1.8 *Sammanfattning av de viktigaste resultaten*

22,7 % av pojkarna och 17,2 % av flickorna i Stockholms 9:e klasser, uppgav sig någon gång ha använt »knark», men endast 1,5 % av pojkarna och 0,7 % av flickorna uppgav att de hade konsumerat narkotika vid fler än 10 tillfällen under »den sista månaden».

Relativt många hade således prövat narkotika, men mycket få hade konsumerat narkotika i någon större utsträckning.

De allra flesta som konsumerat narkotika hade gjort detta efter 1 juli 1966.

Nyfikenhet uppgavs i dominerande utsträckning vara motivet att pröva narkotika.

Cannabispreparat uppgavs vara den i särklass vanligaste narkotikasorten.

Av dem som aldrig konsumerat narkotika, uppgav 37,9 % av pojkarna och 33,4 % av flickorna att de en eller flera gånger erbjudits narkotika. 73,0 % resp. 63,6 % uppgav att hasch/marihuana var de preparat som erbjudits och ca hälften uppgav att erbjudandet kommit från »okänd person».

Bland dem som ej konsumerat narkotika uppgavs det vanligaste skälet att avstå från erbjudandet vara »rädsla för att bli narkoman».

Narkotikakonsumenterna hade i jämförelse med de andra ungdomarna, proportions-

vis något mer sällan, bott hos båda sina föräldrar under hela sin uppväxttid och de uppgav sig i mindre utsträckning kunna prata med föräldrarna om »personliga problem», och de hade vidare genomsnittligen högre fickpeng.

I jämförelse med dem som aldrig konsumerat narkotika var det bland konsumenterna, vanligare att pojkarna hade en »flickvän» och flickorna en »pojkvän» och det var vanligare att man tillhörde ett gäng.

De som tagit narkotika hade genomsnittligen en mer negativ åsikt om polisen än andra ungdomar.

Konsumenterna hade i mycket större utsträckning än icke konsumenterna tagits av polisen och haft att göra med BvN p. g. a. någon otillåten handling. Omkring hälften av de som haft kontakt med BvN och ungefär lika stor andel av de som tagits av polisen hade konsumerat narkotika.

Bland dem som någon gång sökt läkare för nervösa besvär var det proportionsvis något vanligare än bland andra ungdomar att ha konsumerat narkotika.

Narkotikakonsumtionen visar sig samvariera starkt med tobaks- och spritvanor.

I de flesta avseenden där man finner skillnader mellan icke konsumenter och konsumenter (variabler som belyser »bakgrund», relationer och vanor samt andra beteenden) framkommer också skillnader vid en jämförelse – inom konsumentgruppen – mellan grupper av ungdomar med olika konsumtionsintensitet. Sådana skillnader framkommer även vid en jämförelse – inom gruppen som icke konsumerat narkotika – mellan gruppen som erbjudits narkotika och den grupp som icke erbjudits narkotika.

Vid en jämförelse mellan grupper av ungdomar som skiljer sig med avseende på kvalitativa konsumtionsvariabler (preparatsort och metod att ta in preparaten) finner man oväntat små skillnader beträffande de efterfrågade bakgrundsdata och data beträffande relationer, vanor och andra beteenden.

KAROLINSKA INSTITUTET

Konfidentiellt

Det här är en vetenskaplig undersökning som innehåller frågor om olika saker.

Det är nödvändigt för att undersökningen ska bli rättvisande att Du svarar uppriktigt på frågorna. Du ska inte skriva namn på formuläret. När Du fyllt i formuläret skall Du själv stoppa ned det i bifogade kuvert och klistra igen det, varefter Du lämnar det till läraren som överlämnar det till skolsköterskan. Formulären skickas av skolsköterskan direkt till Karolinska Institutet och ingen lärare eller någon annan på Din skola kommer att kunna ta reda på vad Du har svarat.

Undersökningen kommer, om vi får sanningsenliga svar att bli av stort värde för oss i vårt arbete som läkare.

Dr BENGT HERULF

Besvara frågorna genom att sätta kryss i den eller de rutor som stämmer på dig.

1. Vilket år är du född? .....

- ☐ år 1953—1954
- ☐ år 1951—1952
- ☐ år 1949—1950
- ☐ år 1947—1948
- ☐ år 1945—1946

Kön:

- ☐ pojke
- ☐ flicka

2. Har du bott hos båda dina föräldrar under hela din uppväxttid, d.v.s. fram till du fyllt 16 år, eller om du är yngre fram till nu?

- ☐ Ja
- ☐ Nej, orsak: dödsfall
- ☐ Nej, föräldrarna är skilda
- ☐ Nej, annan orsak

3. Vad har din pappa för yrke? .....

.....

Yrkesarbetar din mamma? ..... ☐ Ja, regelbundet ☐ Ja, ibland ☐ Nej

Om «Ja»: Vad arbetar hon med? .....

.....

4. Känner du någon eller några personer som du kan prata med om personliga problem?

(Du får fylla i flera rutor)

- ☐ Nej, ingen
- ☐ Ja, mamma
- ☐ Ja, pappa
- ☐ Ja, lärare
- ☐ Ja, kamrat
- ☐ Ja, någon annan

5. Röker du? ..... ☐ Ja ☐ Nej

Om «Ja»: hur mycket röker du?

- ☐ högst 1 cigarrett per dag
- ☐ 2—4 cigarretter per dag
- ☐ 5—10 cigarretter per dag
- ☐ 11—20 cigarretter per dag
- ☐ mer än 20 cigarretter per dag
- ☐ röker pipa

Hur gammal var du när du började röka? ..... **år**

6. Dricker du mellanöl någon gång? ..... ☐ Ja ☐ Nej

Om «Ja»: Hur ofta dricker du mellanöl?
☐ 1 gång per månad eller mindre
☐ 2—4 ggr per månad
☐ 5—10 ggr per månad
☐ fler än 10 ggr per månad

Hur gammal var du när du började dricka mellanöl? ..... år

Dricker du starköl någon gång? ..... ☐ Ja ☐ Nej

Om «Ja»: Hur ofta dricker du starköl? ..
☐ 1 gång per månad eller mindre
☐ 2—4 ggr per månad
☐ 5—10 ggr per månad
☐ fler än 10 ggr per månad

Hur gammal var du när du började dricka starköl? ..... år

Dricker du vin någon gång? ..... ☐ Ja ☐ Nej

Om «Ja»: Hur ofta dricker du vin? ....
☐ 1 gång per månad eller mindre
☐ 2—4 ggr per månad
☐ 5—10 ggr per månad
☐ fler än 10 ggr per månad

Hur gammal var du när du började dricka vin? ..... år

Dricker du sprit någon gång? ..... ☐ Ja ☐ Nej

Om «Ja»: Hur ofta dricker du sprit? ....
☐ 1 gång per månad eller mindre
☐ 2—4 ggr per månad
☐ 5—10 ggr per månad
☐ fler än 10 ggr per månad

Hur gammal var du när du började dricka sprit? ..... år

Har du någon gång varit ordentligt berusad? ☐ Ja ☐ Nej

---

7. a. Har du någon bästa vän/väninna? ... ☐ Ja ☐ Nej
b. Har du stadigt sällskap? ..... ☐ Ja ☐ Nej
c. Kan du dansa? ..... ☐ Ja ☐ Nej
d. Är du med i något gäng? ..... ☐ Ja ☐ Nej
e. Anser du dig vara raggare? ..... ☐ Ja ☐ Nej
f. Anser du dig vara mods? ..... ☐ Ja ☐ Nej
g. Anser du dig vara knutte/spätta? ..... ☐ Ja ☐ Nej
h. Anser du dig vara sune/doris? ..... ☐ Ja ☐ Nej
i. Anser du dig vara provie? ..... ☐ Ja ☐ Nej
j. Anser du dig vara något annat, vad? .....

8. Hur ofta håller du på med följande saker på din fritid?

(Sätt ett kryss på varje rad!)	Ofta	Ibland	Aldrig
Dans	☐	☐	☐
Sport	☐	☐	☐
Pop-musik	☐	☐	☐
Annan musik	☐	☐	☐
Scouting	☐	☐	☐
Annan föreningsverksamhet, vilken?	☐	☐	☐
Böcker	☐	☐	☐
Motor	☐	☐	☐
Annan teknik, vilken?	☐	☐	☐
Kläder	☐	☐	☐
Annat, vad?	☐	☐	☐

9. Hur mycket fickpengar har du? ..... kr per månad.

10. a. Har du tagits av polisen någon gång? .. ☐ Ja ☐ Nej

b. Har du haft med barnavårdsnämnden att göra med anledning av att du gjort något olagligt eller på annat sätt otillåtet? ... ☐ Ja ☐ Nej

11. a. Har du haft någon svår kroppslig sjukdom? ☐ Ja ☐ Nej
Om «Ja»: vilken? .....

b. Har du någon gång sökt läkare för nervösa besvär? ..... ☐ Ja ☐ Nej

12. Vilket av följande påståenden stämmer bäst med din åsikt om polisen?

(Kryssa bara för en av rutorna.)

☐ Poliser är hyggliga och bra
☐ Poliser är för det mesta hyggliga
☐ Poliser är hårda, men rättvisa
☐ Poliser är hårda och orättvisa

13. Vad tycker du att man skall göra med ungdomar som använder narkotika (knark)?

(Du får fylla i flera rutor)

☐ Låta dom vara ifred
☐ Ge dom någon sorts bestraffning
☐ Ge dom vård
☐ Försöka tala dom tillrätta
☐ Annat, vad? .....

14. a. Känner du till någon/några i din klass som knarkar?

☐ Nej
☐ Ja, en
☐ Ja, 2—4
☐ Ja, 5—10
☐ Ja, fler än 10

b. Känner du någon/några andra jämnåriga, som knarkar?

☐ Nej
☐ Ja, en
☐ Ja, 2—4
☐ Ja, 5—10
☐ Ja, fler än 10

15. Har du någon gång använt narkotika (knark)? ☐ Ja ☐ Nej

OM DITT SVAR ÄR «JA»:

Hur många gånger?

- ☐ 1 gång
- ☐ 2—4 gånger
- ☐ 5—10 gånger
- ☐ Fler än 10 gånger

När gjorde du det första gången?

- ☐ Före år 1964
- ☐ Under år 1964
- ☐ Under jan—juni 1965
- ☐ Under juli—dec. 1965
- ☐ Under jan—juni 1966
- ☐ Under juli—dec. 1966
- ☐ Under jan—juni 1967
- ☐ Under juli—dec. 1967

Vad var det som gjorde att du prövade knark?

- ☐ Av nyfikenhet
- ☐ Ville visa att du vågade
- ☐ Kompisarna tjatade
- ☐ Du blev tvingad
- ☐ Annat, vad? .....

.....

Vad var det för preparat du tog första gången?

- ☐ Preludin
- ☐ Ritalina
- ☐ Hasch/marihuana
- ☐ Morfin
- ☐ Vet ej
- ☐ Annat, vad? .....

.....

Hur blir du när du tagit knark?
(Om du tagit mer än en sort — välj den som du tagit oftast.)

- ☐ Illamående
- ☐ Glad
- ☐ Sexuellt stimulerad
- ☐ Får obehagliga fantasier
- ☐ Får sköna fantasier
- ☐ Blir klar i huvudet
- ☐ Är osäker
- ☐ Annat, hur? .....

.....

Vilken sort gäller ditt svar? .....

.....

.....

.....

OM DITT SVAR ÄR «NEJ»:

Har du blivit erbjuden knark någon gång?

- ☐ Nej, aldrig
- ☐ Ja, en gång
- ☐ Ja, flera gånger

Om «Ja»: Vad har du haft för skäl när du sagt nej till erbjudandet?
(Välj en av rutorna)

- ☐ Verkade ointressant
- ☐ Rädd för att bli narkoman
- ☐ Rädd för andra skadliga följder
- ☐ Rädd för straff
- ☐ Kostade pengar
- ☐ Annat skäl vad? .....

.....

Om du erbjudits knark:
Vem var det som erbjöd dig det?

- ☐ Okänd person
- ☐ Bekant
- ☐ Klasskamrat
- ☐ Annan kamrat
- ☐ Annan, vem? .....

.....

Om du erbjudits knark:
Vad var det för preparat du erbjöds?
(Första gången.)

- ☐ Preludin
- ☐ Ritalina
- ☐ Hasch/marihuana
- ☐ Morfin
- ☐ Vet ej
- ☐ Annat, vad? .....

.....

Hur tror du att man blir när man tar knark?

- ☐ Illamående
- ☐ Glad
- ☐ Sexuellt stimulerad
- ☐ Får obehagliga fantasier
- ☐ Får sköna fantasier
- ☐ Blir klar i huvudet
- ☐ Har ingen aning
- ☐ Annat, vad? .....

.....

Tänker du på någon särskild sorts knark?

☐ Ja ☐ Nej

Om «Ja»: vilken? .....

.....

16. **Om du har tagit knark:**
Vem brukar du få knark från? (Om du bara knarkat en gång — vem fick du det ifrån då?)

(Du får fylla i flera rutor)

- ☐ Okänd person
- ☐ Bekant
- ☐ Klasskamrat
- ☐ Annan kamrat
- ☐ Annan, vem? .....

.....

17. a. **Hur många gånger har du tagit narkotika under sista månaden?**

☐ Ingen gång ☐ En gång ☐ 2—4 ggr ☐ 5—10 ggr ☐ Fler än 10 ggr

b. **Om du tagit knark under den sista månaden, vilket eller vilka preparat har du tagit?**

☐ Preludin ☐ Ritalina ☐ Hasch ☐ Morfin ☐ LSD
☐ Mebumal ☐ Palfium ☐ Meproban ☐ Annat, vad? .....

.....

c. **Hur har du tagit dessa preparat?**

☐ Genom munnen ☐ Injektion (spruta) ☐ Rökt ☐ Annat sätt, vad? .....

.....

TILL DEM SOM TAGIT NARKOTIKA MER ÄN 3 GÅNGER DEN SISTA MÅNADEN.

18. a. **Tycker du att du på det hela taget mår bättre eller sämre nu än innan du började knarka?**

- ☐ Bättre
- ☐ Ingen skillnad
- ☐ Sämre

b. **Klarar du dig bättre eller sämre i skolan nu än innan du började knarka?**

- ☐ Bättre
- ☐ Ingen skillnad
- ☐ Sämre

19. **Om du tidigare knarkat, men slutat — varför slutade du?**

- ☐ Det var inte intressant längre
- ☐ Rädd för att bli narkoman
- ☐ Rädd för andra skadliga följder
- ☐ Rädd för straff
- ☐ Kostade pengar
- ☐ Annat skäl, vad? .....

.....

Kommentar, om du vill skriva utförligare:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Kommentar till undersökningen, om du vill säga vad du anser om den:

.....

.....

.....

TACK FÖR DIN MEDVERKAN.

2 Undersökning om narkotikabruk bland skolungdom

Erland Jonsson Lars Svedugård

På uppdrag av SÖ har sociologerna docenten Erland Jonsson och fil. kand. Lars Svedugård genomfört en undersökning om narkotikabruk bland skolungdom. De har avgett följande preliminära rapport.

2.1 *Studie av narkotikabrukare i grundskolans nionde klass i Göteborg*

Under senare år har narkotikaproblemet ägnats allt större uppmärksamhet. Detta torde i första hand bero på att man tyckt sig kunna iaktta ett ökat narkotikabruk främst bland ungdom. Ett flertal undersökningar har genomförts för att lokalisera olika kategorier av konsumenter.

För att ge de lokala skolmyndigheterna möjlighet att kartlägga utbredningen av narkotikabruket i skolorna i den egna kommunen erbjöd SÖ under våren 1967 samtliga kommuner i landet att delta i en enkätundersökning.[1] Alla kommuner engagerade sig inte i undersökningen vilket innebär att de erhållna resultaten inte är giltiga för hela landet. Förutom information om narkotikabrukets omfattning önskade man inom SÖ också information om skillnader mellan elever med olika erfarenheter av narkotikabruk beträffande social anpassning i och utom skolan. För att få denna problemställning belyst lät SÖ våren 1968 genomföra en enkätundersökning omfattande elever i nionde klass i samtliga grundskolor i Göteborg. I föreliggande preliminära rapport skall denna undersöknings uppläggning och genomförande presenteras samt undersökningsresultaten redovisas och diskuteras. Först skall dock en närmare analys av undersökningens frågeställningar göras.

2.1.1 Undersökningens problemställningar

Huvudmålsättningen, som inledningsvis berördes, är i första hand att söka belysa vissa skillnader mellan elever med olika erfarenheter av narkotikabruk. De kategorier av elever som jämförelsen skulle omfatta definierades på följande sätt:

I. Narkotikabrukare.

II. Tidigare narkotikabrukare.

III. Elever som erbjudits narkotika men inte utnyttjat möjligheten att pröva på narkotika.

IV. Elever som aldrig haft möjlighet att pröva på narkotika.

Vissa problem är förknippade med avgränsningen av grupperna I och II. Grupp II består sålunda av de elever som mer eller mindre sporadiskt brukat narkotika men slutat och de elever som prövat på narkotika men inte övergått till att bruka det. Tidsfaktorn är här av stor betydelse. När kan man anse att en individ har upphört att bruka narkotika? Erfarenheten visar att ett icke »utvecklat» narkotikabruk ibland kan redovisa ett högst oregelbundet konsum-

[1] Redovisad i Aktuellt från skolöverstyrelsen. 1967/68: 9.

tionsmönster med relativt långa uppehåll mellan konsumtionstillfällena. Sålunda finns det med all säkerhet elever i grupp II som snarare borde återfinnas i grupp I. Likaså torde det finnas elever i grupp I som trots att de har för avsikt att fortsätta med sitt bruk inte kommer att göra det och som således egentligen skulle ha placerats i grupp II. Effekterna av dessa möjliga »felklassificeringar» torde dock vara relativt små.

De fyra ovan definierade kategorierna har jämförts med avseende på följande grupper av variabler:

1. Attityder till narkotika och narkotikabrukare samt till undervisningen om narkotika i skolan.
2. Bruk av tobak, alkohol och lösningsmedel.
3. Anpassning i skolan.
4. Sociala kontakter utanför skolan.
5. Kontakt med föräldrarna.

Definitionen av de enskilda variabler som ingår i de uppräknade variabelgrupperna görs i anslutning till resultatredovisningen.

2.1.2 Undersökningens uppläggning och genomförande

Urvalet elever för undersökningen gjordes på grundval av resultaten från den av SÖ utförda allmänna kartläggningen av narkotikabruket. Enligt det ursprungliga förslaget skulle huvudintresset inriktas på vissa kommuner som visade sig ha hög frekvens av narkotikabrukande elever. Många både tekniska och praktiska svårigheter har gjort att vi fått avstå från detta förfaringssätt. I stället har vi valt att använda oss av skolor i ett mer sammanhängande område, med ett relativt sett stort antal narkotikabrukare, nämligen samtliga grundskolor i Göteborgs kommun med nionde klass. Antalet gymnasier med nionde klass av grundskola uppgår till sex stycken. Endast två av dessa skolor finns med i totalmaterialet.

Tabell 1. Undersökningsmaterial och bortfall.

		% av totala urvalet
Urval	4 414	100
Inkomna formulär	3 638	82
Bortfall		
Elever som på grund av inkomplett besvarade formulär ej kunnat föras till någon av de fyra undersökningsgrupperna	230	5
Vid undersökningstillfället frånvarande elever	776	18
Totalt bortfall	1 006	23

Data rörande undersökningsmaterialet samt bortfall har sammanfattats i tabell 1, som visar att det egentliga bortfallet, dvs. de elever, som av någon anledning var frånvarande vid besvarandet av formulären uppgår till 18 % av totala urvalet. Därtill måste dock läggas ytterligare 5 % som på grund av att de lämnat ofullständiga uppgifter ej kunde föras till någon av de fyra undersökningsgrupperna.

Uppdelningen av materialet på undersökningsgrupper skedde med utgångspunkt från svaren på frågorna nederst.

Som framgår av tabell 2 tillhör flertalet av respondenterna grupp IV, dvs. de som inte har haft någon kontakt med narkotika. Narkotikabrukarna – grupp I – uppgår till 4 % och är den minsta gruppen.

I samtliga grupper utom i grupp III, dvs. den grupp som innehåller ungdomar som har haft möjlighet att pröva narkotika men som av någon anledning avstått, överväger pojkarna. Särskilt markant är detta i grupp

		Knarkar du fortfarande?		Har Du någon gång blivit erbjuden knark eller på något annat sätt haft möjlighet att pröva på det?	
		JA	NEJ	JA	NEJ
Har du själv någon gång knarkat?	JA	I	II		
	NEJ			III	IV

Tabell 2. Undersökningsmaterialet, uppdelat på kön, fördelat på undersökningsgrupper.

Grupp	I	%	II	%	III	%	IV	%	Totalt
Pojkar	80	61	176	53	425	44	1 041	53	1 722
Flickor	51	39	155	47	543	56	937	47	1 686
Totalt	131	100	331	100	968	100	1 978	100	3 408
%		4		10		28		58	100

I, som innehåller 61 % pojkar och 39 % flickor. Ser man emellertid på det totala materialet, är detta mycket jämnt fördelat, 51 % pojkar mot 49 % flickor. Eftersom alla elever i urvalet kommer från grundskolans nionde klass är åldern i stort sett densamma för samtliga: **16 år.**

Datainsamlingen har skett genom gruppenkäter med i huvudsak frågor med fasta svarsalternativ. Distributionen av frågeformulären till de olika skolorna ombesörjdes av Göteborgs allmänna skolstyrelse i april månad 1968. Eleverna besvarade formulären anonymt under en lektionstimme med en lärare närvarande. För att ytterligare betona anonymitetsskyddet uppmanades eleverna att lägga de besvarade formulären i ett bifogat omärkt kuvert som sedan samlades in av lärarna. I de skolor där så var möjligt skedde utdelningen av formulären samtidigt i alla klasser.

2.2 *Undersökningsresultat*

Undersökningsresultaten presenteras för de tidigare nämnda variabelgrupperna var för sig. En närmare beskrivning av grupperna I och II med utgångspunkt från variabler relaterade till narkotikabruket ges i appendix II och III. Siffrorna i tabellerna är procenttal baserade på antalet flickor respektive pojkar i de olika grupperna. Tabellernas slutsummor vad gäller procenttalen varierar något beroende på att ingen decimal har tagits med. I de tabeller där slutsumman saknas har det varit möjligt för eleverna att ange fler än ett svarsalternativ varför slutsumman i en del fall överstiger 100 %.

Attityder till narkotika och narkotikabrukare samt till undervisningen om narkotika i skolan

Attityderna till narkotika och narkotikabrukare har mätts med en attitydskala konstruerad enligt Likerts metod (se appendix I). Eleverna har tagit ställning till 18 positivt eller negativt värderande omdömen om narkotika och narkotikabrukare. Svarsalternativen för varje påstående har poängsatts från 1–5 beroende på hur benägna eleverna är att instämma i påståendet ifråga. 5 poäng innebär den mest positiva attityden till ett påstående. Sålunda är det teoretiskt möjligt att med 18 påståenden uppnå en totalpoäng på 90, vilket skulle innebära en maximalt

Tabell 3. Attityder till narkotika och narkotikabrukare.

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
25—30	0	0	0	3	1	2	5	3	4	12	9	11
31—40	3	0	2	16	10	13	25	17	21	34	35	34
41—50	8	2	5	26	32	28	35	38	36	38	38	37
51—60	23	20	21	28	24	26	21	29	26	13	15	14
61—70	35	29	33	19	21	20	11	10	10	3	3	3
71—80	21	26	23	6	10	8	3	3	3	0	0	0
81—90	11	24	16	2	1	2	1	0	0	0	0	0
Summa	101	101	100	100	99	99	101	100	100	100	100	99
Md			66,4			53,2			46,9			41,7

Tabell 4. »Tycker Du att skolan har gett Dig tillräcklig information om knark?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja	31	20	27	27	28	28	26	23	25	27	26	26
Nej	68	78	72	72	71	71	73	76	75	72	73	73
Ej svar	1	2	2	1	1	1	0	1	1	1	2	1
Summa	100	100	101	100	100	100	99	100	101	100	101	100

positiv attityd. En extremt negativ attityd motsvarar 18 poäng. Tabell 3 redovisar fördelningen av attitydpoängen för de olika grupperna. För varje grupp anges även medianvärdet (Md). Av tabellen framgår att de elever som fortsätter med sitt narkotikabruk (grupp I) har den överlägset mest positiva attityden med ett medianvärde på 66,4. Det är rimligt att anta att en av anledningarna till att man slutar med narkotikan skulle kunna vara negativa erfarenheter av giftet ifråga. Om så vore fallet kunde man vänta sig ett relativt lågt medianvärde för grupp II, lägre än för exempelvis grupp III. Grupp II har emellertid det näst högsta medianvärdet; 53,2. Grupp III i sin tur har ett högre medianvärde (46,9) än grupp IV (41,7).

I samtliga grupper anser flertalet respondenter att skolan inte har gett dem tillräcklig information om narkotika och dess verkningar. Bara en fjärdedel av respondenterna svarar att informationen är tillräcklig, vilket pekar på att det, trots den ökade informationsverksamhet som har bedrivits från skolhåll, behövs ytterligare upplysning i denna fråga. Skillnaden mellan könen är liten utom i grupp I där flickorna i större utsträckning är missnöjda med informationen.

Som ett komplement till den ovan redovisade attitydfrågan ställdes också en fråga om varifrån eleverna fått sina kunskaper om narkotika. Som framgår av tabell 5 är radio/TV och tidningar de källor som ungdomarna (utom i grupp I) tydligen får den mesta informationen ifrån. Föräldrar och lärare i skolan spelar en ungefär lika roll och är jämfört med massmedia betydligt underlägsna som informationsgivare. Mellan 10–15 % av de olika grupperna anser att lärarna är den huvudsakliga källan. Kamrater spelar en relativt stor roll för grupperna I, II och III, mellan 37 och 40 % mot endast 14 % för grupp IV. Föräldrarna tycks vara vanligare som källa i grupperna III och IV än i de övriga två. Från radio/TV hämtar 57 % från grupp III och 73 % från grupp IV sin information mot 31 resp. 44 % för grupperna I och II. Som väntat har grupp I störst andel som fått sin kunskap från egen erfarenhet, 44 % mot 26 % från grupp II. De låga siffrorna för grupperna III och IV när det gäller denna sistnämnda källa ger en antydan om att eleverna i dessa grupper har en mycket ringa kontakt med narkotikabrukande kamrater. Genomgående för alla grupper är att flickorna tillmäter kamrater

Tabell 5. »Varifrån har kunskapen om narkotika och dess verkningar kommit?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Från lärare	18	6	13	10	11	10	17	9	12	18	13	15
Från kamrater	29	49	37	34	47	40	31	42	37	11	18	14
Från föräldrarna	4	5	6	9	5	7	11	13	12	12	13	12
Från tidningar	28	33	30	31	29	30	40	41	40	39	46	42
Från radio/TV	38	22	31	44	43	44	68	49	57	77	69	73
Från egen erfarenhet	39	51	44	27	24	26	2	1	1	1	1	1
Från annan källa	5	2	4	6	5	5	6	6	6	4	1	3

Tabell 6. »Röker Du?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja	88	90	89	81	82	82	56	64	61	29	34	31
Nej	11	10	11	18	18	18	43	35	38	70	66	68
Ej svar	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1		1
Summa	100	100	101	100	100	101	100	100	100	100	100	100

en större betydelse än vad pojkarna gör. Omvänt förhållande gäller för informationsgivarna radio/TV.

2.2.1 Bruk av tobak, alkohol och lösningsmedel

Konsumtionen av tobak, alkohol och lösningsmedel har studerats i första hand för att ge information om individernas benägenhet att söka stimulans samt berusningsbenägenheten, vilket har påverkat utformningen av frågorna.

Frekvensen rökare i de olika grupperna

Av tabell 6 framgår att grupperna I och II har störst andel rökare. 89 % rökare återfinns i grupp I och 82 % i grupp II. Lägst andel har grupp IV som betydligt avviker från de övriga grupperna med endast 31 %. Skillnaden mellan könen är liten men i samtliga grupper har flickorna en procentuellt högre andel rökare än vad pojkarna har.

Rökarna fördelade efter tobakskonsumtionens storlek

Som framgår av tabell 7 har grupperna I och II en högre konsumtionsintensitet än de övriga två grupperna. 28 % av grupp I röker tio cigarretter eller mer mot 27 % för grupp II. Motsvarande siffror för grupperna III och IV är 17 respektive 10 %. I kategorin övriga ingår de som röker pipa.

Frekvensen konsumenter av starksprit i de olika grupperna

De ungdomar som har prövat narkotika tycks oftare använda starksprit (tabell 8). 31 % från grupp I och 17 % från grupp II dricker sålunda sprit åtminstone en gång i veckan mot endast 7 % från grupp III och 2 % från grupp IV. Över hälften (53 %) av grupp IV nyttjar aldrig starksprit mot 7 resp. 8 % för grupperna I och II. I samtliga grupper har flickorna en högre procentuell andel som aldrig dricker starksprit än pojkarna.

Alkoholkonsumtionens intensitet har ock-

Tabell 7. »Hur mycket röker Du?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
1— 4 cig./dag	20	30	24	16	27	21	23	38	32	34	52	43
5— 9 »	43	39	41	41	48	44	43	42	43	36	35	35
10—14 »	13	17	15	24	13	19	16	12	14	11	6	9
15—19 »	6	9	7	7	6	7	3	1	2	1	1	1
20— »	7	4	6	1	2	1	1	1	1	1	0	0
Övriga	9	0	5	11	0	7	10	0	3	14	1	9
Ej svar	3	0	2	0	4	2	4	6	5	3	5	4
Summa	101	99	100	100	100	101	100	100	100	100	100	101

Tabell 8. »Hur ofta brukar Du dricka starksprit?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Minst en gg/veckan	29	35	31	22	12	17	7	7	7	3	1	2
Minst en gg/mån	44	35	41	48	38	43	38	30	34	16	11	13
Några ggr om året	23	20	21	26	38	32	37	37	37	31	30	31
Aldrig	5	10	7	4	12	8	17	26	22	50	57	53
Ej svar	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Summa	101	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	99

Tabell 9. »Hur ofta dricker man alkohol så att man känner sig berusad?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ofta	58	49	54	39	16	28	18	9	13	4	2	3
Händer någon gång	41	49	44	55	74	64	61	69	60	37	30	34
Aldrig	1	2	2	6	10	8	21	32	27	58	68	63
Ej svar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100	99	101	100

Tabell 10. »Har Du någon gång sniffat?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja	61	31	49	47	26	37	25	10	16	8	4	6
Nej	39	67	50	52	74	62	75	90	83	92	96	94
Ej svar	1	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0
Summa	101	100	100	100	100	100	100	101	99	100	100	100

Tabell 11. »Har Du slutat sniffa?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja	77	69	75	93	95	94	89	93	90	89	91	89
Nej	19	31	22	7	5	6	10	2	7	8	0	5
Ej svar	4	0	3	0	0	0	1	5	3	3	9	6
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

så mätts med en fråga om hur ofta man dricker alkoholhaltiga drycker så att man känner sig berusad.

Berusningsbenägenheten i de olika grupperna

Över hälften (54 %) av de ungdomar som uppger att man fortfarande använder narkotika (grupp I) berusar sig ofta med hjälp av alkohol mot 28 % för grupp II (tabell 9). Grupperna III och IV har som synes, för detta svarsalternativ, betydligt lägre siffror, 13 resp. 3 %. I svarskategorin »aldrig» ingår även de som inte nyttjar något slag av alkohol.

Konsumtion av lösningsmedel

14 % av totala antalet elever har någon gång sniffat, vilket i stort sett är samma siffra som gäller dem som brukat narkotika någon gång (tabell 10). Sniffarna är betydligt vanligare i grupp I än i de övriga grupperna. Ungefär hälften (49 %) från grupp I har sniffat någon gång. Grupp II i sin tur är väsentligt överlägsen grupperna III och IV. Grupp IV har endast 6 % som någon gång har sniffat. I samtliga grupper har pojkarna en större andel sniffare.

Förändringar beträffande konsumtion av lösningsmedel

Cirka 8 % av dem som sniffat någon gång uppger att man fortsätter. Detta motsvarar 1 % av totala materialet. Tabell 11 visar att de som fortsätter att bruka narkotika (grupp I) i större utsträckning fortsätter att sniffa, 22 % från grupp I uppger detta. De övriga tre grupperna uppvisar inga större skillnader.

Sammanfattningsvis kan konstateras att det tycks finnas ett samband mellan narkotikabruk å ena sidan och bruk av tobak, alkohol och lösningsmedel å den andra.

2.2.2 Anpassning i skolan

Anpassningen i skolan har studerats med hjälp av frågor om trivseln i skolan, frånvarofrekvens, tid för läxläsning och benägenhet att fortsätta studera. Dessa frågor kan givetvis inte ge en bild av den totala anpassningen i skolan men torde trots detta kunna ge en viss belysning av problemet om skillnader mellan de fyra undersökningsgrupperna i fråga om skolanpassning.

Trivsel i skolan

Anpassningen till skolan mätt på detta sätt tycks vara långt ifrån god (tabell 12). Över hälften i grupperna I och II (56 resp. 55 %) trivs inte särskilt bra eller dåligt medan 45 % från grupp III uppger detsamma. De elever som aldrig haft någon beröring med narkotika synes vara bättre anpassade, över 70 % av denna grupp anser att de trivs mycket bra eller bra med skolan. Vidare visar tabellen att flickorna från grupperna I och II tycks vara sämre anpassade än pojkarna.

Tabell 12. »Hur trivs Du i skolan?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Mycket bra	5	2	4	13	8	10	8	9	8	12	15	13
Bra	44	33	40	35	34	35	45	47	46	60	57	59
Inte särskilt bra	30	45	36	37	44	40	38	38	38	21	25	23
Dåligt	20	20	20	15	14	15	9	6	7	6	4	5
Ej svar	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Summa	100	100	101	100	101	101	100	100	99	100	101	100

Tabell 13. »Hur ofta händer det att Du är borta från skolan utan någon egentlig anledning?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
1—3 tim/veck.	14	22	17	19	14	17	12	15	14	5	7	6
4—5 »	6	10	8	2	7	5	2	4	3	1	2	1
Mer än 5 tim/veck.	15	14	15	5	8	6	3	2	3	1	2	1
1—3 tim/mån.	29	33	31	30	37	33	31	45	39	20	29	24
Aldrig	33	22	28	42	32	37	49	33	40	71	60	66
Ej svar	4	0	2	3	1	2	3	2	2	2	1	2
Summa	101	101	101	101	99	100	100	101	101	100	101	100

Tabell 14. »Hur lång tid i genomsnitt ägnar Du åt läxläsning?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
0 minuter	34	20	28	22	14	18	13	5	9	9	3	6
1—20 min.	21	22	21	21	21	21	26	18	22	19	12	16
21—40 »	14	18	15	17	21	19	20	20	20	21	17	19
41—60 »	20	18	19	22	25	23	27	28	28	26	31	28
61—80 »	0	2	1	2	2	2	1	3	2	3	2	2
81—100 »	6	2	5	5	5	5	5	9	7	7	10	9
100— »	3	18	8	9	9	9	7	14	11	14	23	18
Ej svar	3	1	2	3	3	3	1	2	2	2	2	2
Summa	101	101	99	101	100	100	100	99	101	101	100	100

Tabell 15. »Vill Du själv fortsätta studera?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja	55	51	53	60	52	57	68	65	66	76	74	75
Nej	23	28	24	17	25	20	17	15	16	11	12	12
Tveksam	23	22	22	23	24	23	15	20	18	12	14	13
Ej svar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Summa	101	101	99	100	101	100	100	100	100	100	101	101

Tabell 16. »Med vilka tillbringar Du huvudsakligen Din fritid?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ensam	3	4	3	2	3	3	4	1	2	6	4	5
Med föräldrarna	3	0	2	4	5	5	4	7	6	12	19	15
Med syskon	1	4	2	3	5	4	2	4	3	8	10	9
Med kamrater från samma klass	21	18	20	30	30	30	28	25	26	31	31	31
Med kamrater från samma skola men ej från samma klass	36	13	28	40	24	33	38	30	34	37	29	33
Med kamrater från annan skola än Din egen	36	49	41	47	30	39	48	39	43	37	32	35
Med kamrater som har slutat skolan	45	53	48	40	40	40	25	32	29	14	19	16

Frånvaro från skolan

Det torde vara rimligt att anta att det med grupperna I och II:s dåliga anpassning till skolan följer en högre andel i dessa grupper än i de övriga som är borta från skolan utan någon egentlig anledning. Siffrorna i tabell 13 ger stöd åt detta antagande. Sålunda uppger 28 % av eleverna från grupp I att man aldrig är borta från skolan utan att ha något egentligt skäl till detta. Motsvarande siffra för grupp II är 37 % och för grupp III 40 %. För grupp IV uppger 66 % att man aldrig skolkar från skolan.

Tid för läxläsning

Allmänt kan konstateras att ungdomar från grupperna III och IV men även från grupp II lägger ned mer tid på sina läxor än sina kamrater från grupp I (tabell 14). En relativt stor andel (28 %) från grupp I uppger att man inte spenderar någon som helst tid åt läxläsning. 18 % från grupp II svarar detsamma. Motsvarande siffror för grupp III och IV är endast 9 resp. 6 %.

Benägenhet att fortsätta studierna

I tabell 15 redovisas elevernas studieambitioner. Det kan konstateras att viljan att studera vidare är relativt hög i samtliga grupper. Emellertid tycks elever från grupperna III och IV vara mer inriktade på fortsatta studier än motsvarande elever från grupperna I och II. Av grupp IV svarar 75 % ja på denna fråga mot 66 % från grupp III. Motsvarande siffror från grupperna I och II är 53 resp. 57 %. Andelen tveksamma är högst i grupperna I och II. Genomgående för alla grupper gäller att pojkarna tycks vara mer inriktade på att fortsätta studera än flickorna.

Genomgående tyder resultaten, beträffande frågorna om trivseln i skolorna, på att kategorin icke narkotikabrukare i större utsträckning än övriga anpassat sig väl i skolan.

2.2.3 Sociala kontakter utanför skolan

För att kartlägga elevernas kontakter utanför skolan ställdes också frågor om fritidsumgänget. Frågorna syftade dels till att belysa olika gruppkarakteristika och dels respondenternas uppfattning om de egna kontakterna jämfört med andras.

Umgänge på fritiden

Av tabell 16 framgår att man vanligtvis söker sina fritidskamrater utanför den egna skolan. Inga större skillnader mellan grupperna kan iakttas utom för den sista svarskategorin. Det är vanligare att ungdomar från grupperna I och II söker sitt fritidsumgänge bland kamrater som har slutat skolan än för grupperna III och IV.

Åldersstrukturen i fritidsgrupperna

Som väntat är det vanligast att medlemmarna är ungefär lika gamla men grupper-

Tabell 17. »Är de flesta kamrater lika gamla som Du?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ungefär lika gamla	64	51	59	71	50	61	75	60	66	79	74	77
Något äldre	35	47	40	25	42	33	20	39	31	12	21	16
Mycket äldre	0	0	0	2	3	3	1	1	1	1	1	1
Något yngre	1	0	1	2	4	3	4	1	2	6	2	4
Mycket yngre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ej svar	0	2	1	0	1	0	1	0	0	2	2	2
Summa	100	100	101	100	100	100	101	101	100	100	100	100

Tabell 18. »Brukar det oftast vara samma kamrater som träffas?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja	90	84	88	94	91	93	92	91	91	91	92	91
Nej	10	14	12	5	8	7	7	9	8	7	6	6
Ej svar	0	2	1	1	0	0	1	1	1	2	2	2
Summa	100	100	101	100	99	100	100	101	100	100	100	99

na I och II uppger i större utsträckning än övriga grupper att de flesta kamrater är äldre (tabell 17), 40 % från grupp I har äldre kamrater och 36 % i grupp II. Motsvarande siffror för grupperna III och IV är 32 resp. 17 %. Genomgående för samtliga grupper är att pojkarna oftare än flickorna uppger att de har ungefär lika gamla kamrater medan flickorna i större utsträckning uppger att de har något äldre kamrater.

Stabiliteten i fritidsgrupperna

Tabell 18 visar inga större skillnader vad gäller gruppstabilitet för de olika grupperna. Samma sak gäller för skillnaden emellan pojkar och flickor, utom i grupp I där flickorna i något mindre omfattning än pojkarna umgås i en fast kamratkrets.

Antalet medlemmar i fritidsgrupperna

Det vanligaste i samtliga grupper är att fritidsumgänget består av 2–5 medlemmar (tabell 19). 42 % resp. 41 % av grupperna I och II tillhör fritidsgrupper på över 6 medlemmar. Motsvarande siffra för grupp III är 37 % och för grupp IV endast 23 %. Tabellen uppvisar således en tendens till att elever som varit i kontakt med narkotika tillbringar fritiden i en större kamratkrets än övriga.

Var och hur ofta man brukar träffas på fritiden

Tabellerna 20 A–E avser att visa var någonstans man brukar träffas på fritiden och hur ofta detta sker. Det vanligaste är att man träffas hemma hos någon åtminstone en dag i veckan. Att träffas på någon ungdomsgård eller klubb är mer frekvent bland ungdomarna i grupp I än bland ungdomarna i övriga grupper; 66 % från denna grupp träffas åtminstone en gång i veckan på dessa ställen. Motsvarande siffra för grupp IV är endast 38 %. Fik eller restaurang är mindre populära träffplatser för ungdomarna. Mellan 64–76 % av de olika grupperna uppger att man aldrig brukar träffas på dessa platser. Några klara skillnader mellan grupperna kan inte konstateras.

Kontakt med det motsatta könet

De i tabell 21 redovisade resultaten tyder på att ungdomar från grupp I har den största kontakten med det motsatta könet.

Tabell 19. »Hur många ungefär brukar vara med?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
2—5 st.	58	55	57	54	63	58	64	60	62	74	73	74
6—9 »	29	18	24	25	16	21	22	22	22	14	13	14
10 el. fler	14	26	18	20	21	20	13	17	15	8	10	9
Ej svar	0	2	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4
Summa	101	101	100	100	101	100	100	100	100	100	100	101

Tabell 20. A. Hemma hos någon.

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
0 gånger	35	45	39	40	32	36	31	23	26	33	24	29
1 gång	29	22	26	19	27	22	29	32	31	26	30	28
2 gånger	20	28	23	18	21	19	17	24	21	19	23	21
3—4 gånger	6	4	5	14	12	13	16	16	16	13	16	14
5—7 »	9	2	6	6	8	7	6	4	5	4	3	3
Ej svar	1	0	1	5	1	3	2	2	2	6	5	6
Summa	100	101	100	102	101	100	101	101	101	101	101	101

B. Ungdomsgård eller klubb.

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
0 gånger	35	29	33	43	39	41	50	33	40	63	50	57
1 gång	19	26	21	27	23	25	22	36	30	17	31	24
2 gånger	20	24	21	10	17	14	12	20	16	6	8	7
3—4 gånger	16	20	18	10	14	12	9	10	10	5	5	5
5—7 »	9	2	6	5	5	5	5	1	3	3	1	2
Ej svar	1	0	1	5	1	3	2	2	2	6	5	6
Summa	100	101	100	100	99	100	100	102	101	100	100	101

C. På något fik eller någon restaurang.

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
0 gånger	68	59	64	64	68	66	69	66	67	78	74	76
1 gång	19	18	18	19	19	19	16	20	19	10	14	12
2 gånger	6	12	8	5	5	5	4	5	5	3	4	3
3—4 gånger	4	12	7	5	6	5	6	4	5	2	2	2
5—7 »	3	0	2	3	1	2	3	3	3	1	1	1
Ej svar	1	0	1	5	1	3	2	2	2	6	5	6
Summa	101	101	100	101	100	100	100	100	101	100	100	100

D. Utomhus någonstans.

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
0 gånger	36	35	36	31	52	41	25	41	34	25	38	31
1 gång	11	26	17	14	11	12	17	23	20	14	19	16
2 gånger	14	14	14	15	12	14	16	17	17	13	17	15
3—4 gånger	20	18	19	16	16	16	24	13	18	24	14	19
5—7 »	18	9	14	19	8	14	17	4	10	18	6	13
Ej svar	1	0	1	5	1	3	2	2	2	6	5	6
Summa	100	102	101	100	100	100	101	100	101	100	99	100

E. Någon annanstans.

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
0 gånger	70	78	73	67	70	68	64	68	66	68	64	66
1 gång	13	6	10	11	11	11	14	14	14	10	15	12
2 gånger	6	8	7	7	7	7	8	10	9	6	8	7
3—4 gånger	4	4	4	4	8	6	7	5	6	6	5	6
5—7 »	6	4	5	6	3	5	6	2	4	4	3	4
Ej svar	1	0	1	5	1	3	2	2	2	6	5	6
Summa	100	100	100	100	100	100	101	101	101	100	100	101

Betydligt mer än hälften (57 %) från denna grupp uppger sig ha stadigt sällskap mot 49 % från grupp II och 44 resp. 22 % från grupperna III och IV. I samtliga grupper utgör flickorna en större andel som har stadigt sällskap.

Uppskattning av det egna antalet vänner i förhållande till andras

Ovanstående frågeställning kan ses som ett mått på elevernas självskattade kamratkontakt eller popularitet. Av tabell 22 framgår att elever från grupp I uppger sig ha fler vänner än elever i de övriga grupperna. 44 % av grupp I har mycket fler eller något fler vänner mot 33 % från grupp II. Grupp III ligger ännu något lägre med 25 % och grupp IV endast 16 %. Dessa siffror skulle alltså tyda på att, i första hand, de som fortsätter att använda narkotika och, i andra hand, de som har använt narkotika men slutat anser sig ha fler vänner än övriga elever. För detta talar det faktum att ungdomarna i dessa två grupper enligt tabell 19 tenderar att vistas i något större kamratgrupper än övriga.

De i detta avsnitt redovisade resultaten om umgänget på fritiden ger ingen klar bild av skillnaderna mellan undersökningsgrupperna. Ungdomarna som brukar eller prövat på narkotika tycks dock ha ett större umgänge med äldre kamrater och kamrater utanför skolan. De har också i större utsträckning s. k. stadigt sällskap.

2.2.4 Kontakt med föräldrarna

För att belysa kontakten med föräldrarna har ett antal frågor ställts som berör fritiden, skolan samt benägenheten att diskutera viktiga problem med sina föräldrar. Inom denna variabelgrupp redovisas även elevernas tilldelning av veckopengar. Liksom när det gällde anpassningen i skolan kan frågorna naturligtvis inte ge en total bild av kontakten föräldrar–elever men kan dock ge en viss uppfattning om skillnader i föräldrakontakt mellan undersökningsgrupperna.

Kontakt föräldrar — elever vad gäller fritiden

Av tabell 23 framgår att endast 18 % från grupp I så gott som alltid talar om vad man gör på sin fritid. Från grupp II

Tabell 21. »Har Du stadigt sällskap?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja	55	61	57	43	56	49	36	50	44	17	27	22
Nej	45	39	43	54	43	49	62	49	55	80	72	76
Ej svar	0	0	0	3	1	2	2	2	2	3	1	2
Summa	100	100	100	100	100	100	100	101	101	100	100	100

Tabell 22. »Om Du jämför Dig med andra anser Du att Du har fler eller färre vänner än de?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Mycket fler	16	10	14	11	7	9	5	4	5	3	2	3
Något fler	30	30	30	23	25	24	16	23	20	14	13	13
Inte fler	49	53	50	63	60	62	70	67	68	69	70	70
Mindre	4	2	3	3	7	5	8	5	7	13	14	13
Ej svar	1	6	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Summa	100	101	100	100	100	101	100	100	101	100	100	100

Tabell 23. »Brukar Du tala om för Dina föräldrar vad Du gör på Din fritid?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja så gott som alltid	16	20	18	31	48	39	28	56	44	38	64	50
Ja ibland	60	63	61	59	45	52	63	40	50	55	33	45
Nej så gott som aldrig	23	18	21	10	7	9	9	3	6	6	3	4
Ej svar	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Summa	100	101	101	100	100	100	100	99	100	100	100	99

Tabell 24. »Brukar Du informera Dina föräldrar om hur det går för Dig i skolan?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Yotalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja så gott som alltid	21	28	24	30	31	30	28	43	36	36	52	43
Ja ibland	66	53	61	56	60	58	59	48	53	54	43	49
Nej så gott som aldrig	11	20	15	14	9	12	14	8	10	10	5	8
Ej svar	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Summa	99	101	101	100	100	100	101	99	99	101	100	100

Tabell 25. »Händer det att någon av Dina föräldrar hjälper Dig med Dina hemuppgifter?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja ofta	9	8	8	11	11	11	8	9	9	8	10	9
Ja händer någon gång	35	47	40	46	48	47	46	55	51	48	56	52
Nej så gott som aldrig	51	43	48	40	40	40	45	35	40	43	33	39
Ej svar	5	2	4	3	1	2	1	1	1	1	0	1
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	101	100	99	101

Tabell 26. »Om Du ställs inför problem som Du vet att Dina föräldrar skulle kunna hjälpa Dig med, brukar Du då diskutera dessa med dem?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja med far	9	2	6	14	3	9	12	2	6	8	2	6
Ja med mor	26	39	31	30	56	42	24	53	40	19	46	32
Ja med både far och mor	43	31	38	46	25	36	52	35	43	62	46	54
Nej varken med far eller mor	18	28	21	9	15	12	11	9	10	9	5	7
Ej svar	5	0	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1
Summa	101	100	99	101	100	101	100	100	100	100	100	100

uppger 39 % detsamma medan motsvarande siffror för grupperna III och IV är 44 resp. 50 %. Grupp I föredrar oftast att yppa sina aktiviteter ibland (61 %). I samtliga grupper är det en större andel flickor som så gott som alltid talar om för föräldrarna vad man har för sig på fritiden.

Kontakt föräldrar — elever vad gäller skolan

I tabell 24 redovisas elevernas vilja att informera sina föräldrar om skolarbetet. Grupp I har lägst andel för svarsalternativet så gott som alltid. Cirka 1/4 av grupp I uppger detta mot 30 % för grupp II och 36 resp. 43 % för grupperna III och IV. En stor andel av grupp I (61 %) säger sig informera föräldrarna ibland. I samtliga grupper är det vanligare att flickorna så gott som alltid informerar sina föräldrar.

Tabell 25 redovisar ett mått på hur vanligt det är att föräldrarna hjälper sina barn med hemuppgifter från skolan. En jämförelse mellan grupperna ger vid handen att 48 % av grupp I får hjälp med hemuppgifterna ofta eller någon gång mot 58 % från grupp II. Motsvarande siffror för grupperna III och IV är 60 resp. 61 %.

Benägenhet att diskutera problem med föräldrarna

Som synes är elever från grupp I minst benägna att diskutera sina problem med föräldrarna (tabell 26). En sammanslagning av de tre första svarskategorierna visar att ca 3/4 av eleverna från grupp I diskuterar sina problem med någon eller med bägge föräldrarna. 87 % från grupp II uppger detsamma mot 89 resp. 92 % från grupperna III och IV. En jämförelse mellan könen visar att det i samtliga grupper är vanligare att pojkarna diskuterar sina problem med sina fäder och att flickorna i stället vänder sig till sin mor. I den mån man diskuterar med en av föräldrarna är det betydligt vanligare att ungdomarna vänder sig till sina mödrar.

Tilldelning av veckopengar

En jämförelse mellan grupperna ger vid handen att grupp I i större utsträckning har mer pengar per vecka från sina föräldrar (tabell 27). Sålunda har drygt hälften (56 %) av grupp I över tio kronor per vecka mot 49 % från grupp II och 42 resp. 23 % från grupperna III och IV.

De mått på kontakten mellan föräldrar och elever som här har använts tyder på att narkotikabrukare har mindre kontakt med sina föräldrar än övriga elever.

2.3 *Sammanfattande kommentarer*

Vid den genomförda undersökningen erhölls ett relativt sett stort bortfall. Den olika stora benägenheten för att vara borta från skolan i de olika undersökningsgrupperna gör det troligt att en relativt stor del av narkotikabrukarna finns i bortfallet. Estimationer av t. ex. konsumtionsvanevariabler

Tabell 27. »Hur mycket får Du i veckopeng?»

	Grupp I			Grupp II			Grupp III			Grupp IV		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt	P	F	Totalt
0 kr	4	12	7	6	5	5	6	3	4	8	4	6
1—10 kr	33	33	33	39	39	39	50	49	50	66	68	67
11—20 »	36	37	37	33	40	36	30	34	32	15	19	17
21—30 »	11	10	11	8	8	8	5	8	7	3	4	3
31—40 »	5	2	4	2	2	2	1	1	1	1	0	1
41—50 »	0	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1
51 och mer	4	2	3	1	0	1	1	1	1	1	0	1
Ej svar	8	2	5	8	5	7	5	4	4	6	4	5
Summa	101	100	101	100	100	100	99	101	100	101	100	101

kan därför inte göras.

Trots löftet om anonymitet är det troligt att man i denna studie, liksom vid studier av alkohol- och tobakskonsumtion haft respondenter som felaktigt uppgett sig vara icke-konsumenter och respondenter som medvetet eller omedvetet uppgivit för låg konsumtion. Detta innebär i första hand att undersökningsgrupperna III och IV inte innehåller enbart icke-konsumenter.

Båda de ovan redovisade felkällorna torde ha haft samma effekt på undersökningsresultaten. De har gjort det svårare att påvisa skillnader mellan undersökningsgrupperna, vilket bör beaktas vid utvärderingen av undersökningsresultaten.

Som ett argument för ett friare bruk av cannabis har ofta framförts åsikten att ett dylikt bruk skulle vara ett substitut för alkohol. Resultaten i denna undersökning tyder på att ovanstående argument inte är tillämpbart för den undersökta populationen. De ungdomar som någon gång använt narkotika men slutat och framför allt de som uppger sig fortsätta med bruket dricker oftare starksprit än övriga. Dessutom konsumerar man i dessa två grupper mer alkohol per gång vilket har mätts med en fråga om hur ofta man dricker alkohol så att man känner sig berusad. 54 % av de ungdomar som uppger att man fortsätter att använda narkotika (grupp I) berusar sig ofta med hjälp av alkohol mot 28 % från grupp II. Grupperna III och IV har lägre siffror, 13 resp. 3 %. Samma tendens framträder även för konsumtion av tobak och lösningsmedel.

En viktig fråga är huruvida eleverna själva uppfattar den information som skolan har gett om narkotika och dess verkningar som tillräcklig. I den här aktuella undersökningen är flertalet av eleverna överens om att ytterligare information behövs i denna fråga. Närmare ¾ av totala materialet anser att skolan inte har gett dem tillräcklig upplysning.

Ett centralt spörsmål är även fritidsgruppernas sammansättning och struktur. En jämförelse härvidlag ger vid handen att vissa skillnader mellan narkotikabrukare, f. d. narkotikabrukare och övriga förekommer. Sålunda är det vanligare att elever från grupperna I och II söker sitt fritidsumgänge bland kamrater som har slutat skolan och att dessa kamrater är äldre än de själva.

När det gäller kontakter med det motsatta könet och självskattad kamratkontakt visar resultaten att elever från grupp I i större utsträckning än kamrater från övriga grupper uppger sig ha stadigt sällskap och också har fler vänner.

Beträffande problemet om hur man trivs i skolan visar det sig att de elever som aldrig har haft någon beröring med narkotika (grupp IV) är bättre anpassade till skolan. Cirka ¾ från denna grupp anser att de trivs mycket bra eller bra med skolan. Motsvarande siffra för grupperna I–III varierar mellan 44–54 %. Vidare framkommer att skolk bland eleverna är vanligast i grupp I. Samma tendens erhölls beträffande kontakten med föräldrarna. Narkotikabru-

Tabell 1. »Innan Du knarkade första gången, hade Du tidigare blivit erbjuden knark?»

	Grupp I			Grupp II		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja en gång	9	2	6	14	8	11
Ja ett par gånger	36	41	38	30	35	32
Ja många gånger	35	43	38	25	32	28
Nej aldrig	20	14	18	31	25	28
Ej svar	0	0	0	1	0	0
Summa	100	100	100	101	100	99

karna tycks ha mindre kontakt med föräldrarna än övriga elever.

Sammanfattningsvis kan sägas att undersökningsresultaten tyder på att narkotikabrukarna, undersökningsgrupperna I och II, i större utsträckning än andra elever är benägna att använda andra medel som har en mental effekt, tobak, alkohol och lösningsmedel. De är också sämre anpassade i skolan och har en sämre föräldrakontakt men tycks ha ungefär lika god kamratkontakt. Vissa skillnader i slaget av umgänge förekommer dock.

2.4 *Appendix I*

På sidan 59 återfinns ett antal påståenden om narkotika och narkotikamissbrukare. För vart och ett av dessa påståenden skall Du ange om Du tycker det är »helt riktigt», »delvis riktigt», »tveksamt», »delvis felaktigt» eller »helt felaktigt».

2.5 *Appendix II*

I anslutning till frågan »Har Du någon gång knarkat?» har de elever som svarat ja – grupp I och II – fått besvara ett antal följdfrågor. Dessa frågor avser att belysa olika karakteristika kring narkotikadebuten såsom tidigare möjlighet att pröva på narkotika, debutpreparat, konsumtionssätt, anskaffningssätt, konsumtionsplats och konsumtionssällskapets sammansättning.

Tidigare möjlighet att pröva på narkotika

I första hand visar tabell 1 att flertalet ungdomar både från grupp I och från grupp II tidigare har erbjudits narkotika men då avstått från att pröva. Vidare är det vanligare att de som någon gång prövat narkotika men slutat (grupp II) i större utsträckning använder sig av första tillfälle att pröva på än de som uppger sig fortsätta med bruket (grupp I). 28 % från grupp II

Tabell 2. »Vilket preparat använde Du första gången?»

	Grupp I			Grupp II		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Preludin	3	8	5	2	6	4
Morfin	1	2	1	3	1	2
Ritalina	0	4	2	1	0	1
Haschisch	84	71	79	77	76	76
Marihuana	3	4	3	5	2	4
LSD	6	2	5	2	1	1
Annat	4	8	5	3	5	4
Vet ej	0	2	1	7	10	9
Ej svar	0	0	0	1	0	0
Summa	101	101	101	101	101	101

	Helt riktigt	Delvis riktigt	Tveksam	Delvis felaktigt	Helt felaktigt
a. Jag anser att straffet för innehav av narkotika skall mildras	☐	☐	☐	☐	☐
b. Jag skulle kunna tänka mig att själv använda narkotika	☐	☐	☐	☐	☐
c. Jag anser att om en elev märker att en kamrat använder narkotika, bör han meddela skolledningen detta	☐	☐	☐	☐	☐
d. Jag tycker inte sämre om en popartist om jag får reda på att han eller hon använder narkotika	☐	☐	☐	☐	☐
e. Jag anser att man bör straffas om man har rökt hasch	☐	☐	☐	☐	☐
f. Jag tror att om man en gång börjar med narkotika är det omöjligt att sluta	☐	☐	☐	☐	☐
g. Jag tror att narkotika för en del ungdomar kan vara av en viss nytta	☐	☐	☐	☐	☐
h. Jag tycker att om en elev använder narkotika, så bör inte kamraterna lägga sig i detta	☐	☐	☐	☐	☐
i. Jag tycker skolan borde motarbeta narkotikabruket mer än som nu är fallet	☐	☐	☐	☐	☐
j. Jag tycker samhället borde motarbeta narkotikabruket mer än som nu sker	☐	☐	☐	☐	☐
k. Jag tror att narkotika ofta är orsaken till svåra våldsbrott	☐	☐	☐	☐	☐
l. Jag anser att det är helt förkastligt att använda narkotika	☐	☐	☐	☐	☐
m. Jag skulle aldrig kunna acceptera en narkoman i min bekantskapskrets	☐	☐	☐	☐	☐
n. Jag tror att många människor behöver narkotika för att lättare stå ut med svårigheterna här i livet	☐	☐	☐	☐	☐
o. Jag skulle inte ha något emot om min bästa kamrat använde narkotika	☐	☐	☐	☐	☐
p. Jag anser att om en elev märker att en kamrat säljer narkotika, bör han meddela skolledningen detta	☐	☐	☐	☐	☐
q. Jag anser att narkomaner tillhör samhällets bottenskikt	☐	☐	☐	☐	☐
r. Jag anser att all avgiftning av narkomaner borde ske tvångsmässigt	☐	☐	☐	☐	☐

Tabell 3. »På vilket sätt tog Du knarket första gången?»

	Grupp I			Grupp II		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Genom munnen	9	16	12	9	14	11
Med spruta	1	0	1	4	1	3
Rökte	90	84	88	86	85	86
Ej svar	0	0	0	0	0	0
Summa	100	100	101	99	100	100

svarar att man aldrig tidigare blivit erbjuden narkotika och således använder sig av första brukningsmöjligheten. Motsvarande siffra för grupp I är 18 %. Tabellen visar också att flickorna, innan de brukade narkotika första gången, i bägge grupperna har exponerats för fler tillfällen än pojkarna.

Debutpreparat

Det helt dominerande förstagångspreparatet är som väntat haschisch (tabell 2). 82 % från grupp I uppger haschisch och marihuana som debutpreparat och ungefär samma andel från grupp II (80 %). 7 % från grupp I och 5 % från grupp II uppger preludin och ritalina som förstagångspreparat. LSD används första gången av totalt 2 % (10 st). En större andel från grupp II (9 %) än från grupp I (1 %) vet inte vilket preparat man använde första gången. I svarskategorin annat preparat förekommer bl. a. opium, nembutal och valium.

Konsumtionssätt

Tabell 3 visar att 88 % från grupp I rökte första gången man brukade narkotika. Ungefär samma andel (86 %) från grupp II svarar detsamma. 13 resp. 11 % från grupp I och II intog narkotika genom munnen medan en liten andel använde sig av spruta, totalt ca 2 %.

Anskaffningssätt

Det absolut vanligaste sättet att komma i kontakt med narkotika är att man blir bjuden (tabell 4). 54 % av grupp I uppger detta och därav har 7 % bjudits av någon okänd person och 47 % av någon kamrat. En högre andel av grupp II uppger detsamma: 74 % har blivit bjudna varav 14 % av någon obekant och 61 % av en kamrat. Ungdomarna från grupp I har i större utsträckning köpt sin narkotika antingen av en langare (13 %) eller av någon kamrat (15 %). Motsvarande siffror för grupp II är 3 resp. 10 %.

Tabell 4. »Hur kom Du i kontakt med knarket första gången?»

	Grupp I			Grupp II		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Köpte av langare	11	16	13	4	2	3
Köpte av kamrat	18	12	15	14	6	10
Tog själv hem från utlandet	5	4	5	1	0	1
Blev bjuden av kamrat	53	39	47	55	68	61
Blev bjuden av någon Du inte kände förut	3	14	7	13	13	13
Annat sätt	10	14	12	7	7	7
Minns inte	1	2	2	5	4	4
Ej svar	0	0	0	1	1	1
Summa	101	101	101	100	101	100

Tabell 5. »Var knarkade Du första gången?»

	Grupp I			Grupp II		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Hemma i Din bostad	5	0	3	2	3	3
Hemma hos en kamrat	31	26	29	30	41	35
I skolan	1	0	1	1	4	2
I närheten av skolan	6	0	4	5	3	4
På någon ungdomsgård eller klubb	18	25	21	13	14	14
I en knarkarkvart	9	22	14	3	2	2
Utomlands	6	2	5	4	7	5
Annat ställe	21	22	21	29	21	25
Minns ej	3	4	3	11	5	8
Ej svar	0	0	0	2	1	2
Summa	100	101	101	100	101	100

Konsumtionsplats

Tabell 5 visar var man befann sig när man brukade narkotika första gången. Av speciellt intresse är svarsalternativen »i skolan» och »i närheten av skolan». Endast en liten andel av ungdomarna i de bägge grupperna uppger att man började med sitt narkotikabruk i eller i närheten av den egna skolan, 5 % från grupp I och 6 % från grupp II. Det vanligaste är att man debuterar hemma hos någon kamrat, därnäst på något annat ställe som kan vara på de mest skiftande platser såsom på någon toalett, i skogen, på badstranden. En relativt stor andel får sin introduktion på någon ungdomsgård eller klubb, 21 % från grupp I och 14 % från grupp II. 14 % av dem som uppger sig fortsätta med sitt narkotikabruk har debuterat i en s. k. »knarkarkvart» mot endast 2 % från grupp II.

Konsumtionssällskapets sammansättning: Antal närvarande

Av tabell 6 framgår att debuten oftast sker i en kamratkrets med 2–5 medlemmar. Det är mycket sällsynt att man prövar narkotika första gången ensam. Flickorna tycks i större utsträckning än pojkarna debutera i större grupper med fler än 6 medlemmar. Denna skillnad mellan könen är speciellt framträdande i grupp I.

Konsumtionssällskapets sammansättning: Förekomst av icke-konsumenter

För att få en uppfattning om huruvida debuten sker som en isolerad företeelse inom gruppen eller inträffar i en krets där alla brukar narkotika ställdes frågan om samtliga som var närvarande vid debuttillfället använde narkotika. Över hälften

Tabell 6. »Hur många var närvarande?»

	Grupp I			Grupp II		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ensam	1	0	1	5	1	3
1 st.	9	10	9	11	10	11
2—5 st.	78	49	66	65	61	63
6—10 st.	6	26	14	11	20	15
Fler än 10	6	16	10	7	7	7
Ej svar	0	0	0	1	1	1
Summa	100	101	100	100	100	100

Tabell 7. »Använde alla som var med knark?»

	Grupp I			Grupp II		
	P	F	Totalt	P	F	Totalt
Ja	71	63	68	44	57	51
Nej	21	18	20	40	32	36
Vet ej	8	20	12	13	11	12
Ej svar	0	0	0	2	0	1
Summa	100	101	100	99	100	100

(51 %) från grupp II uppger att alla som var med använde narkotika. En större andel (68 %) från grupp I uppger detsamma. 12 % från båda grupperna säger sig inte känna till om alla använde narkotika vid tillfället ifråga.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att flertalet av de elever som någon gång har brukat narkotika redan tidigare har haft möjlighet att pröva på. Vidare visar resultaten att det helt dominerande förstagångspreparatet är haschisch, och därmed är rökning det vanligaste konsumtionssättet första gången. Den första kontakten med narkotika sker oftast genom att man blir bjuden och då framför allt av någon kamrat. När det gäller var någonstans debuten sker, är det mycket ovanligt att skolan eller skolans närhet är platsen för introduktionen. Den vanligaste debutplatsen är hemma hos någon kamrat.

Beträffande konsumtionssällskapets sammansättning vid debuten kan konstateras att narkotikan första gången intas i mindre grupper oftast bestående av 2–5 medlemmar och att förekomsten av icke-konsumenter i dessa grupper är relativt sett liten.

2.6. *Appendix III*

Till de respondenter som uppger sig fortsätta med narkotikabruket – grupp I – har ett antal frågor ställts som avser att belysa olika karakteristika kring det fortsatta narkotikabruket. Sålunda berör frågorna konsumtionsintensitet, nuvarande preparat, konsumtionssätt, anskaffningssätt, plats för anskaffningen, konsumtionsplats, konsumtionssällskapets sammansättning och stabilitet samt sätt för finansiering av inköp av narkotika.

Konsumtionsintensitet (A)

De i tabell 1 redovisade resultaten visar på en skillnad mellan könen vad gäller konsumtionsintensiteten. Nära hälften (47 %) av flickorna har en konsumtion på ett eller ett par konsumtionstillfällen i veckan, medan motsvarande siffra för pojkarna endast är 26 %. Av totala antalet

Tabell 1. »Hur ofta knarkar Du nu?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Så gott som dagligen	7	9	2	4	9	7
Ett par gånger i veckan	15	19	14	27	29	22
En gång i veckan	6	7	10	20	16	12
Ett par gånger i månaden	16	20	6	12	22	17
Någon gång i månaden	19	24	12	23	31	24
Några gånger om året	17	21	7	14	24	18
Summa	80	100	51	100	131	100

Tabell 2. »Hur många gånger har Du knarkat den senaste veckan?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Varje dag	5	6	1	2	6	5
Några gånger	10	13	9	18	19	15
Ett par gånger	5	6	5	10	10	8
En gång	20	25	17	33	37	28
Ingen gång	40	50	19	37	59	45
Summa	80	100	51	100	131	101

brukare finns den största frekvensen i svarskategorin en eller ett par gånger i månaden; 41 %.

Konsumtionsintensitet (B)

Samma skillnad mellan könen som framträdde i tabell 1 återfinns även i tabell 2; flickorna har i större utsträckning brukat narkotika den senaste veckan. Endast för alternativet varje dag dominerar pojkarna. Frekvensen för detta alternativ är emellertid mycket små.

Debutpreparat – Nuvarande preparat

Tabell 3 avser att redovisa en jämförelse mellan debut- och nuvarande preparat. Cellvärdena är totalsiffror dvs. procent av totala antalet brukare. Som synes har det skett en viss omfördelning av konsumtionen.

Tabellen är något svårtolkad då endast ett debutpreparat kan förekomma medan en och samma individ vid den aktuella undersökningsperioden kan konsumera flera olika preparat. Allmänt kan konstateras att det har skett en ökning för alla slag av narkotika, dvs. efter debuten har man även prövat andra slag än det man använde första gången. Sålunda uppgav 5 % preludin som debutpreparat medan 24 % svarar att man nu använder detta slag av narkotika. Det är framför allt de som debuterade med haschisch som svarar för denna ökning. 15 % som började med haschisch använder nu även preludin. Totalt uppgav 79 % haschisch som debutpreparat. Av dessa fortsätter 78 % att använda samma preparat men har till stor del övergått till andra, förutom till preludin och marihuana även till LSD och annat. 13 % använder nu LSD.

Tabell 3. »Vilket preparat använde Du första gången?» — »Vilket eller vilka preparat använder Du nu?»

	Nuvarande preparat							
	Summa debut-prep.	Prelu-din	Morfin	Rita-lina	Hasch-isch	Marih.	LSD	Annat
Preludin	5	3	1	0	4	2	0	0
Morfin	2	0	2	0	1	1	1	0
Ritalina	2	0	0	0	2	0	0	0
Debutpreparat								
Haschisch	79	15	2	5	78	13	7	8
Marihuana	3	1	0	0	3	2	0	0
LSD	5	1	1	0	2	1	5	0
Annat	5	4	2	2	4	0	0	4
Summa	101	24	8	7	94	19	13	12

Tabell 4. »På vilket eller vilka sätt tar Du knarket numera?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Genom munnen	6	8	5	10	11	9
Med spruta	3	4	0	0	3	2
Röker	62	77	38	75	100	76
M+S	2	3	1	2	3	2
M+R	6	8	6	12	12	9
S+R	1	1	0	0	1	1
Ej svar	0	0	1	2	1	1
Summa	80	101	51	101	131	100

Tabell 5. »Varifrån skaffar Du knarket?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Köper av langare	37	46	19	37	56	43
Köper av kamrater	31	39	25	49	56	43
Langar själv	6	8	1	2	7	5
Skaffar från läkare	0	0	0	0	0	0
Bjuden	31	39	25	49	56	43
Annat sätt	4	5	6	12	10	8

Tabell 6. »På vilket eller vilka ställen får eller köper Du knarket?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
I skolan	5	6	2	4	7	5
I närheten av skolan	4	5	0	0	4	3
Ungdomsgård	10	13	5	10	15	11
Kond. eller rest.	2	3	3	6	5	4
Klubb	29	36	28	55	57	44
Skiva	18	23	20	39	38	29
Annat ställe	36	45	30	59	66	50
Ej svar	3	4	0	0	3	2

Tabell 7. »Var brukar Du ta knarket?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Hemma i Din bostad	12	15	12	24	24	18
Hemma hos en kamrat	33	41	25	49	58	44
I skolan	2	3	4	8	6	5
I närheten av skolan	2	3	0	0	2	2
På någon ungdomsgård eller klubb	19	24	25	49	44	34
I en knarkarkvart	13	16	13	25	26	20
Annat ställe	23	29	15	29	38	29

Konsumtionssätt

Konsumtion av narkotika genom att röka är ojämförligt vanligast (86 %) (tabell 4). Av dessa uppger 10 % att man kombinerar det med annat konsumtionssätt. 5 % använder sig av spruta och 20 % tar narkotikan genom munnen. Jämfört med pojkarna konsumerar flickorna narkotikan genom munnen i större utsträckning, 24 % mot 14 % för pojkarna.

Anskaffningssätt

Som synes är det lika vanligt att man köper narkotikan av langare eller av kamrater som att man blir bjuden (tabell 5). Dock är det vanligare att pojkarna köper direkt av langare och att flickorna köper av kamrater. Jämfört med pojkarna är det en större andel flickor som blir bjudna.

Anskaffningsplats

Hälften av ungdomarna uppger sig skaffa narkotikan på andra ställen än på de i frågan nämnda (tabell 6). Annat ställe innebär bl. a. olika platser på stan; t. ex. centralstationen, på torget, eller hemma hos någon. Det näst vanligaste är på någon klubb (44 %). Endast en liten del av narkotikaspridningen tycks ske i eller i närheten av skolan. Endast 5 % uppger att man skaffar narkotika i skolan och 3 % i närheten.

Konsumtionsplats

Tabell 7 visar var någonstans man vistas vid konsumtionstillfällena. Totalt 44 % intar narkotikan hemma hos en kamrat. Därnäst vanligast konsumtionsställe är ungdomsgårdar eller klubbar 34 %. En relativt stor andel (20 %) nämner s. k. knarkarkvartar som tillhåll för intagande av narkotika. Vidare visar tabellen att skolan och skolans närhet spelar en relativt liten roll i sammanhanget. Endast 5 resp. 2 % uppger skolan och skolans närhet som möjliga konsumtionsställen.

Konsumtionssällskapets sammansättning: Förekomst av klasskamrater

Tabell 8 visar att över hälften (54 %) uppger att kamrater som har slutat skolan är med och 39 % att kamrater från annan skola än den egna deltar när man intar narkotikan. Jämfört med pojkarna har flickorna en betydligt större andel som brukar narkotikan tillsammans med kamrater som har slutat skolan.

Konsumtionssällskapets sammansättning: Könsfördelning

Av tabell 9 framgår att ungefär hälften av respondenterna uppger att konsumtionsgrupperna består av ungefär lika många pojkar som flickor. Därnäst vanligast är att pojkarna överväger. Endast 1 flicka svarar att konsumtionen sker med endast flickor närvarande medan 25 % av pojkarna uppger att bara pojkar är med.

Konsumtionssällskapets sammansättning: Förekomst av icke-konsumenter och konsumtionssällskapets stabilitet

Tabell 10 redovisar svaren på frågan om alla som är med vid konsumtionstillfällena

Tabell 8. »Vilka brukar vara med när Du knarkar?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Brukar vara ensam	3	4	1	2	4	3
Klasskamrater	16	20	8	16	24	18
Kamrater från samma skola men ej från samma klass	21	26	9	18	30	23
Kamrater från annan skola än Din egen	30	38	21	41	51	39
Kamrater som har slutat skolan	39	49	32	63	71	54

Tabell 9. »Är både pojkar och flickor med?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Bara pojkar	20	25	0	0	20	15
Bara flickor	0	0	1	1	1	1
Mest pojkar	24	30	13	26	37	28
Ungefär lika många pojkar som flickor	32	40	34	67	66	51
Ej svar	2	3	1	2	3	2
Summa	80	101	51	100	131	100

Tabell 10. »Brukar alla som är med ta knark?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Ja	44	55	26	51	70	54
Nej	20	25	13	26	33	25
Vet ej	15	19	10	20	25	19
Ej svar	1	1	2	3	3	2
Summa	80	100	51	100	131	100

Tabell 11. »Brukar det oftast vara samma kamrater som är med?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Ja	71	89	41	80	112	86
Nej	8	10	8	16	16	12
Ej svar	1	1	2	4	3	2
Summa	80	100	51	100	131	100

Tabell 12. »Hur skaffar Du pengar till knarkinköp?»

	Pojkar		Flickor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Blir oftast bjuden	20	25	18	35	38	29
Använder veckopengar	25	31	18	35	43	33
Arbetar själv ihop pengar	15	19	5	10	20	15
Skaffar pengar på annat sätt	15	19	6	12	21	16
Ej svar	5	7	4	8	9	7
Summa	80	101	51	100	131	100

tar narkotika. I något mer än hälften (54 %) av fallen konsumeras narkotika av samtliga, vilket tillsammans med de i tabell 11 redovisade uppgifterna tyder på att narkotikan spelar en viss roll för stabiliteten inom gruppen. Av tabell 11 framgår att flertalet respondenter uppger att det oftast är samma kamrater som är med vid konsumtionstillfällena.

Sätt för finansiering av inköp av narkotika

Av tabell 12 framgår hur man skaffar pengar för inköp av narkotika. Det vanligaste är att veckopengarna används för anskaffningen, 33 % uppger detta. En något mindre andel (29 %) säger sig oftast bli bjudna, flickorna i större utsträckning än pojkarna. Knappt en tredjedel uppger att man själv arbetar ihop pengarna eller skaffar dem på annat sätt.

De i appendix III redovisade resultaten, som berör de elever som fortsätter att bruka narkotika, visar en skillnad mellan könen vad gäller konsumtionsintensiteten. Det är en större andel av flickorna än av pojkarna som uppvisar ett eller ett par konsumtionstillfällen i veckan. En viss omfördelning av preparattyp har skett sedan debuten, dvs. det är relativt vanligt att man har prövat andra slag av narkotika än det man använde första gången. Anskaffningen av narkotika sker till största delen genom att man köper det, antingen av en langare eller av en kamrat, och att man blir bjuden. Liksom när det gällde debuten är det sällsynt att skolan och skolans närhet är platsen för anskaffning och konsumtion av narkotikan. Beträffande konsumtionssällskapets sammansättning kan konstateras att narkotikan till största delen intas bland kamrater som har slutat skolan, och att det oftast är samma kamrater, som är med vid konsumtionstillfällena. Vidare är det vanligast att konsumtionssällskapen består av ungefär lika många pojkar som flickor och att förekomsten av icke-konsumenter i dessa grupper är relativt liten. I den mån man köper narkotikan sker finansieringen oftast genom att man använder veckopengarna.

3 Inskrivningsskyldigas narkotikavanor 1968 — frekvenser, attityder och bakgrundsdata

Jan Agrell Björn Netz Bertil Wolff

3.1 *Förord*

Denna PM är en preliminär redovisning för narkomanvårdskommitténs räkning av MPI projekt D 013.

Undersökningen har planlagts och genomförts av MPI. Vid databehandlingen har institutet fått hjälp av kommittén dels ekonomiskt, dels personellt genom kommitténs biträdande sekreterare, forskningsassistenten Nils Wickberg.

Föreliggande PM har författats av militäröverpsykolog Jan Agrell, fil. lic. Björn Netz och fil. kand. Bertil Wolff. Författarna svarar gemensamt för bearbetning och resultattolkning. Manuskriptet avslutades i mars 1969.

3.2 *Inledning*

I Militärpsykologiska institutets (MPI) långsiktsplan upptages under projekt nr D 013 undersökningar rörande toxikomani (främst alkohol-, läkemedels- och liknande missbruk) bland värnpliktiga och militärtjänstgöringens inverkan därpå. Problemställningen har initierats av bl. a. Försvarets sjukvårdsstyrelse, Försvarsstaben och Värnpliktsverket. Bakgrunden är att söka dels i det under senare år starkt ökande narkotikamissbruket bland ungdomen, dels i den utveckling, som alkoholbruk och -missbruk undergått under samma tid.

Inom den militära samhällsfunktionen har dessa förhållanden återspeglat sig på flerahanda sätt. Så har vid inskrivningarna av de värnpliktiga under senare år antalet frikallelser och tillfälliga oduglighetsförklaringar på grund av nervösa och andra psykiska besvär ökat kraftigt och narkotika- och alkoholkonsumtion i vidgad omfattning ingått i sjukdomsgenesen. Även vid de värnpliktigas inryckning till och fullgörande av grundutbildningen har frekvensen av grövre anpassningssvårigheter med narkotika- och alkoholmissbruksbakgrund ökat med påföljd att sådana missbruk vunnit insteg på förbanden.

MPI:s befattning med toxikomanin är primärt föranledd av dennas *militära* konsekvenser. Företeelsen är en allmän samhällsföreteelse med särskild aktualitet bland ungdomskategorierna av *båda könen*. Under kortare perioder – inskrivning, grundutbildning och krigsförbandsövningar – kommer hälften, den *manliga* hälften, i kontakt med krigsmakten, som därigenom direkt berörs av företeelsen och dess konsekvenser för de värnpliktigas lämplighet för och anpassning till den militära samhällsfunktionen.

De olika undersökningar som MPI företagit och företar är av dessa skäl begränsade till värnpliktiga, manliga individer främst i åldersläget från 18 år och upp i 20-årsåldern och kan icke utsträckas till ålderskategorier över 47 års ålder. Detta innebär – vilket bör sägas ifrån redan här – att man inte från MPI:s undersökningsresultat kan

generalisera till andra populationsutsnitt eller till hela landets befolkning.

Även en annan anledning finns härtill. Undersökningarna är upplagda för att belysa de *militära* problemen i sammanhanget, vilket är en given begränsning, då vårdnadsaspekterna t. ex. kommer i bakgrunden och olika socialmedicinska omständigheter av betydelse för uppspårande och omhändertagande av de drabbade icke kommer in i bilden.

Ej heller har vi ännu kunnat göra våra undersökningar helt täckande för berörda ålderskategorier i *hela* landet; t. v. har kapaciteten främst inriktats på vissa storstadsområden medan glesare bebyggda områden endast medtagits som jämförelsematerial. Detta begränsar generaliserbarheten men invalidiserar den inte.

Tidigare har MPI i samverkan med Värnpliktsverket (VPV) gjort en enkätundersökning rapporterad i MPI A-rapport nr 5, okt. 1968: »Narkotikavanor hos inskrivningsskyldiga – undersökningar inom Stockholms och Gävleborgs inskrivningsområden 1967» av Jan Agrell och Bertil Creutzer. Resultaten och erfarenheterna från denna har utnyttjats vid uppläggningen och genomförandet av här redovisad undersökning av inskrivningsskyldiga år 1968. Vad som nu överlämnas är en *preliminär* redovisning av viktigare data och förhållanden rörande de ca 20 000 i undersökningen ingående individerna. Redovisningen sker i form av en tabellkommenterande PM, där även vissa mer översiktliga jämförelser göres och vissa preliminära slutsatser drages. Jämförelser görs också med undersökningsresultaten från 1967. Det måste understrykas att *nu* föreliggande rapportering icke är en vetenskaplig slutprodukt utan en under kraftig tidsnöd åstadkommen preliminär avstämning av resultaten.

Den definitiva vetenskapliga avrapporteringen kommer att ske under sommaren 1969 med början i en rad B-rapporter, som redovisar och kommenterar det grundläggande tabellmaterialet. Dessa följes sedan till hösten av en sammanfattande slutrapport i MPI A-rapportserie.

3.3 *Undersökningspopulation*

3.3.1 Antal

Föreliggande undersökning omfattar uppgifter från 20 034 inskrivningsskyldiga, vilket innebär att vi har data från något mindre än hälften av samtliga som skrevs in år 1968. Materialet har till största delen insamlats vid inskrivningsnämnder i storstadsregioner och områden däromkring, då en arbetshypotes har varit att narkotikamissbruk i första hand är en storstadsföreteelse. Vidare har Bergslagens inskrivningsområde medtagits. Detta Io täcker dels några regionsstäder som Karlstad och Örebro, dels landsbygd samt mindre städer och samhällen. En översikt av hur många som skrevs in vid de olika nämnderna, och vilka områden som dessa täcker geografiskt, ges i tabell 1 nedan.

3.3.2 Bortfall

Då i skrivande stund inga slutgiltiga uppgifter lämnats om antalet inskrivna är ovan-

Tabell 1. Antal inskrivna vid olika nämnder.

Nämnder:	Täcker geografiskt:	Antal inskrivna
Io 1 S	Södra Stockholm med förorter	3 428
» » Nv	Nordvästra Stockholm med förorter	3 166
» » Nö	Nordöstra Stockholm med förorter	3 151
7	a. Malmö stad	2 131
	b. Södra Skåne	1 349
» 17 G	Göteborg med förorter	3 132
» » Bh	Bohuslän[1]	1 391
Milo B	Värmland Örebros, och Kopparbergs län[2]	2 987
		20 735

[1] Då nämnden Io 17 Bh även skrivit in några som bodde i Göteborgs förorter har dessa vid den geografiska indelningen överförts till Io 17 G.

[2] Inskrivningen vid denna central pågick under hösten 1968 och har även fortsatt under våren 1969, varför endast data från »höstomgången» medtagits. Denna grupp är i vissa avseenden selegerad då i första hand studerande och pojkar från omkringliggande tätorter och städer inskrevs under hösten. Data från »våromgången» kommer tillsammans med nu redovisade data från Milo B att presenteras i de kommande MPI-rapporterna.

Tabell 2. »Vilket år är Du född?»

	Antal (A)	Procent (%)
Född 1948 eller tidigare	460	2,3
» 1949	5 118	25,8
» 1950	14 166	71,4
» 1951	79	0,4
» 1952 eller senare	19	0,1
Totalt	19 842	100,0
Bortfall %		0,8

stående siffror endast att betrakta som preliminära. De anger antalet besvarade inskrivningsprov (I-prov) och motsvarar inte helt det antal individer som fick fylla i enkäten om narkotikavanor. Differenserna uppskattas dock vara mycket små.

Med ledning av ovanstående uppgifter skulle vårt initiala bortfall uppgå till 3,4 % och till största delen vara orsakat av obesvarade och ofullständigt besvarade formulär. Detta bortfall måste alltså betraktas som obetydligt. Vid en genomgång av de formulär som utgått ur det databearbetade materialet framkom vidare inga tecken på att något systematiskt bortfall förekommit i något avseende.

Förutom detta initiala bortfall förekommer även ett visst bortfall vid varje fråga, vilket kommer att redovisas i anslutning till varje tabell.

3.3.3 Ålder

De inskrivningsskyldigas åldersfördelning framgår av tabell 2.

Tabell 3. »Var har Du i huvudsak varit bosatt under Din uppväxt?»

	A	%
I Stor-Stockholm, Göteborg eller Malmö	11 033	55,8
I annan stad med mer än 50 000 inv	831	4,2
I annan stad eller tätort med under 50 000 inv	3 693	18,7
På landsbygden	4 056	20,5
Utomlands	154	0,8
Totalt	19 767	100,0
Bortfall %		1,2

Det stora flertalet var vid inskrivningstillfället 18 år eller stod i begrepp att fylla detta under året 1968.

3.3.4 Ortstillhörighet

Något över hälften av de som besvarat enkäten har växt upp i storstadsregioner medan däremot andra större städer är klart underrepresenterade i vårt material. (Tabell 3.)

3.4 *Metoder*

3.4.1 Datainsamlande

Själva datainsamlingen pågick för alla nämnder utom vid Milo B under tiden 25.9–1.12.1968. För Milo B gäller 1.9–20.12.1968; data insamlas där även under våren 1969.

Enkäten besvarades i samband med övriga prov och formulär under inskrivningens skriftliga provfas. Besvarandet, åt vilket 20 minuter hade anslagits, skedde efter övriga prov och låg för samtliga nämnder utom Milo B före läkarundersökningen.

För att fullständig *anonymitet* skulle kunna garanteras, var formulären endast rubricerade som »Personligt frågeformulär». Efter besvarandet fick de prövade (dpp) själva lägga ned blanketterna i ett kuvert, försluta detta och sedan lägga det i en uppsamlingslåda.

3.4.2 Frågeformuläret

Det formulär som användes var en vidareutveckling och omarbetning av det som gavs vid 1967 års undersökning. Den nya versionen bestod sammanlagt av 38 frågor[1] av vilka de första 21 riktades till samtliga, frågorna 22–32 enbart till dem som prövat narkotika och resterande 33–38 till ickebrukarna. Formuläret innehöll 11 frågor om narkotikavanor, 3 om alkoholvanor, en om tobakskonsumtion. Vidare fanns 4 frå-

[1] I detta formulär förekommer vissa frågor inklusive svarsalternativ, som är direkt hämtade från andra undersökningar, då vi önskar möjliggöra senare jämförelser.

gor avsedda att täcka utbudet av narkotika och icke-brukares attityder till narkotika. Dessutom ingick 10 frågor som berörde sociala förhållanden och anpassning samt 8 frågor rörande attityder till olika slags auktoriteter. Frågorna var tryckta på två blanketter avsedda för optisk läsning. Markering fick endast ske för *ett* av alternativen till varje fråga, och skulle göras i form av blyertsstreck i vissa rutor. Formuläret återges i bilaga 1.

Förutom de två frågeblanketterna fanns även en instruktionsblankett med anvisningar för ifyllandet samt ett blankt papper på vilket dpp i förekommande fall fick kommentera frågorna eller sina lämnade uppgifter.

3.4.3 Genomgång och kontroll av formulär

Följande faktorer stod för den största delen av bortfallet och föranledde åtgärder, antingen korrigeringar eller också uteslutningar:

a. Dubbelmarkeringar och kommentarer på svarsblanketterna.

b. Markeringar med annat än blyertspenna, ofullständiga markeringar av aktuella rutor och för svaga markeringar.

c. Vikta och trasiga formulär.

d. Mycket ofullständiga formulär (t. ex. sådana där en fråga var överhoppad, helt obesvarade formulär etc).

e. Feltryckta eller otryckta blanketter samt saknade blanketter. Samtliga formulär kontrollerades visuellt i dessa avseenden. »Defekta» formulär uteslöts och felifyllda formulär rättades. Samtliga blanketter kodades och överfördes slutligen till datakort, ett kort för varje individ.

I några av frågorna förekom det att dpp mot instruktionen prickade för två eller flera alternativ. För att vi ej skulle behöva utesluta dessa formulär från den vidare databearbetningen, användes följande tillvägagångssätt. När dubbelmarkeringar förekom i frågorna 18, 23, 26, 27, 28, 30, 34, 36 och 38 överfördes de förprickade alternativen till det sista alternativet (»annat», »annan orsak» el. dyl). Alla dessa ändringar protokollfördes och kommer att redovisas i kommande rapporter. Vid läsandet av resultaten i föreliggande rapport bör man alltså ha i minne att frekvenserna i det sista alternativet i ovan nämnda frågor till en viss del består av omkodade dubbelmarkeringar.

3.4.4 Statistiska metoder

I denna rapport redovisas endast absoluta frekvenser och procenttal. Materialet betraktas som en totalpopulation och vi avser inte generalisera våra resultat. Några osäkerhetsmått av statistiskt slag lämnas därför ej. Tolkningen av tabellerna och eventuella differenser mellan grupper sker i stället i form av subjektiva utvärderingar. Vi har valt denna linje då vårt material är mycket stort och vi härigenom erhållit stora undergrupper.

3.4.5 Indelning av materialet i undergrupper

För att uppnå en bättre differentiering av materialet har vi varit tvungna att indela det i undergrupper efter olika dimensioner.

Geografisk indelning:

Inskrivningsområden: Stockholm
Göteborg
Malmö
Bohuslän
Södra Skåne
Bergslagen

Indelningen är betingad av de aktuella inskrivningsområdena. Vi har emellertid vidtagit några modifieringar då vi slagit samman de som skrevs in vid Stockholms tre nämnder till *en* grupp, som får representera hela Stockholmsregionen. I den kommande rapporteringen skall dessa tre Stockholms nämnder (nordöstra, nordvästra och södra) redovisas var och en för sig. För att kunna jämföra våra tre största städer har de inskrivna vid Io 7 delats upp i två grupper, dels de från Malmö stad och dels de resterande som i huvudsak kommit

från södra Skånes städer (Ystad, Trelleborg och Simrishamn) och landsbygd.

Grupperna från de övriga nämnderna är ouppdelade med undantag av Io 17 Bh som fått lämna ca 100 individer till Io 17 G då dessa varit bosatta i Göteborgs förorter.

Denna indelning är beroende av vilka distrikt de olika nämnderna täckt av. De tre nämnderna i Stockholm har ett ganska homogent storstadsmaterial medan Milo B har det mest heterogena.

Missbruksfrekvens:[1]

Grupp I: Icke-brukare
» II: Engångsmissbrukare före eller under 1967
» III: Engångsmissbrukare under 1968
» IV: 2–10 gångers-missbrukare
» V: Mer än 10-gångers-missbrukare

Ovanstående indelning är gjord för att få en så pass nyanserad bild av missbruksfrekvens som möjligt. Gruppen icke-brukare torde vara utanför all diskussion. Engångsmissbrukargruppen anses intressant då denna grupp delvis kan betraktas bestå av nyfikna som haft möjlighet att pröva på narkotika, men ej haft behov eller önskan att fortsätta. Att denna grupp delats upp beror på att vissa individer (= Grupp II) kan ses som sådana som fått sin nyfikenhet stillad, då de ej använt narkotika sedan minst ett halvt år tillbaka. Andra personer (= Grupp III) kan däremot utgöras av narkotikamissbrukare i vardande, enär de kanske prövat narkotika för första gången någon tid före mönstringen och kan tänkas vilja fortsätta. Grupperna IV och V har valts för att underlätta jämförelser mellan vårt material och andra undersökningar. Vi har alltså ej i denna indelning tagit hänsyn till vilket preparat som använts och på vilket sätt detta tagits. Dessa synpunkter beaktas i följande indelning:

Typ av missbruk:

1. Cannabismissbrukare 1–10 gånger
2. Cannabismissbrukare 11–50 gånger
3. Cannabismissbrukare mer än 50 gånger
4. Orala centralstimulantiamissbrukare; högst 10 ggr (»CS oralt $\leq$ 10 ggr»)
5. Orala centralstimulantiamissbrukare; mer än 10 ggr (»CS oralt $>$ 10 ggr»)
6. Missbrukare som injicerar
7. LSD-missbrukare
8. Opium-missbrukare

Denna indelning grundar sig på de vanligaste kliniska narkotikamissbrukargrupperna och representerar även olika arter och olika »gravhetsgrad» av missbruk. I grupperna 1–5 ingår även missbruksfrekvens, men i de övriga kan ingå såväl engångs- som »massivt» missbruk. En begränsning är nödvändig, då – teoretiskt sett – ca 95 olika grupper kan erhållas om hänsyn tages till typ av preparat, intagningssätt och missbruksfrekvens utifrån våra frågor.

Våra två indelningar av narkotikamissbrukare – missbruksfrekvens resp. typ av missbruk – är alltså en kompromiss mellan många möjliga indelningar. Vi anser oss dock med dessa indelningar fånga in de mest intressanta missbrukargrupperna samtidigt som vår frekvensindelning utgör ett grovt komplement, som i första hand gör det möjligt att belysa narkotikamissbrukets utbredning i vissa delar av Sverige.

3.5 *Resultat*

3.5.1 Disposition av resultaten

Den följande framställningen kommer i stort att bestå av tabeller och tabellkommentarer, som belyser de punkter som har omnämnts tidigare. Efter vart och ett av dessa avsnitt följer en sammanfattande kommentar. Rapporten avslutas med en allmänt hållen sammanfattning av de viktigaste fynden och vilka frågeställningar och åtgärder som kan bli aktuella.

Vi har under rubriken »Metoder» tidigare kommenterat våra olika indelningar av

[1] I den följande framställningen kommer allt bruk av narkotika att benämnas »missbruk». Detta skall ej ses som en värdering, utan följer de juridiska normer som gäller för allt intagande av narkotika oavsett typ eller frekvens.

de tillfrågade och varför vi valt just dessa grupper. Någon utförligare presentation av dessa gruppindelningar ges ej i detta avsnitt.

De olika redovisningspunkterna A–E utgör de, som från narkomanvårdskommitténs synpunkt är mest relevanta.

A. Redovisning efter geografisk indelning

Materialet erbjuder som tidigare angivits möjligheter att indela de prövade i geografiskt hänseende efter det inskrivningsområde i vilket mönstringen skedde. Vi kommer att belysa följande förhållanden utifrån denna indelning:

1. Frekvens av missbruk och icke-bruk mot inskrivningsområden (tabell 4).
2. Typ av missbruk mot inskrivningsområden (tabell 5).
3. Utbud av narkotika till icke-brukare mot inskrivningsområden (tabell 6–7).
4. Olika aspekter av narkotikamissbruk mot inskrivningsområden (tabell 8–16).

B. Missbruksvanor studerade efter typ av missbruk

I syfte att belysa om »narkotikavanorna» för olika typer av missbruksgrupper skiljer sig åt, studeras dessa i de frågor i formuläret som rör narkotikabruket (tabell 17–26).

C. Attityder och bakgrundsdata för icke-brukare och grupper med olika frekvens missbruk

Missbruksfrekvens studeras mot formulärets attitydfrågor och frågor om sociala förhållanden och social anpassning (tabell 24–47).

D. Jämförelse av narkotikamissbruk i Stockholm 1967 och 1968

Det material som 1968 insamlats vid Stockholms tre nämnder kan i vissa avseenden göras jämförbart med 1967 års material som rapporterats av Agrell och Creutzer. Vissa fundamentala tabeller kommer att jämföras (tabell 48–55).

E. Alkoholvanor och tobaksbruk i kombination med narkotikamissbruk

Då undersökningens primära syfte var att kartlägga narkotikavanor, har ej alkoholbruk penetrerats närmare. I formuläret ingår tre frågor som gäller alkoholbruk utifrån vilka ett grovt bruksindex upprättats.

Av speciellt intresse är att se om alkoholbruk är relaterat till narkotikamissbruk. Följande bearbetningsplan gäller för alkoholdata:

Alkohol- respektive tobaksbruk mot typ av narkotikamissbruk (tabell 56–59).

För de tabellkommentarer som följer, gäller att samtliga procenttal är avrundade och redovisas utan decimaler. För värden med högre noggrannhet hänvisas till själva tabellerna.

När kommentarerna »med ökad missbruksfrekvens» förekommer, syftar detta endast på våra grupper med olika frekvent missbruk sedda i följande ordning; grupp II och III – grupp IV – grupp V.

Då en tendens föreligger i en tabell, såtillvida att med »ökat missbruk» följer en upp- eller nedgång i något avseende, är detta inte jämställt med ett direkt kausalsamband. Andra faktorer kan inte uteslutas. Det är således själva samvariationen som kommenteras i tabellerna, inga kausalsamband.

A. Redovisning efter geografisk indelning

Tabell 4. Frekvens av narkotikamissbruk mot inskrivningsdistrikt.

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Icke-brukare	6 685	74,4	2 571	79,5	1 674	81,3	1 204	90,7	1 221	90,8	2 781	90,5
1 gång före el under 1967	324	3,7	110	3,4	57	2,8	32	2,4	22	1,6	49	1,6
1 gång under 1968	165	1,8	62	1,9	32	1,6	11	0,8	20	1,5	43	1,4
2—10 gånger	1 008	11,2	279	8,6	166	8,1	54	4,1	54	4,0	133	4,3
Mer än 10 gånger	801	8,9	212	6,6	131	6,4	27	2,0	28	2,1	67	2,2
Totalt	8 983	100,0	3 234	100,0	2 060	100,0	1 328	100,0	1 345	100,0	3 073	100,0
Bortfall %		0,1		0,1		0,1		0,1		0,0		0,0

Kommentar:
Användande av narkotika i dess vidaste mening är mest frekvent i storstadsregioner. Missbruket är störst både i absoluta tal och i procent i Stockholm följt av Göteborg och Malmö, medan övriga mer heterogena stads- och landsbygdsdistrikt ligger lägst. Engångsmissbrukarna är relativt få, de flesta brukarna återfinnes i de andra kategorierna. Detta mönster är likadant för alla områdena, dock något mer uttalat i storstadsregionerna. Dessa förhållanden måste även ses mot »utbudet» av narkotika som redovisas i den följande texten (se tabell 6).

Tabell 5. Typ av missbruk mot inskrivningsdistrikt.

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Cannabis: 1—10 gånger	1 373	61,4	405	63,1	228	61,5	81	69,2	74	64,9	206	73,8
» 11—50 »	308	13,6	87	13,6	52	14,0	9	7,7	7	6,1	33	11,8
» > 50 »	334	14,8	89	13,9	53	14,3	11	9,4	10	8,8	26	9,3
CS oralt ≤ 10 »	67	3,0	18	2,8	11	3,0	10	8,5	5	4,4	7	2,5
CS oralt > 10 »	34	1,6	6	0,9	6	1,6	2	1,7	3	2,6	0	0,0
»Injicerare»	74	3,4	18	2,8	13	3,5	2	1,7	6	5,3	3	1,1
LSD-missbrukare	13	0,5	5	0,8	5	1,3	2	1,7	3	2,6	0	0,0
Opiummissbrukare	25	1,1	13	2,0	1	0,3	0	0,0	3	2,6	3	1,1
Andra missbrukare	13	0,6	1	0,2	2	0,5	0	0,0	3	2,6	1	0,4
Totalt	2 241	100,0	622	100,0	371	100,0	117	100,0	114	100,0	279	100,0
Bortfall %		2,8		3,3		4,4		5,6		8,1		4,5

Kommentar:
Av tabellerna framgår att cannabismissbruket dominerar i mycket hög grad. I storstadsregionerna utgör gruppen »cannabis 1—10 ggr» ca 60 % av samtliga narkotikamissbrukare och övriga cannabisgrupper utgör där ca 30 %. I våra övriga områden är motsvarande siffror ca 70 % resp. 15—20 %.
Övriga typer är i förhållande till cannabis av relativt ringa omfattning. Störst av dessa är gruppen som missbrukar centralstimulantia, medan LSD- och opium-missbrukare utgör ett mycket litet antal, 28 resp. 44 av samtliga 3 897 tillfrågade narkotikamissbrukare. För centralstimulantia dominerar oralt intagande, injicerande sker i större utsträckning i de tre storstäderna än i övriga distrikt med undantag av södra Skåne, där dock antalet är mycket litet, 6 individer.
I viss mån måste narkotikamissbruket ses mot bakgrund av hur pass lätt det är att få tag i narkotika och vilka preparat som då står till buds. Genom att studera i vad mån *icke-brukarna* har blivit erbjudna narkotika kan man få en grov bild över »utbud» och »tillgänglighet». Frågorna 33 och 36 i vårt formulär täcker i vilken mån man blivit erbjuden narkotika och av vilket slag. Dessa frågor studeras mot geografisk indelning.

Tabell 6. »Har Du någon gång blivit erbjuden narkotika?»

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ja, flera gånger	2 500	42,9	661	29,4	438	29,1	198	18,3	124	11,6	416	15,8
Ja, en gång	967	16,6	418	18,6	247	16,4	166	15,9	138	13,0	387	14,7
Nej, aldrig	2 356	40,5	1 168	52,0	820	54,5	689	65,8	803	75,4	1 837	69,6
Totalt	5 823	100,0	2 247	100,0	1 505	100,0	1 047	100,0	1 065	100,0	2 640	100,1
Bortfall %		12,9		12,6		10,1		13,1		12,8		5,1

Kommentar:
Tabellen visar att det är i storstäderna som andelen av de som har blivit erbjudna narkotika en eller flera ggr är störst. I Stockholm är den 60 %, i Göteborg 48 % och i Malmö 36 %, medan procenttalen 34, 27 och 31 gäller för övriga distrikt.
Observeras bör att gruppen som blivit erbjuden *en* gång är ungefär lika stor i alla regioner.

Tabell 7. »Om Du blivit erbjuden narkotika. Vilket preparat har Du oftast blivit erbjuden?»

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Preludin/Ritalina	219	6,8	63	6,5	50	7,5	22	6,9	21	8,2	64	8,2
Amfetamin/Fenedrin	12	0,4	4	0,4	8	1,2	4	1,2	1	0,4	4	0,5
Cannabis	2 785	86,4	812	84,1	548	82,4	249	77,6	194	75,5	645	82,7
Morfin/Palfium	8	0,2	3	0,3	0	0,0	0	0,0	3	1,2	5	0,6
LSD/Meskalin	39	1,2	14	1,4	11	1,7	9	2,8	5	1,9	15	1,9
Mebumal/Nembutal	1	0,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4	1,6	1	0,1
Opium	16	0,5	7	0,7	13	2,0	4	1,2	4	1,6	6	0,8
Meproban/Restenil	2	0,1	0	0,0	0	0,0	2	0,6	0	0,0	1	0,1
Annat	142	4,4	63	6,5	35	5,3	31	9,7	25	9,7	39	5,0
Totalt	3 224	100,1	966	99,9	665	100,1	321	100,0	257	100,1	780	99,9
Bortfall %		51,8		62,4		60,3		73,4		79,0		72,0

Kommentar:
Denna tabell visar generellt att cannabis dominerar mycket starkt som oftast erbjudet preparat och varierar mellan 76—86 % bland de olika regionerna. I andra hand kommer Preludin/Ritalina på ca 7—9 %. Utbudet av övriga preparat är mycket litet. (Den faktiska konsumtionen hos missbrukarna kommer att redovisas i tabell 12.)

Tabell 8. »När prövade Du narkotika första gången?»

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Före 1966	380	16,6	76	11,5	48	12,4	7	5,6	17	13,7	23	7,9
Under 1966	549	23,8	124	18,7	89	23,1	32	25,8	18	14,5	59	20,2
Under 1967	886	38,5	282	42,6	159	41,2	57	46,0	45	36,3	126	43,2
Under januari–juni 1968	322	14,0	109	16,5	60	15,5	16	12,9	25	20,2	44	15,1
Efter 1 juli 1968	165	7,2	71	10,7	30	7,8	12	9,7	19	15,3	40	13,7
Totalt	2 302	100,1	662	100,0	386	100,0	124	100,0	124	100,0	292	100,1
Bortfall %		0,1		0,3		0,5		0,0		0,0		0,0

Kommentar:
Vanligast förekommande debutår är 1967. För alternativen »Före 1966» och »Under 1966» framkommer att bland samtliga områden har Stockholm det högsta procenttalet, 41 %, följt av Malmö, 36 %. Därefter följer övriga regioner på ungefär samma nivå med ca 30 %.

Tabell 9. »Vilket preparat tog Du första gången?»

	Inskrivningsdistrikt:											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Preludin/Ritalina	192	8,4	31	4,7	25	6,5	16	12,9	8	6,5	12	4,1
Amfetamin/Fenedrin	18	0,8	9	1,4	5	1,3	1	0,8	0	0,0	3	1,0
Cannabis	2 007	87,1	575	86,6	330	85,3	101	81,5	96	77,4	250	89,0
Morfin/Palfium	6	0,3	4	0,6	0	0,0	2	1,6	6	4,8	1	0,3
LSD	13	0,6	4	0,6	4	1,0	2	1,6	1	0,8	0	0,0
Mebumal/Nembutal	0	0,0	3	0,5	1	0,3	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Opium	22	0,9	12	1,8	4	1,0	0	0,0	2	1,6	5	1,7
Meproban/Restenil	7	0,3	0	0,0	3	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Annat	37	1,7	26	3,9	15	3,9	2	1,6	10	8,1	10	3,4
Totalt	2 302	100,1	664	100,1	387	100,1	124	100,0	124	100,0	292	99,8
Bortfall %		0,1		0,0		0,3		0,0		0,0		0,0

Kommentar:
Debutdrogen är i mellan 77 och 89 % cannabis i samtliga områden. För Bohuslän och Södra Skåne ligger procentsiffran relativt sett något lägre än i övriga områden. På andra plats kommer Preludin/Ritalina och varierar som debutdrog mellan 4 och 13 % bland de olika områdena. Procentuellt sett är dessa debutpreparat mest frekventa i Bohuslän följt av Stockholm. Debut med andra preparattyper har skett i mycket lika omfattning. Bland de övriga alternativen kommer »annat» högst; som tidigare påpekats inrymmer detta alternativ även de som uppgivit mer än ett alternativ på frågan.

Tabell 10. »När använde Du narkotika senast?»

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	§%
Före 1967	200	10,2	40	7,2	35	10,6	10	10,9	9	8,8	17	7,0
Under 1967	409	20,7	105	19,0	76	23,0	23	25,0	18	17,6	51	21,0
Under januari–juni 1968	446	22,5	118	21,3	83	25,1	21	22,8	26	25,5	50	20,6
Efter 1 juli 1968	926	46,6	291	52,5	137	41,4	38	41,3	49	48,0	125	51,4
Totalt	1 981	100,0	554	100,0	331	100,1	92	100,0	102	99,9	243	100,0
Bortfall %		14,1		17,6		14,7		25,2		17,7		16,3

Kommentar:
Det mest angivna alternativet för samtliga områden är »efter 1 juli 1968» och procentsiffrorna varierar mellan 42—53 %. Därnäst följer »januari–juni 1968», vilket innebär att mellan 64 och 74 % av samtliga missbrukare har använt narkotika under 1968.
Dessa siffror bör ses mot det relativt stora bortfallet i denna fråga som förekommer. Orsaken härtill är oklar.

Tabell 11. »Hur många gånger har Du använt narkotika?»

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1 gång	489	21,3	172	25,9	89	23,1	43	34,7	42	33,9	92	31,5
2—4 gånger	629	27,4	169	25,5	107	27,7	34	27,4	34	27,4	84	28,8
5—10 gånger	379	16,5	110	16,6	59	15,3	20	16,1	20	16,1	49	16,8
11—50 gånger	350	15,2	96	14,5	61	15,8	13	10,5	11	8,9	36	12,3
Mer än 50 gånger	451	19,6	116	17,5	70	18,1	14	11,3	17	13,7	31	10,6
Totalt	2 298	100,0	663	100,0	386	100,0	124	100,0	124	100,0	292	100,0
Bortfall %		0,3		0,1		0,5	0	0,0		0,0		0,0

Kommentar:
Procentuellt sett finns de flesta engångsmissbrukarna utanför storstadsregionerna, 31—35 % mot 21—26 %. Andelen individer som tagit narkotika »2—4 ggr» resp »5—10 ggr» är mycket homogen i samtliga geografiska områden (27 % resp 16 %). Det mer frekventa missbruket återfinns däremot i storstäderna.
Andelen individer som besvarat alternativet »fler än 50 ggr» är störst i Stockholm (20 %) följt av Malmö och Göteborg (18 %) medan övriga regioner ligger på 11—14 %.

Tabell 12. »Vilket preparat har Du tagit oftast?»

	Inskrivningsdistrikt:											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Preludin/Ritalina	129	5,6	27	4,1	20	5,2	15	12,1	10	8,1	7	2,4
Amfetamin/Fenedrin	41	1,8	12	1,8	8	2,1	1	0,8	2	1,6	3	1,0
Cannabis	2 027	88,5	581	87,6	334	86,5	101	81,5	92	74,2	266	91,7
Morfin/Palfium	2	0,1	3	0,5	1	0,3	1	0,8	2	1,6	0	0,0
LSD/Meskalin	14	0,6	5	0,8	5	1,3	2	1,6	3	2,4	0	0,0
Mebumal/Nembutal	0	0,0	1	0,2	1	0,3	0	0,0	1	0,8	0	0,0
Opium	25	1,1	13	2,0	1	0,3	0	0,0	3	2,4	3	1,0
Meproban/Restenil	1	0,1	0	0,0	1	0,3	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Annat	52	2,3	21	3,2	15	0,9	4	3,2	11	8,9	10	3,4
Totalt	2 291	100,1	644	100,2	386	100,2	124	100,0	124	100,0	290	99,8
Bortfall %		0,6		0,2		0,5		0,0		0,0		0,7

Kommentar:
Mest frekvent är cannabis-missbruket, men dominansen varierar från 74 till 92 % i olika inskrivningsområden. I storstadsregionerna utgör andelen cannabis ca 87 %. I samma områden kommer Preludin/Ritalina på andra plats med ca 5 %. I övriga områden varierar detta missbruk från 2 % i Bergslagen till 12 % i Bohuslän. De absoluta talen är emellertid mycket små vilket även gäller för resterande preparatmissbruk.

Tabell 13. »Hur har Du intagit det preparat Du tagit mest?»

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Genom munnen	165	7,2	38	5,7	28	7,3	16	13,0	12	9,7	14	4,8
Injektion (spruta)	86	3,8	24	3,6	16	4,1	2	1,6	9	7,3	4	1,4
Rökt	2 020	88,0	594	89,6	340	88,1	103	83,7	99	79,8	269	92,4
Annat sätt	25	1,1	7	1,1	2	0,5	2	1,6	4	3,2	4	1,4
Totalt	2 296	100,1	663	100,0	386	100,0	123	99,9	124	100,0	291	100,0
Bortfall %		0,4		0,1		0,5		0,8		0,0		0,3

Kommentar:
Det klart dominerande intagningssättet över alla regioner är att röka (80—92 %). I andra hand tas det mest använda preparatet peroralt (5—13 %) medan man i 1—7 % av alla fall injicerar det. Intressanta procenttal som dock bygger på få observationer är att 13 % i Bohuslän har tagit preparatet peroralt och att 7 % i södra Skåne injicerat det. Mönstren för de olika storstäderna är mycket snarlika.

Tabell 14. »Har Du någon gång tagit en spruta med narkotika ('sil')?»

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Nej aldrig	2 048	89,6	582	88,3	336	87,5	115	92,7	111	89,5	276	94,5
Ja, en gång	78	3,4	33	5,0	25	6,5	4	3,2	4	3,2	7	2,4
Ja, flera gånger	160	7,0	44	6,7	23	6,0	5	4,0	9	7,3	9	3,1
Totalt	2 286	100,0	659	100,0	384	100,0	124	99,9	124	100,0	292	100,0
Bortfall %		0,8		0,7		1,0		0,0		0,0		0,0

Kommentar:
Av tabellen framgår att andelen i de olika regionerna som injicerat narkotika en eller flera gånger varierar mellan 6 och 13 %. De tre storstäderna ligger mycket lika i detta avseende (ca 11 %). Bergslagen är det område som står för det lägsta antalet som injicerat 6 %.

Tabell 15. »Från vem har Du oftast fått Din narkotika?»

	Inskrivningsdistrikt											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Okänd person	732	36,2	186	32,3	112	30,5	43	36,4	46	40,4	69	24,8
Bekant	565	27,9	175	30,4	102	27,8	34	28,8	28	24,6	100	36,0
Klasskamrat	104	5,1	20	3,5	22	6,0	1	0,8	8	7,0	15	5,4
Annan kamrat	395	19,5	136	23,6	76	20,7	31	26,3	19	16,7	58	20,9
Annan person	228	11,3	59	10,2	55	15,0	9	7,6	13	11,4	36	12,9
Totalt	2 024	100,0	576	100,0	367	100,0	118	99,9	114	100,1	278	100,0
Bortfall %		12,2		13,3		5,4		4,8		8,1		4,8

Kommentar:
För de tre storstäderna gäller att man erhåller narkotika i något större utsträckning av »okänd person» och därnäst av »bekant». Denna tendens fast något mer accentuerad föreligger också för Bohuslän och södra Skåne medan i Bergslagen den omvända relationen gäller. Dessa båda kategorier (»okänd person» och »bekant») svarar för tillsammans i runt tal drygt 60 % av all narkotikadistribution. Av samtliga alternativ erhåller »klasskamrat» de lägsta procenttalen genomgående.

Tabell 16. »Hur stort är Ditt behov av att ta narkotika?»

	Inskrivningsdistrikt:											
	Stockholm		Göteborg		Malmö		Bohuslän		Sö. Skåne		Bergslagen	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Mycket stort	21	0,9	10	1,6	3	0,8	0	0,0	0	0,0	1	0,3
Ganska stort	69	3,2	18	2,9	12	3,2	3	2,5	4	3,2	3	1,0
Ganska litet	139	6,5	44	7,1	26	6,9	6	5,0	4	3,2	19	6,6
Mycket litet	193	9,1	55	8,9	35	9,3	7	5,9	12	9,7	25	8,7
Inte alls	1 709	80,2	492	79,5	300	79,8	103	86,6	104	83,9	238	83,2
Totalt	2 131	99,9	619	100,0	376	100,0	119	100,0	124	100,0	286	99,8
Bortfall %		7,5		6,8		3,1		4,0		0,0		2,1

Kommentar:
Generellt gäller att 80—87 % av alla narkotikamissbrukarna i de olika områdena uppger att de inte alls har något behov av att ta sin narkotika medan 1—4 % anger att behovet är ganska eller mycket stort.
Frågorna 26 och 30 har ej tagits med i denna redovisning då de mer berör motivationsaspekten kring narkotikamissbruket. De redovisas i stället under C. Attityder och bakgrundsdata.

A. *Sammanfattning och kommentarer*

Både utbud och narkotikamissbruk är mest frekventa i våra tre största städer, där Stockholm intar tätplatsen och följs av Göteborg och sedan Malmö. I övriga områden förekommer utbud och missbruk men ej lika frekvent. Tillgången till narkotika kan alltså betraktas som relativt stor i de av oss undersökta områdena. Av samtliga ca 20 000 tillfrågade har 33 % uppgivit att de blivit erbjudna och 20 % att de använt narkotika. Den förra siffran bör dock tas med en viss reservation då ett 11 %-igt bortfall förekommer i den fråga som täcker utbudet till icke-brukarna.

Med ledning av vår geografiska indelning kan vi belysa vissa aspekter av missbrukets utveckling över landet. Att inte narkotikamissbruket har en lika stor omfattning utanför storstäderna är härvid värt att kommentera. Det är uppenbart att man blir erbjuden narkotika lika ofta som i storstäderna. Å andra sidan framgår av tabell 47 att endast 0,7 % bland icke-brukarna ansett att den viktigaste anledningen till att de ej prövat narkotika var att de ej vetat hur eller var de skulle få tag på narkotika. Hypotesen om att en våg av narkotikamissbruk sköljer fram över landet kan ej bekräftas enbart från denna undersökning. En uppslagsända i denna fråga skulle möjligen vara att Bergslagen geografiskt sett ligger något mer isolerat än t. ex. södra Skåne, som har tätare kontakter med kontinenten. Likväl är missbruksfrekvensen lika hög i bägge dessa områden. Detta skulle möjligen kunna tala för att det faktum att narkotikamissbruket inte är så frekvent utanför storstadsregionerna inte beror så mycket på den geografiska avskärmningen, utan snarare på att behovet att använda narkotika f. n. inte är så stort i dessa områden.

I samtliga områden gäller att de flesta som använt narkotika har prövat cannabis och gjort det 1–10 ggr. De därefter största missbruksgrupperna är de som missbrukat cannabis 11–50 ggr samt mer än 50 ggr. Övriga kategorier av missbrukare är inte påfallande frekventa, även om de ur missbrukssynpunkt skulle stå för ett »gravare» sådant. Om dessa senare kategorier kan sägas att opium- och LSD-missbruk utifrån vår undersökning visat sig vara av mycket ringa omfattning, medan gruppen som injicerar narkotika är något större (andelen, som företrädesvis injicerar sitt preparat, varierar mellan 1–5 % över de olika distrikten). Detta missbruk är att betrakta som mycket allvarligt. I relation till övrigt missbruk är det dock ganska obetydligt bland dessa 18-åriga pojkar.

Då antalet missbrukare utanför storstadsregionerna på det hela taget är ganska få, kan man ej med säkerhet uttala sig om olika missbruksmönster i olika distrikt utifrån de redovisade procenttalen. Dock synes det i grova drag vara ungefär likartat i de olika områdena.

Ovanstående missbruksmönster liknar i hög grad det utbud som icke-brukarna har konfronterats med. Som tidigare påpekats dominerar cannabis och följs närmast, fast i liten utsträckning, av preludin/ritalina. Utbudets mönster är också mycket lika i de olika distrikten.

Vissa skillnader i debutår föreligger för missbrukarna i de olika områdena. Gemensamt är dock att 1967 är det år som man oftast prövat narkotika första gången. I Stockholm har fler prövat före 1967 än i andra regioner, och i något mindre grad har man prövat första gången under 1968. Skillnaderna är dock små. För storstäderna tycks tendensen vara att missbruket har börjat tidigare i Stockholm, följt av Malmö och sedan Göteborg.

Debutdrogen framför alla andra är cannabis i samtliga distrikt. Därefter följer preludin/ritalina fast i mycket liten omfattning, och debut med andra preparat sker i ännu mindre utsträckning. Dessa förhållanden liknar i hög grad de som gäller för utbudet. Några skillnader i debutpreparatsmönster kan ej beläggas.

I samtliga områden kan missbruket betecknas som aktuellt och i stort sett har endast en tredjedel av de som använt narkotika slutat före 1968. Vissa smärre skill-

nader i materialet skulle peka på att missbruket just nu är mest förekommande i Göteborg och Bergslagen, om man ser till andelen missbrukare som använt narkotika efter 1 juli 1968.

Procentuellt sett finns de flesta engångsmissbrukarna utanför storstadsregionerna, och de med den högsta missbruksfrekvensen inom dessa. Grupper med frekvenser mellan dessa ytterligheter är andelsmässigt sett lika stora i de olika inskrivningsdistrikten. Det mest frekventa missbruket förekommer eller har förekommit i Stockholm, följt av Malmö och Göteborg.

För alla områden gäller, som tidigare omnämnts, att cannabis användes mest, dock missbrukas det mest frekvent i Bergslagen procentuellt sett följt av de tre storstäderna. Därefter följer Bohuslän och södra Skåne. Anmärkningsvärt är att sammanlagt endast 15 av 3 897 missbrukare har uppgett sig mest använda »udda-preparat» som morfin/palfium, mebumal/nembutal och meproban/restenil och därigenom endast utgör någon promille av det totala antalet missbrukare.

Andelen av samtliga missbrukare som överhuvudtaget injicerat narkotika en eller flera gånger är något större i Malmö och södra Skåne. Totalt sett dominerar Stockholm med 238 av totalt 401 individer som injicerat. Denna totalsiffra innebär att något över 10 % av samtliga missbrukare någon eller flera gånger injicerat narkotika.

Mönstret för de vägar man erhåller sin narkotika skiljer sig inte påtagligt i de olika områdena, utan distributionen följer i stort samma former. Okända personer och bekanta står som de största leverantörerna medan klasskamrater i mycket liten utsträckning levererar narkotika. Vad alternativen »okänd person» och »bekant» innebär är något svårtolkat. Om man t. ex. många ggr får sin narkotika från en och samma okända person kan han med tiden bli en sorts bekant. Även i övrigt är frågans alternativ något diffusa. På vilket sätt »annan kamrat» och »annan person» skiljer sig från tidigare nämnda alternativ är svårt att avgöra. Av denna anledning vill vi ej närmare kommentera de svaga trender som föreligger i tabell 15.

På det hela taget uppger missbrukarna att deras behov att ta narkotika är mycket litet. Det finns en mycket svag tendens till att behovet uppges vara större i storstäderna, men skillnaderna ligger bara på några få procent.

B. Missbruksvanor studerade mot typ av missbruk.

Tabell 17. »När prövade Du narkotika första gången?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1–10 ggr		Cannabis 11–50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-missbruk		Opium-missbruk	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Före 1966	193	8,2	67	13,5	151	28,9	13	11,0	15	29,4	48	41,4	11	39,3	15	33,3
Under 1966	441	18,6	143	28,8	172	32,9	25	21,2	16	31,4	27	23,3	4	14,3	12	26,7
Under 1967	998	42,2	217	43,8	176	33,7	50	42,4	16	31,4	33	28,4	11	39,3	14	31,1
Januari–juni 1968	460	19,4	55	11,1	18	3,4	19	16,1	1	2,0	3	2,6	0	0,0	0	0,0
Efter 1 juli 1968	274	11,6	14	2,8	6	1,1	11	9,3	3	5,9	5	4,3	2	7,1	4	8,9
Totalt:	2 366	100,0	496	100,0	523	100,0	118	100,0	51	100,1	116	100,0	28	100,0	45	100,0
Bortfall %		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0

Kommentar:
För dem som använder cannabis och centralstimulantia (CS) oralt gäller att ju fler gånger man använt narkotika ju tidigare började man. Injicerare har generellt börjat tidigare relativt andra grupper.

Tabell 18. »Vilket preparat tog Du första gången?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1–10 ggr		Cannabis 11–50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-missbrukare		Opium-missbrukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Preludin/Ritalina	34	1,4	24	4,8	31	5,9	92	78,0	22	43,1	60	51,7	1	3,6	2	4,4
Amfetamin/ Fenedrin	6	0,3	0	0,0	2	0,4	12	10,2	2	3,9	6	5,2	3	10,7	1	2,2
Cannabis	2 290	96,7	449	90,5	466	89,3	12	10,2	25	49,0	41	35,3	7	25,0	19	42,2
Morfin/Palfium	5	0,2	1	0,2	3	0,6	0	0,0	0	0,0	3	2,6	1	3,6	0	0,0
LSD/Meskalin	3	0,1	3	0,6	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	53,6	0	0,0
Mebumal/ Nembutal	0	0,0	1	0,2	0	0,0	1	0,8	1	2,0	1	0,9	0	0,0	0	0,0
Opium	11	0,5	5	1,0	3	0,6	0	0,0	1	2,0	1	0,9	0	0,0	22	48,9
Meproban/ Restenil	3	0,1	3	0,6	3	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,6	0	0,0
Annat	15	0,6	10	2,0	11	2,1	1	0,8	0	0,0	4	3,4	0	0,0	1	2,2
Totalt:	2 367	99,9	496	99,9	522	100,1	118	100,0	51	100,0	115	100,0	28	100,1	45	99,9
Bortfall %		0,0		0,0		0,2		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0

Kommentar:
Tabellen visar en generell tendens att de som missbrukar Cannabis, CS, LSD, och i viss mån Opium även haft samma drog som debutdrog.
För cannabis under 11 ggr gäller att nästan samtliga (97 %) börjat med cannabis. De två övriga cannabis-grupperna har i ca 90 % börjat med detta preparat och i ca 5 % med Preludin/Ritalina. För CS > 11 ggr har ca 90 % börjat med detta, medan gruppen CS fler än 10 ggr i ungefär lika stor utsträckning debuterade med cannabis och CS. Av injicerarna började något mer än hälften med Preludin/Ritalina och ca 1/3 med cannabis. Bland de 28 LSD-missbrukarna började något mer än hälften med detta preparat medan en fjärdedel började med cannabis. Av opium-missbrukarna började ca hälften med opium och 42 % med cannabis.

Tabell 19. »När använde Du narkotika senast?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1–10 ggr		Cannabis 11–50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Före 1967	236	12,7	22	4,4	8	1,5	17	20,7	2	3,9	7	6,4	2	8,3	3	8,3
Under 1967	481	25,9	91	18,3	36	6,9	13	15,9	12	23,5	18	16,5	4	16,7	8	22,2
Under januari—juni 1968	521	28,0	103	20,8	40	7,6	29	35,4	8	15,7	19	17,4	2	8,3	5	13,9
Efter 1 juli 1968	622	33,4	280	56,5	439	83,9	23	28,0	29	56,9	65	59,6	16	66,7	20	55,6
Totalt	1 860	100.0	496	100,0	523	99,9	82	100,0	51	100,0	109	99,9	24	100,0	36	100,0
Bortfall %		21,6		0,0		0,0		30,5		0,0		6,0		14,3		20,0

Kommentar:
För alla grupper utom cannabis mindre än 11 ggr och CS oralt < 11 gäller att över 50 % har använt narkotika senare än 1 juli 1968. För de två andra grupperna är motsvarande andel ca 30 %. Den grupp som procentuellt sett har största andelen på alternativet »Efter 1 juli 1968» är cannabisgruppen 50 ggr med 84 %. Resultaten bör dock ses med försiktighet, enär ett stort bortfall föreligger i vissa fall (främst cannabis < 11 ggr, CS oralt < 11 ggr och opiumgruppen).

Tabell 20. »Hur många gånger har Du använt narkotika?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1–10 ggr		Cannabis 11–50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1 gång	801	33,8	—	—	—	—	50	42,4	—	—	7	6,0	5	17,9	11	24,
2—4 gånger	977	41,3	—	—	—	—	36	30,5	—	—	6	5,2	6	21,4	6	13,
5—10 gånger	589	24,9	—	—	—	—	32	27,1	—	—	5	4,3	2	7,1	3	6,
11—50 gånger	—	—	496	100,0	—	—	—	—	25	49,0	16	13,8	6	21,4	7	15,
>50 gånger	—	—	—	—	523	100,0	—	—	26	51,0	82	70,7	9	32,1	18	40,
Totalt	2 367	100,0	496	100,0	523	100,0	118	100,0	51	100,0	116	100,0	28	99,9	45	100,
Bortfall %		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,

Kommentar:
Då grupperna till viss del är indelade efter denna fråga, är vissa frekvenser givna från början. Detta gör, att tabellen lämnar information endast för vissa av grupperna.
För cannabis-missbrukarna < 11 gånger framgår att de i 1/3 av fallen tagit det endast en gång, medan man i 41 % tagit 11—50 ggr och i 25 % fler än 50 ggr. För CS oralt mindre än 11 ggr är andelen engångsmissbrukare större 42 %, än för cannabis och går ned för de två andra alternativen. I gruppen CS oralt mer än 10 ggr har ca hälften tagit 11—50 ggr och den andra hälften mer än 50 ggr. För gruppen injicerare framgår att 71 % »silat» narkotika mer än 50 ggr, endast 6 % har gjort det en gång. En bimodal tendens i fördelningen över alternativ gäller för LSD där de mer frekventa dock överväger. Samma tendens finnes i opium-gruppen.

Tabell 21. »Vad var det som gjorde att Du prövade narkotika?»

	Typ av missbruk															
	Cannabis 1—10 ggr		Cannabis 11—50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Vanligt bland mina kamrater	161	6,8	53	10,7	73	14,0	6	5,1	7	13,7	23	19,8	5	17,9	6	13,
Av egen nyfikenhet	1 988	84,0	360	72,6	337	64,7	92	78,0	32	62,7	66	56,9	12	42,9	26	57,
Av annan orsak	217	9,2	83	16,7	111	21,3	20	16,9	12	23,5	27	23,3	11	39,3	13	28,
Totalt	2 366	100,0	496	100,0	521	100,0	118	100,0	51	99,9	116	100,0	28	100,1	45	100,
Bortfall %		0,0		0,0		0,4		0,0		0,0		0,0		0,0		0,

Kommentar:
För alla grupper gäller att man prövat narkotika i första hand av »egen nyfikenhet». Särskilt dominerar detta alternativ för gruppen cannabis 1—10 ggr, medan övriga cannabisgrupper ligger något lägre. Alternativen »vanligt bland kamrater» och »annat skäl» ökar på nyfikenhetens bekostnad för grupper med mer frekvent bruk samt för injicerare, LSD- och opium-missbrukare.
Fråga 27: Vilket preparat har Du tagit oftast? redovisas ej i tabellform, då denna fråga har använts för indelning av missbrukare i de olika missbrukstyperna. Även frågorna 25 och 28 har använts vid denna indelning, men dess redovisas, då de ger kompletterande information.

Tabell 22. »Hur har Du intagit det preparat som Du tagit mest?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1—10 ggr		Cannabis 11—50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-bruk		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Genom munnen	32	1,4	5	1,0	10	1,9	118	100,0	51	100,0	0	0,0	14	50,0	3	5,7
Injektion (spruta)	0	0,0	2	0,4	5	1,0	0	0,0	0	0,0	116	100,0	9	32,1	8	17,8
Rökt	2 331	98,5	488	98,4	507	96,9	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	7,1	34	75,6
Annat sätt	4	0,2	1	0,2	1	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	10,7	0	0,0
Totalt	2 367	100,0	496	100,0	523	100,0	118	100,0	51	100,0	116	100,0	28	100,0	45	100,0
Bortfall %		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0		0,0

Kommentar:
På indelningen av grupperna i likhet med för frågorna 25 och 27 bygger på denna fråga är vissa av gruppernas frekvenser i denna fråga givna på förhand.
Att ej samtliga cannabis-missbrukare har angett att de rökt cannabis kan vara en följd av att frågan missuppfattats av ett fåtal, men den allmänna tendensen är dock utpräglad. Bland de 28 LSD-missbrukarna har hälften tagit preparatet oralt medan frekvenserna på de övriga alternativen får betraktas som osäkra. 76 % av opium-missbrukarna röker preparatet. Det bör observeras att antalet individer, som angett att de injicerar opium, överskrider antalet som tagit det oralt.
Bland cannabis-missbrukare finns sammanlagt 7 individer som uppger att de injicerat preparatet, vilket får ses som en inkonsistens i deras besvarande av formuläret.

Tabell 23. »Har Du någon gång tagit en spruta med narkotika ('sil')?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1—10 ggr		Cannabis 11—50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Nej, aldrig	2 326	98,5	450	91,5	339	76,6	107	92,2	30	60,0	1	0,9	12	42,9	28	62,2
Ja, en gång	28	1,2	26	5,3	52	10,0	8	6,9	9	18,0	11	9,5	6	21,4	4	8,9
Ja, flera gånger	7	0,3	16	3,3	70	13,4	1	0,9	11	22,0	104	89,7	10	35,7	13	28,9
Totalt	2 361	100,0	492	100,1	521	100,0	116	100,0	50	100,1	116	100,1	28	100,0	45	100,0
Bortfall %		0,3		0,8		0,4		1,7		2,0		0,0		0,0		0,0

Kommentar:
För både missbrukare av cannabis- och centralstimulantia (CS) oralt gäller att med högre frekvens av missbruk ökar frekvensen av dem som har injicerat narkotika. För cannabis 1—10 ggr uppger sig 2 % att någon eller flera gr ha »silat» medan för dem som tagit mer än 50 ggr är motsvarande siffra 23 %. I LSD-gruppen har 57 % injicerat narkotika medan motsvarande siffra för opium-gruppen är 38 %.
Att en av dem som injicerar ej har »silat» beror på ett sorteringsfel vid databehandlingen.

Tabell 24. »Om Du tidigare använt narkotika ('knarkat') men har slutat eller vill sluta: varför?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1—10 ggr		Cannabis 11—50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Det är inte intressant längre	945	50,3	142	39,3	79	29,0	43	44,8	6	18,2	17	22,4	8	50,0	14	43,
Rädd bli narkoman	310	16,5	57	15,8	37	13,6	24	25,0	10	30,3	10	13,2	3	18,8	6	18,
Rädd andra skadliga följder	248	13,2	64	17,7	61	22,4	17	17,7	9	27,3	18	23,7	1	6,3	4	12,
Rädd för straff	15	0,8	8	2,2	5	1,8	0	0,0	0	0,0	3	3,9	0	0,0	0	0,
Kostar pengar	86	4,6	33	9,1	35	12,9	2	2,1	3	9,1	8	10,5	3	18,8	2	6,
Annan orsak	276	14,7	57	15,8	55	20,2	10	10,4	5	15,2	20	26,3	1	6,3	6	18,
Totalt	1 880	100,1	361	99,9	272	99,9	96	100,0	33	100,1	76	100,1	16	100,2	32	100,
Bortfall %		20,6		27,2		48,0		18,6		35,3		34,5		42,9		28,

Kommentar:
Då denna fråga är vagt formulerad och endast vänder sig till en del av missbrukarna måste den tolkas med för siktighet.
Av alternativen är »rädd för straff» det minst angivna och följs därefter av »kostar pengar». Rädslan för skadlig följder ökar med frekvens av missbruk och »ej intressant längre» minskar.
I övrigt är tabellen svår att kommentera, något olika mönster gäller för de olika grupperna. Då bortfallet är stor vill vi ej närmare gå in på dessa skillnader.

Tabell 25. »Från vem har Du oftast fått Din narkotika?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1—10 ggr		Cannabis 11—50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Okänd person	633	30,5	190	39,7	200	40,7	48	48,5	21	42,9	45	44,1	5	22,7	11	26,8
Bekant	601	28,9	140	29,2	148	30,1	31	31,3	15	20,6	21	20,6	6	27,3	13	31,7
Klasskamrat	148	7,1	5	1,0	6	1,2	2	2,0	0	0,0	0	0,0	2	9,1	1	2,4
Annan kamrat	516	24,8	86	18,0	56	11,4	13	13,1	4	8,2	11	10,8	5	22,7	8	19,5
Annan person	180	8,7	58	12,1	81	16,5	5	5,1	9	18,4	25	24,5	4	18,2	8	19,5
Totalt	2 078	100,0	479	100,0	491	99,9	99	100,0	49	100,1	102	100,0	22	100,0	44	99,9
Bortfall %		12,2		3,4		6,1		16,1		3,9		12,1		21,4		8,9

Kommentar:
För LSD- och opium-missbrukare gäller att man i något större utsträckning fått respektive preparat från »bekant« än från »okänd person» medan för övriga grupper det omvända gäller. Dessa båda alternativ ökar procentuell med ökad cannabismissbruksfrekvens. Av samtliga alternativ ligger »klasskamrat» lägst.

Tabell 26. »Hur stort är Ditt behov av att ta narkotika?»

	Typ av missbruk:															
	Cannabis 1—10 ggr		Cannabis 11—50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Mycket stort	0	0,0	0	0,0	11	2,2	0	0,0	0	0,0	13	12,3	7	26,9	3	7,5
Ganska stort	2	0,1	8	1,6	52	10,5	0	0,0	6	12,0	27	25,5	2	7,7	2	5,0
Ganska litet	41	1,8	49	10,1	105	21,3	0	0,0	10	20,0	17	16,0	0	0,0	2	5,0
Mycket litet	106	4,8	89	18,4	86	17,4	5	4,7	6	12,0	16	15,1	1	3,8	5	12,5
nte alls	2 074	93,3	339	69,9	239	48,5	102	95,3	28	56,0	33	31,1	16	61,5	28	70,0
Totalt	2 223	100,0	485	100,0	493	99,9	107	100,0	50	100,0	106	100,0	26	99,9	40	100,0
Bortfall %		6,1		2,2		5,7		9,3		2,0		8,6		7,1		11,1

Kommentar:
grupperna cannabis-missbrukare 1–10 ggr och CS oralt > 10 ggr har över 90 % uppgivit att de inte alls har behov v att ta narkotika. Bland samtliga grupper uppger sig injicerarna generellt ha det största behovet. Intressant är len bimodala fördelning över alternativen som finnes i LSD-gruppen, där få mellanalternativ angetts. Generellt öreligger en tendens till ökat behov med ökande missbruksfrekvens.

B. *Sammanfattning och kommentarer*

Bland de som vid inskrivningstillfället hösten 1968 tagit cannabis högst 50 gånger eller CS oralt högst 10 ggr har procentuellt sett de flesta prövat narkotika för första gången under år 1967. För de som tagit respektive preparat mer frekvent gäller att man i lika hög utsträckning börjat redan under 1966 eller ännu tidigare. Detta gäller i stort även för LSD- och opiummissbrukare. Injicerarna uppvisar den tidigaste debuten (före 1966) i jämförelse med övriga grupper. Generellt sett har relativt få individer gjort sin debut under 1968. Procentuellt sett återfinns de flesta av dessa sena debutanter i gruppen cannabis högst 10 ggr samt CS oralt högst 10 ggr. Detta talar för att något intensivt bruk av cannabis eller centralstimulantia under 1968 ej förekommit i nämnvärd omfattning bland dessa debutanter.

Å andra sidan kan noteras att de flesta grupper uppvisar ett aktuellt missbruk. Detta gäller särskilt för individer som tagit cannabis mer än 50 ggr samt för LSD-missbrukare. Även för övriga grupper (med undantag för cannabis resp. CS oralt högst 10 ggr) gäller att över 50 % tagit narkotika senare än 1 juli 1968. Det relativt höga bortfallet i vissa grupper kan möjligen tolkas som att man ej velat rapportera ett pågående missbruk.

Cannabis' omdiskuterade roll som »inkörsport» till andra grövre preparat och former av narkotikamissbruk belyses i viss mån av tabell 18 resp. 23. Inga klara tendenser till att så är fallet kan sägas framgå. Snarare gäller att de som missbrukar cannabis, centralstimulantia och LSD även debuterat med respektive preparat. Detta gäller främst cannabis självt, där den övervägande majoriteten (90 %–97 %) även tagit detta preparat initialt. För injicerare samt för missbrukare av CS oralt högst 10 ggr och LSD gäller att 57 %, 88 % resp. 54 debuterat med samma drog (CS för injicerare). Det bör dock observeras, att ca 1/3-del bland injicerarna och 1/4-del bland LSD-missbrukarna prövat cannabis initialt. Bland missbrukare av opium och CS oralt mer än 10 ggr förekommer cannabis som debutpreparat i ungefär samma utsträckning som de båda medlen själva. Detta behöver dock inte innebära något kausalt samband, utan uttrycker endast att en viss samvariation med cannabis föreligger. Enligt vår uppfattning kan man ej med ledning av det faktum att ett visst preparat använts vid ett *enda* initialt till-

fälle uttala sig om detta preparats betydelse för en senare övergång till gravare former av narkotikamissbruk.

Ett mer fruktbart sätt är i stället att studera samvariationen mellan olika grupper (typer) av missbruk och benägenhet att *injicera* narkotika. Sett ur denna synvinkel framstår ej cannabis som sådant som den primära orsaken till en senare eskalering till grövre preparat och/eller former av narkotikamissbruk, utan snarare det bakomliggande *behovet* att ta preparat. Sålunda gäller för de tre cannabisgrupperna att med högre frekvens av missbruk ökar den procentuella andelen av dem som injicerat narkotika en eller flera gånger. Bland de som tagit cannabis mer än 50 ggr överstiger t. ex. andelen individer som injicerat narkotika vid flera tillfällen de som gjort detta endast en gång; denna relation återfinns icke hos cannabisrökare med mindre frekvent missbruk. Samma tendens återkommer hos de båda grupperna med oralt missbruk av centralstimulantia. Detta styrker vår tes om att ju större behov att ta narkotika – i detta fall uttryckt i en högre missbruks*frekvens* – ju större sannolikhet för att ta steget över till injicering av narkotika. För de som tagit CS oralt mer än 10 ggr gäller vidare att 40 % »silat» vid ett eller flera tillfällen mot endast 8 % i gruppen CS oralt högst 10 ggr. Även LSD- och opiummissbrukare utgör ur denna synvinkel potentiella riskgrupper. Bland de 28 LSD-missbrukarna anger 32 % att de vanligtvis tar preparatet per injektion (tabell 22). medan samtidigt 57 % uppger att de injicerat en eller flera gånger. Motsvarande siffror för opiumgruppen är 18 % resp. 38 %.

Bland de som tagit cannabis eller CS oralt högst 10 ggr har ca $^3/_4$-delar tagit respektive preparat högst 4 gånger, vilket innebär att dessa båda grupper kan betraktas som »nyfikenhetsgrupper». I motsats härtill framstår särskilt gruppen injicerare, där ca 70 % gjort detta mer än 50 gånger. Även gruppen som tagit CS oralt mer än 10 ggr kan betraktas som en mycket belastad grupp, enär något över hälften av dessa individer tagit centralstimulantia mer än 50 gånger. LSD- och opiumgruppen uppvisar en bimodal tendens: antingen har man tagit dessa preparat högst 4 gånger eller också har missbruket fortsatt mer frekvent, ofta över 50 gånger.

Det sätt på vilket man intagit centralstimulantia är på förhand givna (peroralt resp. per injektion). För cannabis gäller att den övervägande majoriteten röker preparatet; ett fåtal (ca 1 % per cannabisgrupp) anger dock att de tar det »genom munnen». Även opiummissbrukarna röker till största delen (ca 75 %) sitt preparat; närmare $^1/_5$-del injicerar opium. Bland LSD-missbrukarna tar oväntat endast hälften preparatet genom munnen: ca $^1/_3$-del (9 individer) uppger att de injicerar LSD, vilket får ses som en särskilt grav form av LSD-missbruk – om dessa uppgifter verkligen är sanningsenliga.

I vårt material framgår att ett ökat behov av att ta narkotika samvarierar med tre olika faktorer. För det första ökar behovet i takt med en ökad *frekvens* av missbruk. Detta gäller för cannabis samt oralt missbruk av centralstimulantia: ca 12 % av de som företer den högsta missbruksfrekvensen av dessa bägge preparat uppger sitt behov vara »ganska stort» eller »mycket stort» mot 0 % av de med lägsta missbruksfrekvensen. För det andra samvarierar behovet med *form* av missbruk; sålunda återfinns generellt det största behovet bland de som injicerar narkotika. Slutligen förefaller även grövre *typer* av narkotika såsom LSD och opium att ge upphov till ett större behov. Det bör dock tilläggas, att termen »Behov» ej definierats i vår frågas lydelse; sannolikt är att innebörden av detta begrepp varierar avsevärt mellan olika grupper (typer) av missbrukare. Det dominerande intrycket är – med nyss nämnda reservation – att den övervägande majoriteten i de flesta missbrukargrupper uppger sig inte alls ha något behov av att ta narkotika, eller att behovet är ringa. Detta gäller generellt utom för injicerare och LSD-missbrukare.

C. *Attityder och bakgrundsdata*

I den följande framställningen kommer formulärets attityd- och bakgrundsfrågor att redovisas under följande rubriker: »Social bakgrund», »Anpassning», »Attityder till auktoriteter» och »Attityder till narkotika och narkomaner». Frågorna relateras till vår indelning av materialet i ickebrukare och grupper med olika frekvent missbruk (dvs. grupperna I, II, III, IV och V).

Social bakgrund

Vid utvärdering av fråga 1: »Vilket år är Du född?» framkom att inga skillnader förelåg mellan grupperna. Resultatet från denna tabell är således identiskt med det som tidigare redovisats i tabell 2.

Tabell 27. »Hos vem bodde Du huvudsakligen tills Du fyllde 16 år?»

	Grupp I Icke brukare		Grupp II 1 g-67 el. tidig.		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Hos båda föräldr.	14 452	90,4	511	86,5	295	89,7	1 440	85,7	1 031	82,5
Hos mamma	1 220	7,6	53	9,0	26	7,9	200	11,9	166	13,3
Hos pappa	133	0,8	12	2,0	3	0,9	13	0,8	18	1,4
Hos någon annan	189	1,2	15	2,5	5	1,5	28	1,7	34	2,7
Totalt	15 994	100,0	591	100,0	329	100,0	1 681	100,1	1 249	99,9
Bortfall %		0,9		0,5		1,2		0,8		1,3

Kommentar:
Det dominerande svarsalternativet är »hos båda föräldrarna» för samtliga grupper. Andelen individer som angett detta alternativ sjunker dock något över de olika grupperna. 8 % i grupp I har huvudsakligen bott hos mamma till skillnad mot 13 % för grupp V. För övriga svarsalternativ föreligger inga markanta skillnader.

Tabell 28. »Var har Du i huvudsak varit bosatt under Din uppväxt?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Stor-Stockholm, Göteborg eller Malmö	8 242	51,8	398	67,9	201	60,4	1 215	72,3	977	78,3
I annan stad med mer än 50 000 inv.	675	4,2	28	4,8	23	6,9	67	4,0	38	3,0
I annan stad eller tätort med under 50 000 invånare	3 135	19,7	95	16,2	56	16,8	254	15,1	153	12,3
På landsbygden	3 732	23,4	60	10,2	52	15,6	138	8,2	75	6,0
Utomlands	137	0,9	5	0,9	1	0,3	6	0,4	5	0,4
Totalt	15 921	100,0	586	100,0	333	100,0	1 680	100,0	1 248	100,0
Bortfall %		1,3		1,3		0,0		0,8		1,4

Kommentar:
Majoriteten i de olika grupperna har växt upp i rikets tre största städer – ett resultat av styrningen i vårt urval. Detta gäller i högre grad (68–78 %) för de som överhuvudtaget missbrukar narkotika än för icke-brukare (52 %). Vidare föreligger generellt ett samband mellan ökad missbruksfrekvens och andel som vuxit upp i storstad. Denna uppgång kompenseras i dessa grupper av en motsvarande nedgång i alternativen »på landsbygden» och »i annan stad eller tätort med under 50 000 invånare». Andelen som vuxit upp i »annan stad med mer än 50 000 invånare» är ungefär lika stor i de olika grupperna.

Tabell 29. »Vad har Du för skolutbildning?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Folkskola eller likn.	8 680	55,7	318	54,6	175	54,2	928	56,5	765	62,2
Realskola » »	1 905	12,2	70	12,0	43	13,3	186	11,3	142	11,5
Gymn. » »	4 629	29,7	173	29,7	99	30,7	497	30,2	286	23,3
Universitet » »	190	1,2	15	2,6	6	1,9	22	1,3	18	1,5
Annan utb. » »	179	1,1	6	1,0	0	0,0	10	0,6	19	1,5
Totalt	15 583	99,9	582	99,9	323	100,1	1 643	99,9	1 230	100,0
Bortfall %		3,4		2,0		3,0		3,0		2,8

Kommentar:
Några påtagliga skillnader i utbildningsnivå föreligger inte mellan grupperna. Mest angivet alternativ är »folkskola» vilket ligger på ca 55–56 % i grupperna I–IV, medan grupp V ligger på 62 %. Ca 30 % av samtliga har angett »gymnasium» utom grupp V, där motsvarande siffra är 23 %.

Anpassning

Tabell 30. »Hur har Du trivts i hemmet under uppväxttiden?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Mycket bra	11 734	73,5	360	60,9	211	64,3	970	57,8	584	46,9
Ganska bra	3 978	24,9	211	35,7	100	30,5	638	38,0	540	43,4
Ganska dåligt	215	1,3	15	2,5	14	4,3	56	3,3	98	7,9
Mycket dåligt	28	0,2	5	0,8	3	0,9	15	0,9	23	1,8
Totalt	15 955	99,9	591	99,9	328	100,0	1 679	100,0	1 245	100,0
Bortfall%		1,1		0,5		1,5		0,9		1,7

Kommentar:
Den mest markanta trenden i denna frågas svarsalternativ gäller för »mycket bra» med en markant trappstegsform med nedgång från 74 % för grupp I till 47 % för grupp V. Den bör dock ses mot motsvarande uppgång som gäller alternativet »ganska bra». I grupp I har 2 % angett att de trivts »mycket dåligt» eller »ganska dåligt» medan motsvarande siffra för grupp V är 10 %.

Tabell 31. »Har Du någon gång funderat på att rymma hemifrån?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Flera gånger	548	3,4	63	10,7	36	10,9	239	14,3	335	26,8
En gång	990	6,2	107	18,2	45	13,7	248	14,8	217	17,4
Aldrig	14 506	90,4	417	71,0	248	75,4	1 189	70,9	698	55,8
Totalt	16 044	100,0	587	99,9	324	100,0	1 676	100,0	1 250	100,0
Bortfall %		0,6		1,2		1,2		1,1		1,3

Kommentar:
Bland icke-brukarna har endast 10 % funderat på att rymma hemifrån en eller flera gånger. För engångs-missbrukarna är siffran 25–29 %, för 2-10-gångsmissbrukarna 29 % och för gruppen mer än 10 ggr 44 %. Alternativet »flera gånger» ökar med ökat missbruk relativt sett.

Tabell 32. »Vem talar Du helst med om Dina personliga problem?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Mamma	5 636	36,1	184	31,8	104	31,9	466	28,1	254	20,7
Pappa	2 683	17,2	76	13,1	42	12,9	192	11,6	79	6,4
Lärare/chef	37	0,2	1	0,2	1	0,3	8	0,5	7	0,6
Kamrat	2 872	18,4	154	26,6	89	27,3	476	28,7	413	33,7
Någon annan	837	5,4	44	7,6	24	7,4	150	9,1	157	12,8
Ingen	3 541	27,7	120	20,7	66	20,2	364	22,0	317	25,8
Totalt	15 606	100,0	579	100,0	326	100,0	1 656	100,0	1 227	100,0
Bortfall %		3,3		2,5		2,1		2,2		3,1

Kommentar:
Den dominerande trenden i tabellen är att kontakten med föräldrarna minskar markant med ökad missbruksfrekvens för att i stället ersättas med en allt större kontakt med »kamrater» eller »någon annan». Alternativet »ingen» får ungefär lika många % i de bägge extremgrupperna, ca 26–28 % medan mellangrupperna ligger något lägre, 20–22 %.

Tabell 33. »Brukar Du vara nervös?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ja, ofta	956	6,0	45	7,6	30	9,0	189	11,2	283	22,5
Ja, ibland	4 457	27,8	196	33,1	98	29,5	585	34,7	456	36,3
Ja, någon enstaka gång	7 829	48,8	271	45,8	150	45,2	699	41,5	378	30,1
Nej, aldrig	2 793	17,4	80	13,5	54	16,3	211	12,5	139	11,1
Totalt	16 035	100,0	592	100,0	324	100,0	1 674	99,9	1 256	100,0
Bortfall %		0,6		0,3		0,3		0,6		0,8

Kommentar:
Av tabellen framgår att bland icke-brukarna kände sig 34 % nervösa ibland eller ofta. Denna procentsiffra stiger med ökat missbruk, så att för engångs-missbrukare är motsvarande värde ca 40 %, för grupp IV 46 % och för grupp V 59 %. En motsvarande sjunkande trend gäller över de olika grupperna för de som aldrig eller någon enstaka gång angett att de känt sig nervösa.

Tabell 34. »Har Du skolkat från skolan?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ofta	682	4,3	68	11,5	34	10,2	248	14,8	403	32,1
Ibland	3 601	22,4	231	39,0	111	33,4	716	42,6	472	37,6
Sällan	5 473	34,1	191	32,2	112	33,7	461	27,4	247	19,7
Aldrig	6 291	39,2	103	17,4	75	22,6	255	15,2	134	10,7
Totalt	16 047	100,0	593	100,1	324	99,9	1 680	100,0	1 256	100,1
Bortfall %		0,6		0,2		0,3		0,8		0,8

Kommentar:
Vad gäller anpassning till skolan framgår att icke-brukarna till ca 1/4 ibland eller ofta skolkat från skolan. Denna andel ökar med ökad missbruksfrekvens och är störst i grupp V, 70 %. Närmare 40 % bland icke-brukarna anger att de aldrig skolkat från skolan, medan motsvarande siffra för grupp V är 11 %.

Tabell 35. »Har Du haft att göra med polis eller barnavårdsnämnd på grund av att Du gjort något olagligt?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Flera gånger	395	2,5	32	5,5	28	8,5	157	9,4	281	22,5
Någon gång	4 014	25,1	246	42,0	116	35,2	723	43,2	501	40,1
Aldrig	11 585	72,4	308	52,6	186	56,4	793	47,4	466	37,3
Totalt	15 995	100,0	586	100,1	330	100,1	1 673	100,0	1 648	99,9
Bortfall %		0,9		1,3		0,9		1,2		1,4

Kommentar:
En tendens föreligger att grupper med högre missbruksfrekvens procentuellt sett har haft med polis eller barnavårdsnämnd att göra »flera gånger». Skillnaderna grupperna I till IV sinsemellan är inte särskilt stora (3–9 %), medan en mer markant ökning sker från grupp IV till V.

Tabell 36. »Är det viktigt för Dig att ha en yrkesutbildning?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ja, mycket viktigt	10 561	66,1	385	65,5	218	66,3	1 005	59,8	642	51,8
Ja, ganska viktigt	4 103	25,7	150	25,5	77	23,4	480	28,6	338	27,3
Nej, inte så viktigt	1 118	7,0	38	6,5	28	8,5	154	9,2	165	13,3
Nej, inte alls så viktigt	187	1,2	15	2,6	6	1,8	42	2,5	94	7,6
Totalt	15 969	100,0	588	100,1	329	100,0	1 681	100,1	1 239	100,0
Bortfall %		1,0		1,0		1,2		0,8		2,1

Kommentar:
Det mest frekventa svarsalternativet (över 50 %) för samtliga grupper är »mycket viktigt» men varierar från grupp I (66 %) till grupp V (52 %). Endast 8 % bland icke-brukarna anser det »inte så viktigt» eller »inte alls viktigt» med en yrkesutbildning. Den procentuella andelen av individer med denna åsikt ökar med missbruksfrekvens och uppgår till 21 % för grupp V.

Attityder till auktoriteter

Tabell 37. »Tror Du att alla tyckt illa om sina föräldrar ibland?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2-10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ja, det tror jag absolut	5 022	31,4	275	46,5	151	45,5	744	46,1	638	51,1
Ja, det tror jag nog	7 190	44,9	231	39,1	130	39,2	655	39,0	404	32,4
Nej, det tror jag nog inte	2 733	17,1	63	10,7	31	9,3	171	10,2	131	10,5
Nej, det tror jag absolut inte	1 054	6,6	22	3,7	20	6,0	78	4,6	75	6,0
Totalt	15 999	100,0	591	100,0	322	100,0	1 678	99,9	1 248	100,0
Bortfall %		0,9		0,5		0,3		0,9		1,4

Kommentar:
Ca hälften av grupp V är övertygade om att alla har tyckt illa om sina föräldrar ibland. Denna tendens är inte lika utpräglad i grupperna med lägre missbruksfrekvens och är lägst för icke-brukarna med 31 %. En svagare trend i motsatt riktning föreligger för alternativet »Ja, nog». Bland icke-brukarna tror man i något större utsträckning än i de andra grupperna att man »nog inte» tyckt illa om sina föräldrar ibland.

Tabell 38. »Vad anser Du om polisen?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
De flesta poliser är hyggliga och rättvisa	7 128	44,9	192	32,7	107	32,9	425	25,7	197	16,1
Många poliser är hyggliga o. rättvisa	6 457	40,7	278	47,4	147	45,2	754	45,6	454	37,1
Ganska få är hyggliga och rättvisa	2 100	13,2	97	16,5	63	19,4	430	26,0	503	41,1
Inga poliser är hyggliga och rättvisa	184	1,2	20	3,4	8	2,5	43	2,6	71	5,8
Totalt	15 870	100,0	587	100,0	325	100,0	1 652	99,9	1 225	100,1
Bortfall %		1,7		1,2		2,4		2,5		3,2

Kommentar:
45 % av icke-brukarna anser att de flesta poliser är »mycket hyggliga» och procenttalen på detta alternativ sjunker sedan trappstegsformat över grupperna ned till 16 % för grupp V. En motsvarande fast omvänd trend framkommer vid alternativet »ganska få».

Tabell 39. »Tycker Du att den enskilda människan har för litet att säga till om i vårt samhälle?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ja, det tycker jag absolut	4 714	29,7	235	39,8	111	33,6	700	42,1	712	57,2
Ja, det tycker jag nog	5 991	37,7	187	31,7	115	34,8	556	33,5	320	25,7
Nej, det tycker jag nog inte	4 416	27,8	143	24,2	82	24,8	353	21,2	166	13,3
Nej, det tycker jag absolut inte	750	4,7	25	4,2	22	6,7	53	3,2	46	3,7
Totalt	15 871	99,9	590	99,9	330	99,9	1 662	100,0	1 244	99,9
Bortfall %		1,6		0,7		0,9		1,9		1,7

Kommentar:
För alternativet »ja, absolut» ökar procenttalen från 30 % för icke-brukarna till 57 % för grupp V. Övriga alternativ visar på det hela taget en motsvarande nedgång.

Tabell 40. »Tror Du att myndigheterna gör allt för att kontrollera de enskilda människorna?»

	Grupp I Icke-brukarna		Grupp II 1 g/67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp 7 > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ja, det tror jag	1 228	7,8	57	9,8	26	8,0	187	11,3	224	18,5
Ja, det tror jag nog	4 378	27,9	136	23,3	82	25,3	380	23,0	271	22,4
Nej, det tror jag nog inte	7 825	49,9	296	50,8	153	47,2	811	49,1	522	43,1
Nej, det tror jag absolut inte	2 255	14,4	94	16,1	63	19,4	274	16,6	193	16,0
Totalt	15 686	100,0	583	100,0	324	99,9	1 652	100,0	1 210	100,0
Bortfall %		2,8		1,9		2,7		2,5		4,4

Kommentar:
I tabellen förekommer inga större skillnader mellan de olika grupperna och i dessas fördelningsmönster på de olika alternativen. Samtliga grupper anger som mest frekventa alternativ »Nej, nog inte». Den enda tendens som skulle kunna utläsas ur tabellen gäller alternativet »ja, absolut», som besvaras i 8 % av grupp I och i 19 % av grupp V.

Attityder till narkotika och narkomaner

Sammanlagt 7 frågor kan inordnas under denna rubrik. 3 av dessa har besvarats av samtliga, 2 av enbart missbrukare och 2 enbart av icke-brukare, varför jämförelser mellan grupper av den typ som gjorts ovan ej kan göras för samtliga dessa frågor.

Tabell 41. »Skulle Du personligen vilja veta mer om narkotika (knark)?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ja, det vill jag	4 005	25,2	210	35,7	113	34,5	666	39,9	606	50,0
Tveksam	3 673	23,1	108	18,3	90	27,4	400	24,0	183	15,1
Nej, det vill jag inte	8 244	51,8	271	46,0	125	38,1	603	36,1	424	35,0
Totalt	15 922	100,1	589	100,0	328	100,0	1 669	100,0	1 213	100,1
Bortfall %		1,3		0,8		1,5		1,5		4,2

Kommentar:
Av tabellen framgår att med ökad frekvens av missbruk anger sig procentuellt sett fler vilja veta mer om narkotika. För icke-brukare är siffran 25 % och för grupp V det dubbla. En motsvarande nedgång gäller för alternativet »nej, det vill jag inte».

Tabell 42. »Tycker Du att TV, radio och tidningar borde ägna större utrymme åt saklig upplysning om narkotika (knark)?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Ja, det tycker jag absolut	4 657	29,4	208	35,3	119	36,4	639	38,2	585	47,2
Ja, det tycker jag nog	4 480	28,2	123	20,9	89	27,2	435	26,0	231	18,6
Nej, det tycker jag nog inte	3 744	23,6	126	21,4	74	22,6	323	19,3	175	14,1
Nej, det tycker jag absolut inte	2 985	18,8	132	22,4	45	13,8	277	16,5	249	20,1
Totalt	15 866	100,0	589	100,0	327	100,0	1 674	100,0	1 240	100,0
Bortfall %		1,3		0,8		1,8		1,2		2,1

Kommentar:
För samtliga grupper gäller att alternativet »ja, absolut» är det mest frekventa. Vidare ökar procentsiffran från 29 % för icke-brukare till 47 % för de i grupp V. I övriga avseenden uppvisar tabellen inga klara trender.

Tabell 43. »Vad tycker Du att man skall göra med ungdomar som använder narkotika?»

	Grupp I Icke-brukare		Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Låta dem vara ifred	826	5,2	72	12,2	38	11,5	212	12,7	361	29,3
Ge dem nån sorts bestraffning	1 439	9,1	38	6,5	16	4,8	70	4,2	26	2,1
Ge dem läkarvård	10 991	69,2	393	66,8	205	62,1	1 076	64,3	550	44,7
Försöka tala dem tillrätta	1 739	10,9	51	8,7	52	15,8	196	11,7	142	11,5
Annat	898	5,7	34	5,8	19	5,8	120	7,2	151	12,3
Totalt	15 893	100,1	588	100,0	330	100,0	1 674	100,1	1 230	99,9
Bortfall %		1,5		1,0		0,9		1,2		2,8

Kommentar:
I samtliga grupper sättes alternativet »läkarvård» högst, dock skiljer sig härvidlag grupp V med 45 % från övriga grupper med ca 62–69 %. För alternativet »ifred» gäller här att gruppen med mest frekvent missbruk skiljer sig från övriga. (29 % mot 5–13 %). 9 % av icke-brukarna anser »bestraffning» utgöra en lämplig åtgärd till skillnad från 2 % för grupp V.

Tabell 44. »Vad var det som gjorde att Du prövade narkotika?»

	Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%
Vanligt bland mina kamrater	23	3,9	16	4,8	138	8,2	171	13,6
Av egen nyfikenhet	517	87,0	283	85,0	1 375	81,2	824	65,4
Av annan orsak	54	9,1	34	10,2	180	10,6	265	21,0
Totalt	594	100,0	333	100,0	1 693	100,0	1 260	100,0
Bortfall %		0,0		0,0		0,1		0,5

Kommentar:
För samtliga grupper är nyfikenheten det dominerande alternativet och varierar från de båda grupperna engångs-missbrukare med ca 87 % till grupp V med 65 %. En motsvarande ökning sker för de två andra alternativen »vanligt bland mina kamrater» och »annat» som vardera ökar med ca 10 % mellan grupperna.

Tabell 45. »Om Du tidigare använt narkotika ('knarkat') men har slutat eller vill sluta: varför?»

	Grupp II 1 g-67 el tid		Grupp III 1 g-68		Grupp IV 2–10 ggr		Grupp V > 10 ggr	
	A	%	A	%	A	%	A	%
Det är inte intressant längre	213	48,5	110	47,6	704	49,7	253	32,7
Rädd att bli narkoman	75	17,1	44	19,0	240	16,9	121	15,6
Rädd för andra skadliga följder	58	13,2	28	12,1	195	13,8	156	20,2
Rädd för straff	5	1,1	0	0,0	14	1,0	16	2,1
Kostar pengar	13	3,0	8	3,5	73	5,2	85	11,0
Annan orsak	75	17,1	41	17,7	190	13,4	143	18,5
Totalt	439	100,0	231	99,9	1 416	100,0	774	100,1
Bortfall %		26,1		30,6		16,4		38,9

Kommentar:
Det mest angivna alternativet procentuellt sett är »ej intressant längre» där grupperna II–IV ligger på 48–50 % och grupp V på 33 %. Med ökad missbruksfrekvens stiger procenttalen på alternativet »kostar pengar» något. Vidare ligger grupp V något högre (20 %) än övriga grupper (12–14 %) på alternativet »rädd för skadliga följder». Ovanstående siffror måste dock ses mot det stora bortfallet i denna fråga, vilket i viss mån är väntat, då den endast vänder sig till vissa av missbrukarna.

C. *Sammanfattning och kommentarer*

Social bakgrund

I de fyra frågor som berör social bakgrund framkommer följande.

Inga skillnader i åldersfördelning mellan icke-brukare och missbrukare kan beläggas. Ca $^3/_4$ av samtliga inskrivningsskyldiga är 18 år och resterande fjärdedel 19 år.

Oavsett grupptillhörighet har de allra flesta bott hos båda föräldrarna. En mycket svagt sjunkande tendens till en uppväxt hos en av föräldrarna eller någon annan föreligger dock för de grupper som har ett mer frekvent missbruk. Trenden är dock så pass svag att den inte bör tolkas mera ingående.

Betydligt större andel missbrukare än icke-brukarna har vuxit upp i storstäder och i mindre utsträckning i mindre städer och tätorter eller på landsbygden. Vår arbetshypotes, att narkotikamissbruket i första hand är en storstadsföreteelse, bekräftas sålunda då 52 % av icke-brukarna växt upp i storstäder mot nära 80 % av de som använder narkotika mest frekvent.

Generellt sett föreligger mycket små skillnader i utbildning mellan icke-brukare och grupperna med olika frekvent missbruk.

Tabell 46. »Har Du någon gång haft lust att pröva narkotika?»

	Grupp I Icke-brukare	
	A	%
Ja	1 022	7,3
Tveksam	1 372	9,8
Nej	11 630	82,9
Totalt	14 024	100,0
Bortfall %		13,1

Kommentar:
83 % av icke-brukarna uppger sig inte haft någon lust att pröva narkotika medan 10 % är tveksamma och 7 % har någon gång haft lust att göra detta.
De som svarat »ja» på denna fråga är av ett speciellt intresse då dessa kan betraktas som potentiella narkotikamissbrukare. Av denna anledning har vi bildat grupper efter denna frågas alternativ och studerat dessa i bakgrundsdata och attityder. Redovisningen av denna analys skall ske i de kommande MPI-rapporterna, men mycket grovt sammanfattat är trenderna i dessa tre grupper mycket snarlika fast ej så utpräglade, som de som erhållits vid de analyser av missbruksfrekvens mot attityder och bakgrundsdata som redovisats ovan. »Ja-gruppen» får i många av frågorna värden som ligger missbrukarna nära och »Nej-gruppen» blir nästan identisk med Grupp I i analysen ovan. »Tveksam-gruppen» får oftast värden som ligger mellan dessa två gruppers.

Tabell 47. »Vilken är orsaken till att Du inte prövat narkotika.»

	Grupp I Icke-brukare	
	A	%
Verkade ointressant	4 688	33,8
Har ej vetat hur eller var man får tag på det	96	0,7
Rädd för att bli narkoman	4 353	31,4
Rädd för andra skadliga följder	2 687	19,4
Rädd för straff	57	0,4
Kostar pengar	352	2,5
Annat	1 620	11,7
Totalt	13 854	99,9
Bortfall %		14,1

Kommentar:
Av skälen till att man inte har prövat narkotika har »verkade ointressant» och »rädd för att bli narkoman» de högsta procenttalen och ligger på ungefär samma nivå, 34 resp 31 %. Därefter följer »rädd för skadliga följder» med 19 %. Påfallande låga frekvenser får alternativen »rädd för straff» 0,4 % och har »ej vetat hur eller var man får tag på det», 0,7 %. Anmärkas bör dock att bortfallet är stort varför tabellen måste tolkas med försiktighet.

Narkotikamissbrukare som använt narkotika mer än 10 ggr har i något större utsträckning folkskola eller liknande utbildning och i mindre grad utbildning på gymnasienivå.

Av ovanstående framgår att skillnaderna i social bakgrund, som den är avtäckt i våra frågor, inte talar för några större skillnader mellan icke-brukare och grupper med olika frekvent missbruk med undantag av uppväxtort. Hela materialet kan i övrigt ses som relativt homogent vad beträffar social bakgrund och av denna anledning kommenteras inte de få trender som föreligger närmare.

Anpassning

De stora flertalet i samtliga grupper har trivts ganska eller mycket bra i hemmet. För missbrukare som tagit narkotika mer än 10 ggr anger ungefär lika stora delar att de trivts »mycket» (47 %) respektive »ganska» (43 %) bra medan icke-brukarna i anmärkningsvärt hög grad, nära 3/4, uppgivit alternativet »mycket bra» och resterande fjärdedel »ganska bra». Antingen avspeglas här en faktisk skillnad i hemmiljön eller upplevelsen av densamma eller också kan förhållandet vara att missbrukarna gör en mer nyanserad bedömning av sina hemförhållanden. Då vi ej har några uppgifter om de faktiska förhållandena, kan vi inte avgöra vilken av dessa alternativa tolkningar som är mest korrekt, möjligen skulle siffran 74 % för icke-brukarna på alternativet »mycket bra» tyda på en mindre realistisk bedömning. Bland den minoritet av individer som uppgivit att de trivts mer eller mindre dåligt återfinns större delen bland de som använt narkotika mer än 10 ggr.

Hela 90 % av icke-brukarna har aldrig funderat på att rymma hemifrån medan procentuellt sett betydligt fler bland missbrukarna har gjort detta. Då man allmänt kan förvänta sig att sådana tankar och intentioner är relativt vanliga i de lägre tonåren, är det mindre troligt att önskan att rymma hemifrån utgör en effekt av ett alltmer ökande narkotikamissbruk. Tabell 31 kan snarare tolkas som att en vantrivsel med rådande hemförhållanden föregått ett senare användande av narkotika. Den mycket höga siffran, 90 %, bland icke-brukarna som ej ens funderat på att rymma hemifrån skulle även kunna tala för att dessa är mer återhållsamma med negativa omdömen om hemmiljön än missbrukarna.

Av tabell 32 framgår att en samvariation finns mellan missbruksfrekvens och benägenhet att inte tala med föräldrarna om egna personliga problem. Individer som använt narkotika mer än 10 ggr föredrar sålunda i större utsträckning än icke-brukarna att vända sig till »kamrater» och »någon annan» än till sina föräldrar. Något kausalt samband med narkotikamissbruk kan dock härvidlag ej säkerställas utifrån denna samvariation. Snarare förefaller det som om en bristande förmåga till kontakt mellan föräldrar och barn föregått senare nyttjande av narkotika. Denna tolkning styrks av resultaten från vår ännu ej publicerade analys av den potentiella missbruksgruppen (se tabell 46) där 37 % uppger sig helst tala med sina föräldrar och 41 % med sina kamrater om sina personliga problem. Motsvarande siffror för de som definitivt ej vill pröva narkotika är 55 % respektive 22 %. Om frågan sju skulle kunna tas som ett mått på »föräldrakontakt» skulle dessa resultat alltså mycket väl kunna tolkas som att en bristande föräldrakontakt dels skulle kunna bidraga till en ökad lust att ta narkotika och dels till ett faktiskt bruk. Under alla omständigheter föreligger en uppenbar samvariation som pekar mot detta kausalsamband i våra båda analyser. En lika stor grupp bland icke-brukarna som de som missbrukat mer än 10 ggr uppger sig inte vända sig till någon överhuvud taget med sina personliga problem.

De som använt narkotika fler än 10 ggr fördelar sig relativt jämnt på ja-alternativen i frågan »Brukar Du vara nervös?» medan icke-brukarna oftast procentuellt sett har angett alternativet »ja, någon enstaka gång». Vi kan alltså fastställa att de som

missbrukar narkotika i högre grad uppger att de känner sig mer nervösa än icke-brukarna. Sett mot bakgrunden av ovan diskuterade tendenser beträffande föräldrakontakt förefaller det troligt att benägenheten för nervositeten snarare föregått narkotikamissbruket än orsakats av detta. Resonemanget stöds även av våra opublicerade data för de potentiella missbrukarna.

En mycket utpräglad samvariation föreligger mellan olika grad av missbruksfrekvens å ena sidan och skolk från skolan samt kontakt med polis eller barnavårdsnämnd å den andra.

Av de som överhuvud taget prövat narkotika har i genomsnitt 17 % aldrig skolkat från skolan medan motsvarande siffra för icke-brukarna är 40 %. Denna senare siffra får ses som anmärkningsvärt hög, då man måste betänka att de flesta avslutat sin obligatoriska skolgång. Bland de som använt narkotika mer än 10 ggr har 32 % ofta skolkat från skolan till skillnad från endast 4 % av icke-brukarna.

Att de som missbrukat narkotika haft fler kontakter med polis eller barnavårdsnämnd kan möjligen delvis bero på det illegala bruket av narkotika.

För samtliga tillfrågade gäller att de flesta anser att en yrkesutbildning är mycket viktig. Anpassningen till denna sociala norm är dock mer utpräglad bland icke-brukarna än bland missbrukarna. Allmänt förefaller det sannolikt att själva narkotikamissbruket i sig kan påverka yrkesutbildningsmotivationen, då denna förmodligen är mycket aktuell i just denna ålderskategori, något som också gäller för narkotikamissbruket enligt våra data som relaterats under redovisningspunkterna A och B i denna rapport. Inom parentes kan omnämnas att inga skillnader föreligger mellan potentiella missbrukare och de som ej vill pröva narkotika i detta avseende i vårt opublicerade material.

Attityder till auktoriteter

De flesta i samtliga grupper är övertygade om att alla tyckt illa om sina föräldrar ibland. Bland missbrukarna finns en större andel än bland icke-brukarna som är helt övertygade om detta.

Bland de som missbrukar narkotika anser procentuellt sett fler än bland icke-brukarna, att ganska få eller inga poliser är hyggliga och rättvisa. Denna tendens är starkast hos gruppen som tagit narkotika mer än 10 ggr, vilket delvis torde sammanhänga med att bruket av narkotika är illegalt.

På frågorna »Tycker Du att den enskilda människan har för litet att säga till om i vårt samhälle?» och »Tror Du att myndigheterna gör allt för att kontrollera de enskilda människorna?» har de som missbrukar narkotika mer deciderade, instämmande åsikter i dessa frågor jämfört med icke-brukarna. Fördelningsmönstren på övriga alternativ är likartade för de olika grupperna.

Sammanfattningsvis framstår de som missbrukar narkotika hysa en mer negativ inställning till auktoriteter av typ föräldrar, polis och myndigheter. De tycks också (som enskilda individer) uppleva en större alienation från rådande normer i samhället. Trenderna är relativt svaga men konsistenta för de som anger sig ha en »absolut» åsikt i dessa frågor.

Attityder till narkotika och narkomaner

Grupper med högre frekvens narkotikamissbruk är mera angelägna än icke-brukarna om att själva få information om narkotika och att ökad upplysning skall bedrivas genom massmedia. Det bör observeras att 52 % av icke-brukarna har en bestämd uppfattning om att de personligen inte vill veta mer om narkotika, samtidigt som 50 % av de med mest frekvent narkotikamissbruk trots sina narkotikaerfarenheter ändå vill veta mera. Den senare gruppen är i samma utsträckning intresserad av att upplysning om narkotika skall intensifieras. En intressant tendens framkommer vid jämförelse av svaren till dessa båda frågor (16 och 17). Icke-brukarna vill ej till 52 % veta mer om narkotika men anser till 19 %

att en ökad upplysning inte är lämplig. Det förefaller sålunda som om icke-brukarna är mer benägna att avskärma sig från upplysning för egen del medan denna tendens inte är lika stark hos grupper med allt större missbruksfrekvens.

Vad gäller åtgärder mot narkotikamissbrukare skiljer sig missbrukare och icke-brukare åt i vissa avseenden. Bägge kategorierna sätter i första hand läkarvård som lämpligaste åtgärd men endast 45 % bland missbrukarna som använt narkotika mer än 10 ggr anser detta till skillnad mot 70 % bland icke-brukarna. I den förra gruppen anser närmare 30 % att narkotikamissbrukare bör lämnas ifred mot endast 5 % av icke-brukarna. Något fler bland de senare anser att bestraffning är en lämplig åtgärd.

Den huvudsakliga tendensen är att de som missbrukat narkotika mer än 10 ggr skiljer sig från övriga så till vida att de i mindre utsträckning tror på läkarvård och i högre grad vill bli lämnade ifred.

Att alternativet »tala till rätta» har fått en relativt låg svarsfrekvens i samtliga grupper kan möjligen sammanhänga med att lydelsen fått en något olycklig, auktoritär innebörd. Detta svarsalternativ kan ha uppfattats som närbesläktat med bestraffning, vilket också fått låga svarsfrekvenser.

Gruppen med mest frekvent missbruk skiljer sig från övriga missbruksgrupper på så sätt att de i mindre utsträckning än dessa prövat på narkotika av egen nyfikenhet utan oftare procentuellt sett p. g. a. kamraternas vanor. Denna samvariation mellan nyfikenhet och missbruksfrekvens skulle också kunna tolkas som att de som prövat främst av egen nyfikenhet endast använt narkotika få gånger, medan de som tagit det av andra orsaker oftare tenderar till att fortsätta.

Denna tendens styrks även av resultatet i fråga 30 där grupper med lägre missbruksfrekvens har högre svarsfrekvens på alternativet »inte intressant längre» jämfört med grupperna med högre missbruk.

Anmärkningsvärt är att rädslan för straff i samtliga grupper är negligerbar och att man i något ökad utsträckning lägger ekonomiska aspekter på narkotikamissbruket i de grupper som missbrukat mer än 10 ggr. Då alternativen »rädd för att bli narkoman» och »rädd för andra skadliga följder» av många kan uppfattas som synonyma, kommenteras dessa ej närmare.

Det stora flertalet av icke-brukarna (83 %) anser att de ej vill pröva narkotika. Orsaken till detta uppges i stor utsträckning bero på att de finner det ointressant och är rädda för att bli narkomaner. Påfallande är att endast ett mycket litet antal är rädda för straff och ej vetat hur eller var man får tag på narkotika.

D. *Jämförelse mellan narkotikavanor i Stockholm 1967 och 1968*

Inom Stockholms inskrivningsområde besvarade 1967 3 942 inskrivningsskyldiga det årets narkotikaenkät. Av dessa hade 818 individer någon gång prövat narkotika, alltså 20,8 %. År 1968 besvarade 9 745 inskrivningsskyldiga årets narkotikaenkät. Antalet som prövat narkotika uppgick till 2 305 individer eller 25,4 %. På ett år har alltså andelen inskrivningsskyldiga som prövat narkotika en eller flera gånger ökat från var 5:e till var 4:e individ. Ökningen är helt signifikant. Den närmare fördelningen framgår av tabell 48.

Den starkaste ökningen kommer på cannabis, vars andel går upp från 14 % till 23 %, alltså med 9 procent. Minskningen

Tabell 48. Översikt av narkotikavanorna.

	—67		—68	
	A	%	A	%
Icke-brukare	3 124	79,2	6 685	74,6
Tillfälligt cannabis	373	9,5	1 373*	15,3
Enbart cannabis	173	4,4	642	7,2
Annan typ oralt	185	4,7	165	1,8
Injicering	87	2,2	86	1,0
Totalt	3 942	100,0	8 951	99,9
Bortfall %				0,4

* Utgöres av gruppen Cannabis 1–10 ggr i —68 års indelning.

Tabell 49.[1] »Vad var det som gjorde att Du prövade knark?» (—67)
»Vad var det som gjorde att Du prövade narkotika?» (—68)

	—67			—68	
	A	%		A	%
Av nyfikenhet	685	83,7	Vanligt bland kamrater	218	9,5
Ville visa att Du vågade	3	0,4	Nyfikenhet	1 784	77,7
Kompisarna tjatade	8	1,0	Annan orsak	294	12,8
Du blev tvingad	2	0,2	Totalt:	2 296	100,0
Annat	125	15,3	Bortfall %		0,4
Totalt:	823	100,6			

[1] Denna och följande tabeller redovisar endast data från samtliga som prövat narkotika en eller flera gånger.

för det orala intaget och injiceringen är värd att notera. En ändrad inriktning av konsumtionen har tydligen ägt rum från tyngre till lättare former. Orsakerna till påbörjande av narkotikamissbruk visar tabell 49.

Av tabellerna framgår att nyfikenheten även 1968 dominerar bilden, men att inflytande från kamrater även börjar göra sig gällande. Begynnelsedrogen framgår av tabell 50.

Cannabis som begynnelsedrog har ökat med 8 %, medan preludin/ritalina minskat med 5 %. Övriga förändringar tillåter ingen tolkning.

Frekvensen missbruk av olika preparat framgår av tabell 51.

På grund av att 1967 68 individer svarade med mer än ett alternativ, blir jämförelserna mellan materialen i denna tabell osäkrare än i föregående. Vissa mera markanta förändringar torde dock vara fullt säkra. Så har t. ex. cannabis kraftigt befäst sin position som det dominerande preparatet och ökat från ca $^2/_3$-dels anpart till nära $^9/_{10}$-dels, eller med 24 %. Preludin/ritalina minskar däremot mycket kraftigt med 13 procent. LSD och opium elimineras så gott som helt mellan de båda åren.

Frekvensen av narkotikamissbruket framgår av tabell 52.

Tabell 50. »Vad var det för preparat Du tog första gången?» (—67)
»Vilket preparat tog Du första gången?» (—68)

	—67		—68	
	A	%	A	%
Preludin/Ritalina	103	13,3	192	8,4
Amfetamin/Fenedrin	2	0,2	18	0,8
Cannabis	610	78,8	2 007	87,1
Morfin/Palfium	4	0,5	6	0,3
LSD	5	0,6	13	0,6
Mebumal/Nembutal	1	0,1	0	0,0
Opium	6	0,7	22	0,9
Meproban/Restenil	1	0,1	7	0,3
Annat	9	1,1	27	1,7
Ej svarat	33	3,9		
Totalt	774	99,3	2 302	100,0
Bortfall %				0,1

Tabell 51. »Vilket eller vilka preparat har Du tagit oftast?» (—67)
»Vilket preparat har Du tagit oftast?» (—68)

	—67		—68	
	A	%	A	%
Preludin/Ritalina	167	18,8	129	5,6
Amfetamin/Fenedrin	18	2,0	41	1,8
Cannabis	573	64,6	2 027	88,5
Morfin/Palfium	14	1,6	2	0,1
LSD	45	5,1	14	0,6
Mebumal/Nembutal	5	0,6	0	0,0
Opium	44	5,0	25	1,1
Meproban/Restenil	3	0,3	1	0,1
Annat	18	2,0	52	2,3
Totalt	887	100,0	2 291	100,0
Bortfall %				0,6

Tabell 52. »Hur många gånger har Du tagit knark?» (—67)
»Hur många gånger har Du använt narkotika? (—68)

	—67			—68		
	A	%		A	%	
1 gång	188	23,0	1 gång	489	21,3	
2—4 gånger	245	30,0	2—4 gånger	629	27,4	
5—10 gånger	123	15,1	5—10 gånger	379	16,5	
Mer än 10 ggr	229	28,0	11—50 gånger	350	15,2	34,8
			Mer än 50 gånger	451	19,6	
Totalt	785	96,1		2 298	100,0	
Bortfall %					0,3	

Tabell 53. »Hur har Du tagit dessa preparat?» (—67)
»Hur har Du intagit det preparat som Du tagit mest?» (—68)

	—67		—68	
	A	%	A	%
Genom munnen	200	20,2	165	7,2
Injektion	90	9,1	86	3,8
Rökt	691	69,9	2 020	88,0
Annat sätt	8	0,8	25	1,1
Totalt	989	100,0	2 296	100,1
Bortfall %				0,4

Tabell 54. »Om Du tidigare knarkat men slutat – varför?» (—67)
»Om Du tidigare använt narkotika ('knarkat') men har slutat eller vill sluta – varför?» (—68)

	—67		—68	
	A	%	A	%
Ej intressant längre	230	34,3	784	47,1
Rädd bli narkoman	164	24,5	267	16,0
Rädd för skadliga följder	114	17,0	249	15,0
Rädd för straff	10	1,5	9	0,6
Kostar pengar	54	8,1	101	6,7
Annat	98	14,6	255	15,3
Totalt	670	100,0	1 655	100,1
Bortfall %				27,8

Tabell 55. »Från vem får/fick Du ditt knark?» (—67)
»Från vem har Du oftast fått Din narkotika?» (—68)

	—67		—68	
	A	%	A	%
Okänd person	283	32,6	732	36,2
Bekant	247	28,5	565	27,9
Klasskamrat	41	4,7	104	5,1
Annan kamrat	181	20,9	395	19,5
Annan person	115	13,3	228	11,3
Totalt	862	100,0	2 024	100,0
Bortfall %				12,2

Antalet individer som missbrukat narkotika mer än 10 gånger har ökat – alltså de svåra missbrukarna – medan missbrukare med lägre frekvens minskat något.

Sättet att inta preparaten framgår av tabell 53.

Denna tabell tillåter på grund av det stora antalet dubbelsvar 1967 icke någon statistiskt hållbar jämförelse. Det intryck man kan få är att rökningens anpart ökat, vilket skulle vara logiskt mot bakgrund av det tidigare påvisade ökade cannabisbruket. Däremot förefaller oralt bruk och injektionsbruk ha minskat, vilket också stämmer med den ovan redovisade minskningen av t. ex. preludin/ritalinabruket.

Varför man slutar missbruka narkotika visas av tabell 54.

Straffets betydelse har blivit än mera negliabel. Bristande intresse har fått en väsentligt högre andel medan rädslan att bli narkoman avtagit. Det bör observeras att frågorna är olika formulerade 1967 och 1968 och vänder sig till något olika kategorier.

Distributionen av narkotika belyses av tabell 55.

Tabellen får tolkas med försiktighet. Det stora bortfallet 1968 torde bero på frågans känslighet. Skillnaderna är ej signifikanta. Några större förändringar torde inte ha ägt rum, utan bilden är densamma båda åren. Kanske har en ökning av okänd person som leverantör skett.

Övriga i rapporten från 1967 års enkät redovisade data tillåter statistiskt ingen jämförelse med 1968 års data. En sådan göres därför ej heller.

D. *Sammanfattning av jämförelsen mellan 1967 och 1968 års material*

Huvudresultaten av jämförelsen mellan de båda åren blir följande: Andelen som prövat narkotika en eller flera gånger har ökat från var femte till var fjärde inskrivningsskyldig. Cannabismissbrukarna har ökat starkt, andra missbrukargrupper har minskat både när det gäller förstagångsmissbruket och mest missbrukat preparat. Det grövre – mera frekventa – missbruket har ökat. Rökningen förefaller att ha ökat sin andel som konsumtionsform. Straff får ingen att sluta missbruka narkotika men väl bristande intresse. Mindre dokumenterad rädsla att bli narkoman framkommer.

Den starka ökningen av cannabismissbruket dominerar bilden.

E. *Alkoholvanor och tobaksbruk i kombination med narkotikamissbruk*

Då vissa begränsningar ligger i frågornas formulering göres här endast en mycket grov »screening» av resultaten enligt följande: De tre alkoholfrågorna (20 a–c) samt frågan om tobaksbruk (19) studeras mot vår indelning av narkotikamissbrukarna efter typ av missbruk. Dessa grupper kompletteras i denna redovisning även med data från ickebrukarna.

Tabell 56. »Dricker Du öl/vin eller starksprit?»

	Icke-bruk. (Grupp I)		Cannabis 1—10 ggr		Cannabis 11—50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Nej	2 285	14,4	43	1,8	11	2,2	48	9,4	4	3,4	3	6,0	12	10,8	2	7,4	5	11,1
Ja, mest ellanöl	5 146	32,4	541	23,1	130	26,4	136	26,6	23	19,7	11	22,0	30	27,0	5	18,5	9	20,0
Ja, mest in/stark-l	5 264	33,2	1 157	49,4	246	50,0	263	51,4	50	42,7	17	34,0	27	24,3	9	33,3	16	35,6
Ja, mest tark-prit	3 178	20,0	599	25,6	105	21,3	65	12,7	40	34,2	19	38,0	42	27,8	11	40,7	15	33,3
Totalt:	15 873	100,0	2 340	99,9	492	99,9	512	100,1	117	100,0	50	100,0	111	99,9	27	99,9	45	100,0
Bortfall %		1,6		1,1		0,8		2,1		0,8		2,0		4,3		3,4		0,0

Kommentar:
Generellt framkommer att bland såväl icke-brukare som missbrukare den största andelen dricker »vin/starköl» (33—51 %). Detta gäller dock ej för gruppen CS oralt > 10 ggr, injicerare och LSD-missbrukare där en liten övervikt för »starksprit» förekommer 38—41 % mot 24—34 % för »vin/starköl».
Andelen nykterister är störst 14 %, bland icke-brukarna, där även den största andelen av de som mest dricker mellanöl förekommer (32 % mot 19—27 %).
För cannabis-grupperna finns en mycket svag trend till ökat icke-bruk av alkohol över grupperna (från 2 till 9 %), och även en nedgång av andelen som mest dricker starksprit (från 26 % till 13 %).

Tabell 57. »Hur ofta dricker Du det som Du ovan sagt Du dricker mest av?»

	Icke-bruk. (Grupp I)		Cannabis 1—10 ggr		Cannabis 11—50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
1 gång i månad el mera sällan	4 678	33,8	388	16,8	66	13,7	85	18,2	18	15,9	5	10,2	17	16,8	4	14,8	7	17,9
2–4 ggr/mån.	6 279	45,3	1 232	53,4	228	47,2	171	36,5	54	47,8	18	36,7	26	25,7	10	37,0	15	38,5
5–10 ggr i mån	1 815	13,1	508	22,0	123	25,5	120	25,6	23	20,4	16	32,7	23	22,8	5	18,5	11	28,2
>10 ggr i mån	1 084	7,8	180	7,8	66	13,7	92	19,7	18	15,9	10	20,4	35	34,7	8	29,6	6	15,4
Totalt:	13 856	100,0	2 308	100,0	483	100,1	468	100,0	113	100,0	49	100,0	101	100,0	27	99,9	39	100,0
Bortfall %		14,1		2,5		2,6		10,5		4,2		3,9		12,9		3,6		13,3

Kommentar:
För cannabis-grupperna och CS-oralt gäller att med ökad missbruksfrekvens av narkotika följer en ökad frekvens av alkoholkonsumtion. För cannabis stiger andelen som angett alternativet »> 10 ggr/mån» från 8 till 20 % och för CS ligger den största ökningen på alternativet »5—10 ggr/mån». Dessa uppgångar sker i huvudsak på bekostnad av alternativet »2–4 ggr/mån».
Av enstaka resultat är följande mest intressanta: Icke-brukarna har största andelarna på alternativen »1 gång eller mera sällan/mån» och »2–4 ggr/mån» (34 resp 45 %). Detta ger generellt, att de har den minst frekventa alkoholkonsumtionen av samtliga grupper. 35 % av injicerarna har ett alkoholbruk mer än 10 ggr/mån.
Bortfallet bör vara av samma storleksordning som de som svarat »nej» i föregående tabell, vilket i stort är fallet.

Tabell 58. »Hur mycket dricker Du i genomsnitt per gång av det Du ovan sagt Du dricker mest av?»

	Icke-bruk. (Grupp I)		Cannabis 1–10 ggr		Cannabis 11–50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Flera flaskor	1 898	13,8	551	24,1	134	27,9	160	34,1	25	22,3	17	34,7	31	30,4	6	22,2	13	31,7
Ca en helflaska	2 373	17,2	469	20,5	111	23,1	99	21,1	23	20,5	13	26,5	21	20,6	2	7,4	8	19,5
En halvflaska	4 730	34,4	913	39,9	166	34,6	128	27,3	47	42,0	13	26,5	38	37,3	16	59,3	15	36,6
Ngt glas	4 756	34,6	358	15,6	69	14,4	82	17,5	17	15,2	6	12,2	12	11,8	3	11,1	5	12,2
Totalt:	13 757	100,0	2 291	100,1	480	100,0	469	100,0	112	100,0	49	99,9	102	100,1	27	100,0	41	100,0
Bortfall %		14,7		3,2		3,2		10,3		5,1		3,9		12,1		3,6		8,9

Kommentar:
Relativt andra grupper har icke-brukarna den största andelen som druckit »något glas», 35 % mot 11–18 % samtidigt som alternativet »flera flaskor» ligger lägst procentuellt sett i denna grupp, 14 % mot 22–35 %. För cannabis- och CS oralt-grupperna gäller att med ökad missbruksfrekvens av narkotika följer att andelen som besvarat alternativet »flera flaskor» ökar från 24 % till 34 % för cannabis och från 22 % till 35 % för CS oralt. I övriga grupper är mönstren något oklara.

Tabell 59. »Hur mycket röker Du per dag?»

	Icke-bruk. (Grupp I)		Cannabis 1–10 ggr		Cannabis 11–50 ggr		Cannabis > 50 ggr		CS oralt ≤ 10 ggr		CS oralt > 10 ggr		Injicerare		LSD-miss-brukare		Opium-miss-brukare	
	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%	A	%
Röker inte	7 229	45,0	385	16,3	68	13,8	56	10,8	28	23,7	4	7,8	11	9,6	5	17,9	7	15,9
1–5 cig el motsv/dag	1 978	12,3	299	12,7	46	9,3	50	9,6	17	14,4	2	3,9	6	5,3	3	10,7	2	4,5
6–10 »	3 406	21,2	642	27,2	136	27,6	153	29,5	20	16,9	10	19,6	23	20,2	4	14,3	9	20,5
11–20 »	3 104	19,3	877	37,1	200	40,6	221	42,6	39	33,1	26	51,0	44	38,6	7	25,0	18	40,9
>20 »	357	2,2	158	6,7	43	8,7	39	7,5	14	11,9	9	17,6	30	26,3	9	32,1	8	18,2
Totalt:	16 074	100,0	2 361	100,0	493	100,0	519	100,0	118	100,0	51	99,9	114	100,0	28	100,0	44	100,0
Bortfall %		0,4		0,3		0,6		0,8		0,0		0,0		1,7		0,0		2,2

Kommentar:
Icke-brukar-gruppen har dels den största andelen av icke rökarna, 45 % mot 8–24 % i övriga grupper och dels den minsta andelen med »> 20 cig eller motsv/dag», 2 % mot 7–32 %. Icke-brukarnas andel på alternativet »11–20 cig el motsv/dag» är också liten, 19 % mot 25–51 % för övriga grupper. En svag trend från 16–11 % på alternativet »röker inte» föreligger över cannabis-grupperna, och även en svag uppgång på alternativet »11–20 cig el motsv/dag» från 37 % till 43 % — små differenser som dock är konsistenta. Samma tendenser, fast mera påtagliga, finnes i CS oralt-grupperna.
Av de som röker mer än 10 cig el motsv/dag återfinnes största andelen i grupperna CS oralt > 10 ggr (69 %), bland injicerarna (65 %) och bland LSD- och opium-missbrukarna (57–58 %). Övriga grupper ligger under 50 % i detta avseende.

E. *Sammanfattning och kommentarer*

Utifrån de tre frågorna om alkoholbruk studerade var och en för sig, kan endast en mycket grovt integrerad bild av alkoholvanor erhållas utifrån typ av alkoholhaltig dryck, frekvens och mängd.

Icke-brukar-gruppen skiljer sig markant från övriga grupper i alkoholvanor. De är i högre grad nykterister, dricker färre ggr per månad och mindre mängder. Av narkotikamissbrukarna tycks injicerarna vara den grupp som har den största andelen individer med en större alkoholkonsumtion då de tenderar till att dricka starksprit, göra detta ofta och i ganska stora mängder. Övriga grupper intar svårgraderade mellanpositioner mellan dessa »ytterligheter». Med ökat cannabisbruk framkommer en intressant trend. Man brukar i mindre utsträckning starksprit, men dricker mera ofta (vin/starköl) och i större mängd. För ökat missbruk av CS oralt återfinns samma trend som för cannabis vad gäller frekvens och mängd.

Den bild som erhålles av relationen narkotikamissbruk–alkoholbruk är således inte entydig. Mycket grovt sammanfattat förefaller det som om ett »grövre» narkotikamissbruk är kopplat till större alkoholkonsumtion, men i vad mån detta sammanhänger med ett alkohol*miss*bruk kan ej belysas utifrån denna undersökning.

Samma generella trend finns för tobaksbruk som för alkoholkonsumtion. Narkotikamissbrukare röker i större utsträckning och röker mer än icke-brukare. I samtliga grupper utom cannabis 1–10 ggr röker mer än 50 % av dpp mer än 10 cigarretter eller motsvarande om dagen; motsvarande andel bland icke-brukarna är 22 %.

Det föreligger en samvariation mellan tobaksbruk och alkoholvanor å ena sidan och narkotikamissbruk å den andra; ju större användande av alkohol och tobak desto större narkotikakonsumtion.

Detta skulle enligt ett konventionellt synsätt kunna tolkas som att ett mer intensivt alkohol- och tobaksbruk fungerar som en »inköpsport» d. v. s. att de faciliterar benägenheten att börja missbruka narkotika. Vi kan dock ej utifrån denna analys yttra oss om eventuella kausalsamband. Resultaten (samvariationen) skulle lika gärna kunna tydas som att narkotikamissbruk för med sig en större alkohol- och tobakskonsumtion.

Kompletterande information i denna frågeställning kan erhållas vid studium av de potentiella missbrukarna. De som inte vill pröva på narkotika (»nej-gruppen») har den största andelen nykterister, 16 %, mot 5 % för de potentiella missbrukarna (»ja-gruppen»). De senare dricker även mer vin/starköl och något mer starksprit än »nej-gruppen». Vidare dricker den senare mindre ofta, dricker mindre mängder samt prefererar mellanöl i sitt val av alkoholhaltiga drycker. Samma trender gäller även tobakskonsumtionen, så till vida att »ja-gruppen» (a) har en större andel rökare samt (b) att bland dessa rökvanorna är mer avancerade.

Av denna analys och resultaten från den föregående framkommer sålunda att både de som vill pröva samt de som missbrukar narkotika använder alkohol och tobak i större utsträckning än de som ej vill eller har prövat narkotika.

3.6 *Allmän sammanfattning*

I samband med den allmänna sammanfattningen av data måste följande aspekter beaktas. Vårt material har trots en betydande numerär omfattning en del begränsningar. De prövade är i stort sett 18-åriga *män* och de är representativa för rikets tre största städer men *ej* för landet i dess helhet. Åldern medför att de ej kan ha konfronterats med tobak, alkohol och narkotika lika länge som äldre ungdomar.

I föreliggande undersökning har vi vidare i flera av analyserna tvingats att begränsa oss till att studera missbruksfrekvens utan hänsyn till typ av preparat. En ytterligare begränsning är att frågor om narkotika i huvudsak gäller det preparat man tagit *oftast*. Blandbruk har beaktats i mycket liten utsträckning och då gällt injicering. I våra stora cannabisgrupper ingår alltså med största sannolikhet ett okänt antal individer

som även tar andra preparat, fast inte lika ofta som cannabis.

Slutligen har endast absoluta frekvenser och procenttal lämnats. Inga osäkerhetsmått av statistiskt slag har redovisats. Samtliga dessa förhållanden understryker i hög grad att generaliserbarheten till andra grupper utanför vårt material är begränsad.

Redovisning efter geografisk indelning

20 % av samtliga inskrivningsskyldiga har missbrukat narkotika en eller flera gånger. Missbruket såväl som utbudet av narkotika är mest frekvent i våra tre största städer. Det faktum att narkotikamissbruket är mindre frekvent utanför storstäderna synes inte i första hand bero på geografiska förhållanden, utan snarare på att *behovet* att använda narkotika där är mindre.

Cannabismissbruket dominerar totalt (74–92 %), medan svårare missbruksformer är påfallande litet frekventa, t. ex. preludin/ritalina (ca 5 %). Missbruksmönstret förefaller i stort vara detsamma inom de olika regionerna. Samma gäller för utbudsmönstret för narkotika.

Debutåret för narkotika är som regel 1967, men i Stockholm har fler prövat narkotika före detta år än i andra regioner. Debutdrogen framför alla andra är cannabis i samtliga regioner (77–89 %) följt av preludin/ritalina (4–13 %). Narkotikautbudet följer samma mönster.

Narkotikamissbruket är aktuellt i samtliga regioner. Endast $^1/_3$-del av missbrukarna har slutat före 1968. Engångsmissbrukarna är procentuellt mer frekventa utanför storstadsregionerna, de högsta missbruksgrupperna omvänt mer frekventa inom dessa.

Missbruksfrekvensen för cannabis är högst i Bergslagen följt av storstäderna. Injicering av narkotika är relativt sett vanligast i Malmö, dock är skillnaderna mycket små. 10 % av alla missbrukare har injicerat narkotika.

Distributionen av narkotika skiljer sig inte mellan de olika regionerna. Okända personer och bekanta är de största leverantörerna.

Missbrukare i olika regioner upplever själva sitt behov att ta narkotika som mycket litet.

Redovisning efter typ av missbruk

Ca 40 % av de inskrivningsskyldiga som prövat narkotika – oavsett typ – har debuterat år 1967. Individer med ett mer frekvent missbruk företer en tidigare debut, under 1966 eller ännu tidigare. De flesta missbruksgrupper uppvisar ett pågående missbruk. Generellt gäller sålunda att över 50 % tagit narkotika senare än 1 juli 1968.

Bland de som företrädesvis missbrukar cannabis, centralstimulantia (per os samt per injektion), LSD och i viss mån opium, föreligger en allmän tendens till att respektive preparat även förekommit som debutdrog. Dessa resultat talar i viss mån emot den ofta anförda hypotesen beträffande cannabis såsom »inkörsport» till andra grövre preparat och former av narkotikamissbruk. Vi anser oss f. ö. icke från det faktum att cannabis använts vid ett *enda* initialt tillfälle kunna dra några säkra slutsatser rörande detta preparats betydelse för en senare övergång till gravare former av narkotikamissbruk. Enligt vår uppfattning förefaller det mer troligt att en dylik övergång – t. ex. i form av injicering – snarare sammanhänger med en bakomliggande *benägenhet* att ta narkotika.

Detta illustreras bl. a. av att ju högre *missbruksfrekvens*, desto större sannolikhet för att ta steget över till injicering av narkotika. Bland individer som tagit centralstimulantia oralt mer än 10 ggr gäller sålunda att 40 % injicerat vid ett eller flera tillfällen mot endast 8 % i gruppen som tagit CS oralt högst 10 ggr. Även för de tre cannabisgrupperna gäller att med högre frekvens av missbruk ökar den procentuella andelen av dem som injicerat narkotika.

Det *subjektiva behovet* av att ta narkotika samvarierar likaledes med en ökad frekvens av missbruk. Härtill kommer att grövre *former* av missbruk (injicering) samt

grövre *typer* av preparat (t. ex. LSD och opium) förefaller att ge upphov till ett större subjektivt behov av att använda narkotika. Det dominerande intrycket är dock att den övervägande majoriteten i de flesta missbruksgrupper uppger sig inte alls ha något behov av narkotika, eller att behovet är ringa.

Redovisning av attityder och bakgrundsdata

Under denna rubrik innefattas material som på ett mer nyanserat sätt kan belysa narkotikamissbruket som ett problem relaterat till samhälls- och uppväxtförhållanden. Då föreliggande resultat endast är en del av de data som kommer att bearbetas under denna punkt, behandlas i den följande framställningen endast de mest påtagliga sambanden och förhållandena. En fullständig redovisning sker först i kommande rapporter.

I stort föreligger inga större skillnader mellan icke-brukare och missbrukare i avseende på ålder, uppväxt i icke-splittrade hem samt utbildning. Narkotikamissbrukare har i större utsträckning vuxit upp i områden med hög urbanisering. Däremot framkommer uppenbara skillnader i deras anpassning till hem, skola och polismyndigheter samt i deras utbildningsmotivation. Narkotikamissbrukarna uppvisar generellt vad man utifrån samhällets synpunkt skulle benämna en »sämre anpassning». En del av våra data tyder på att det inte är narkotikamissbruket per se som orsakat detta, utan talar snarare för ett motsatt samband – att anpassningssvårigheter och emotionella störningar i själva verket föregått ett senare narkotikamissbruk. Vad som i sin tur orsakat dessa störningar kan vi ej entydigt uttala oss om utifrån denna undersökning.

Flera av våra data talar emellertid för att den emotionella kontakten mellan föräldrar och barn, liksom andra tidiga relationer med lärare etc., har en avgörande betydelse. Bland missbrukarna uppger generellt sett en högre frekvens individer att de trivts mindre bra i hemmet, att de funderat på att rymma hemifrån, att de ej varit benägna att tala med föräldrarna om sina personliga problem, att de skolkat från skolan samt att de oftare känt sig nervösa i jämförelse med icke-brukarna. Enligt vår uppfattning skulle dessa data – liksom data rörande missbrukarnas inställning till auktoriteter – med fördel kunna belysas från en psykodynamiskt orienterad personlighetsteori i kombination med socialpsykologiska aspekter.

För narkotikamissbrukarna gäller också att de upplever en större alienation från samhället och auktoriteter än vad icke-brukare gör. De har mer skeptiska värderingar och kritiska åsikter än icke-brukarna, som är mer tillfreds med auktoriteter och samhällets sätt att fungera. Denna uppenbara klyfta mellan narkotikamissbrukare och samhälle måste definitivt beaktas vid åtgärder mot narkomani. För att överbrygga narkotikamissbrukarens stora misstro, måste helt nya angreppssätt prövas för att komma till rätta med problemet.

I sin inställning till narkotika och narkotikamissbruk har icke-brukare och missbrukare skilda uppfattningar. Missbrukarna är mer angelägna om att själva erhålla information om narkotika och anser även att narkotikaupplysning i massmedia bör intensifieras. Icke-brukarna vill i betydligt större grad avskärma sig från information om narkotika.

Vad gäller åtgärder mot narkotikamissbrukare anser både icke-brukare och missbrukare att dessa i första hand skall ha läkarvård. De senare anser dock detta i mindre utsträckning och tycker hellre att narkomaner skall lämnas ifred. Icke-brukarna finner i större utsträckning än missbrukarna bestraffning vara en lämplig åtgärd.

Som orsak till att sluta missbruka narkotika framstår straff som ett negligerbart motiv bland missbrukarna; man slutar i betydligt större utsträckning mot bakgrund av att det inte är intressant längre. Med ökat missbruk tillkommer även ekonomiska aspekter.

Jämförelser mellan narkotikavanor i Stockholm 1967 och 1968

Andelen som prövat narkotika har ökat från var femte till var fjärde inskrivningsskyldig. I jämförelse med 1967 har cannabismissbruket ökat med 24 %, medan annat missbruk har minskat, t. ex. har preludin/ritalina minskat med 13 %. Mer frekvent missbruk har ökat. Även rökning av narkotika har ökat, vilket överensstämmer med det ökade missbruket av cannabis. Bristande intresse anges mer frekvent som en huvudorsak varför man slutar eller vill sluta missbruka narkotika. Man är vidare mindre rädd att bli narkoman.

Alkoholvanor och tobaksbruk i kombination med narkotikamissbruk

Det föreligger ett uttalat samband mellan användande av narkotika å ena sidan och alkohol och tobak å den andra. En ökning i alkoholkonsumtion är kopplad till ett mer frekvent narkotikamissbruk samt till »gravare» former av missbruk. Hur detta samband skall utvärderas är däremot mindre entydigt.

En allmän uppfattning är att emotionella störningar och anpassningsproblem ligger bakom alkoholmissbruk och missbruk över huvud taget. Om denna teori är riktig, förefaller det svårt att tala om någon »inkörsport» till narkotikamissbruk över något särskilt preparat. »Inkörsporten» skulle snarare vara själva anpassningsstörningen eller orsaken till denna, som sedan tar sig uttryck i ett missbruk oavsett art.

I vårt material framkommer att de som missbrukar narkotika uppvisar en sämre anpassning. Vidare använder de alkohol och tobak i större utsträckning än icke-brukarna. Dessa resultat kan tolkas på olika sätt, men uppenbart är att narkotikamissbruket inte kan ses som en isolerad företeelse, utan snarare som ett av flera möjliga uttrycksätt för bakomliggande faktorer av i huvudsak emotionell karaktär.

Avslutning

Under budgetåret 1969/70 kommer MPI att genomföra en med föreliggande undersökning analog studie av narkotika- och alkoholvanor m.m. på *samtliga* inskrivningsskyldiga (ca 55 000 individer) i riket, alltså en totalundersökning. Därutöver avses försök med personlighetsmätande metoder igångsättas med grupper av redan manifesta narkotikamissbrukare. Avsikten härmed är att denna väg söka närmare belysa missbrukets etiologi, som torde vara av såväl social- som personlighetspsykologisk natur. Ett ingående klarläggande av denna etiologi är en nödvändig förutsättning för att skapa en djupare insikt i narkotikaproblematiken samt även för adekvata vård- och behandlingsformer och profylaktiska åtgärder i stort.

Militärpsykologiska institutet Stockholm 27 Personligt frågeformulär 1968

1
Vilket år är Du född?
- ☐ 1948 eller tidigare
- ☐ 1949
- ☐ 1950
- ☐ 1951
- ☐ 1952 eller senare

2
Hos vem bodde Du huvudsakligen tills Du fyllde 16 år?
- ☐ Hos båda föräldrarna
- ☐ Hos mamma
- ☐ Hos pappa
- ☐ Hos någon annan

3
Var har Du i huvudsak varit bosatt under Din uppväxttid?
- ☐ I Stor-Stockholm, Göteborg eller Malmö
- ☐ I annen stad med mer än 50 000 inv.
- ☐ I annan stad eller tätort med under 50 000 invånare
- ☐ På landsbygden
- ☐ Utomlands

4
Hur har Du trivts i hemmet under uppväxttiden?
- ☐ Mycket bra
- ☐ Ganska bra
- ☐ Ganska dåligt
- ☐ Mycket dåligt

5
Vad har Du för skolutbildning?
(Ange det högsta alternativet som gäller för Dig)
- ☐ Folkskola, grundskola, yrkesskola, lantmannaskola, folkhögskola (1 årskurs) eller motsvarande
- ☐ Realskola, tekniskt institut, handelsskola, folkhögskola (2—3 årskurser) eller motsvarande
- ☐ Gymnasium, folkskoleseminarium eller motsvarande
- ☐ Universitet, högskola, socialinstitut eller motsv.
- ☐ Annan utbildning
Vad?

6
Har Du någon gång funderat på att rymma hemifrån?
- ☐ Flera gånger
- ☐ En gång
- ☐ Aldrig

7
Vem talar Du helst med om dina personliga problem?
- ☐ Mamma
- ☐ Pappa
- ☐ Lärare/chef
- ☐ Kamrat
- ☐ Någon annan
- ☐ Ingen

8
Tror Du att alla tyckt illa om sina föräldrar ibland?
- ☐ Ja, det tror jag absolut
- ☐ Ja, det tror jag nog
- ☐ Nej, det tror jag nog inte
- ☐ Nej, det tror jag absolut inte

9
Brukar Du vara nervös?
- ☐ Ja, ofta
- ☐ Ja, ibland
- ☐ Ja, någon enstaka gång
- ☐ Nej, aldrig

10
Har Du skolkat från skolan?
- ☐ Ofta
- ☐ Ibland
- ☐ Sällan
- ☐ Aldrig

11
Har Du haft att göra med polis eller barnavårdsnämnd på grund av att Du gjort något olagligt?
- ☐ Flera gånger
- ☐ Någon gång
- ☐ Aldrig

12
Vad anser Du om polisen?
- ☐ De flesta poliser är hyggliga o. rättvisa
- ☐ Många poliser är hyggliga o. rättvisa
- ☐ Ganska få poliser är hyggliga och rättvisa
- ☐ Inga poliser är hyggliga o. rättvisa

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

13
Tycker Du att den enskilda människan har för litet att säga till om i vårt samhälle?
- ☐ Ja, det tycker jag absolut
- ☐ Ja, det tycker jag nog
- ☐ Nej, det tycker jag nog inte
- ☐ Nej, det tycker jag absolut inte

14
Tror Du att myndigheterna gör allt för att kontrollera de enskilda människorna?
- ☐ Ja, det tror jag absolut
- ☐ Ja, det tror jag nog
- ☐ Nej, det tror jag nog inte
- ☐ Nej, det tror jag absolut inte

15
Är det viktigt för Dig att ha en yrkesutbildning?
- ☐ Ja, mycket viktigt
- ☐ Ja, ganska viktigt
- ☐ Nej, inte så viktigt
- ☐ Nej, inte alls viktigt

16
Skulle Du personligen vilja veta mer om narkotika (knark)?
- ☐ Ja, det vill jag
- ☐ Tveksam
- ☐ Nej, det vill jag inte

17
Tycker Du att TV, radio och tidningar borde ägna större utrymme åt saklig upplysning om narkotika (knark)?
- ☐ Ja, det tycker jag absolut
- ☐ Ja, det tycker jag nog
- ☐ Nej, det tycker jag nog inte
- ☐ Nej, det tycker jag absolut inte

18
Vad tycker Du att man skall göra med ungdomar som använder narkotika (knark)?
- ☐ Låta dem vara i fred
- ☐ Ge dem någon sorts bestraffning
- ☐ Ge dem läkarvård
- ☐ Försöka tala dem tillrätta
- ☐ Annat

19
Hur mycket röker Du per dag?
- ☐ Röker inte
- ☐ 1—5 cigarretter eller motsv. per dag
- ☐ 6—10 cigarretter eller motsv. per dag
- ☐ 11—20 cigarretter eller motsv. per dag
- ☐ Mer än 20 cigarretter eller motsv. per dag

20 a
Dricker Du öl/vin eller starksprit?
- ☐ Nej
- ☐ Ja, mest mellanöl
- ☐ Ja, mest vin/starköl
- ☐ Ja, mest starksprit

20 b
Hur ofta dricker Du det som Du ovan sagt att Du dricker mest av?
- ☐ 1 gång i månaden eller mer sällan
- ☐ 2—4 gånger i månaden
- ☐ 5—10 gånger i månaden
- ☐ Mer än 10 gånger i månaden

20 c
Hur mycket dricker Du i genomsnitt per gång av det du ovan sagt att Du dricker mest av?
- ☐ Flera flaskor
- ☐ Cirka en helflaska
- ☐ En halv till en hel flaska
- ☐ Något glas

21
Har Du någon gång använt narkotika (knark) utan läkares ordination?
☐ Ja
☐ Nej
Om Du svarar »ja» på frågan ovan skall Du fortsätta med frågorna 22—32 nedan!
Om Du svarar »nej» på frågan ovan skall Du fortsätta med frågorna 33—38 nedan!

22
När prövade Du narkotika första gången?
☐ Före 1966
☐ Under 1966
☐ Under 1967
☐ Under jan.—juni 1968
☐ Efter 1 juli 1968

23
Vilket preparat tog Du första gången?
☐ Preludin/Ritalina
☐ Amfetamin/ Fenedrin
☐ Hasch/Marihuana
☐ Morfin/Palfium
☐ LSD/Meskalin eller liknande
☐ Mebumal/Nembutal eller liknande
☐ Opium
☐ Meproban/Restenil eller liknande
☐ Annat

24
När använde Du narkotika senast?
☐ Före 1967
☐ Under 1967
☐ Under jan.—juni 1968
☐ Efter 1 juli 1968

25
Hur många gånger har Du använt narkotika?
☐ 1 gång
☐ 2—4 gånger
☐ 5—10 gånger
☐ 11—50 gånger
☐ Fler än 60 gånger

26
Vad var det som gjorde att Du prövade narkotika?
☐ Vanligt bland mina kamrater
☐ Av egen nyfikenhet
☐ Av annan orsak

27
Vilket preparat har Du tagit oftast?
☐ Preludin/Ritalina
☐ Amfetamin/ Fenedrin
☐ Hasch/Marihuana
☐ Morfin/Palfium
☐ LSD/Meskalin eller liknande
☐ Mebumal/Nembutal eller liknande
☐ Opium
☐ Meproban/Restenil eller liknande
☐ Annat

28
Hur har Du intagit det preparat som Du tagit mest?
☐ Genom munnen
☐ Injektion (spruta)
☐ Rökt
☐ Annat sätt

29
Har Du någon gång tagit en spruta med narkotika (»sil»)?
☐ Nej, aldrig
☐ Ja, en gång
☐ Ja, flera gånger

30
Om Du tidigare använt narkotika (»knarkat») men har slutat eller vill sluta: varför?
☐ Det är inte intressant längre
☐ Rädd att bli narkoman
☐ Rädd för andra skadliga följder
☐ Rädd för straff
☐ Kostar pengar
☐ Annan orsak. Vilken?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

31
Från vem har Du oftast fått Din narkotika?
☐ Okänd person
☐ Bekant
☐ Klasskamrat
☐ Annan kamrat
☐ Annan person

32
Hur stort är Ditt behov av att ta narkotika?
☐ Mycket stort
☐ Ganska stort
☐ Ganska litet
☐ Mycket litet
☐ Inte alls

Till Dig som aldrig prövat narkotika:

33
Har Du någon gång blivit erbjuden narkotika?
☐ Ja, flera gånger
☐ Ja, en gång
☐ Nej, aldrig

34
Om Du blivit erbjuden narkotika: var erbjöds Du detta oftast?
☐ Skola
☐ Arbetsplats
☐ Bjudning/skiva
☐ Popklubb/ danslokal
☐ Ute på stan/samhället
☐ Annan plats

35
Om Du blivit erbjuden narkotika: vem erbjöd?
☐ Okänd person
☐ Bekant
☐ Klasskamrat
☐ Annan kamrat
☐ Annan person

36
Om Du blivit erbjuden narkotika: vilka preparat har Du oftast blivit erbjuden?
☐ Preludin/Ritalina
☐ Amfetamin/ Fenedrin
☐ Hasch/Marihuana
☐ Morfin/Palfium
☐ LSD/Meskalin eller liknande
☐ Mebumal/Nembutal eller liknande
☐ Opium
☐ Meproban/Restenil eller liknande
☐ Annat

37
Har Du någon gång haft lust att pröva narkotika?
☐ Ja
☐ Tveksam
☐ Nej

38
Vilken är orsaken till att Du inte prövat narkotika?
☐ Verkade ointressant
☐ Har ej vetat hur eller var man får tag på det
☐ Rädd för att bli narkoman
☐ Rädd för andra skadliga följder
☐ Rädd för straff
☐ Kostar pengar
☐ Annat

Om Du har några synpunkter på frågorna i detta formulär, kan Du skriva dem på det tomma papperet i detta kuvert

4 Studenter och narkotika

En undersökning av studerande vid Stockholms universitet vårterminen 1968

Ulla Ahrens, Magnus Kihlbom, Nils Olov Näs

Förord

Våren 1967 vände sig Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare till Sveriges Förenade Studentkårer med en förfrågan om kårernas intresse för att ta initiativ till forskning beträffande narkotikabrukets utbredning bland universitetsstuderande. Efter kontakter med Stockholms universitets studentkår och dess sociala utskott utformade den nuvarande forskningsgruppen ett sådant undersökningsprojekt.

Under planeringsarbetet för undersökningen har deltagare i seminarier vid pedagogiska och statistiska institutionerna vid Stockholms universitet, samt forskare vid socialmedicinska institutionen bidragit med värdefulla synpunkter. Vid konstruktionen av frågeformuläret har också uppslag erhållits från liknande undersökningar av narkotikabruk utförda av dr Bengt Herulf, Stockholm, dr Nils Gustavsson, Stockholm, och Richard H. Blum, Stanford University, USA. Förutom författarna har i forskningsgruppen ingått fil. stud. Bo Ragnar, som deltagit i planering och bearbetning, och haft huvudansvaret för fältarbetets genomförande. Materialet för avsnitt 6. 6. har speciellt analyserats av Bo Ragnar.

Undersökningen är genomförd med anslag från Stiftelsen Riksbankens jubileumsfond.

4.1 *Problemställningar, metod och material*

4.1.1 Bakgrunden till undersökningen

Bakgrunden till undersökningsprojektet är narkotikabrukets ökade utbredning under de senaste åren – särskilt bland ungdom – och det härigenom intensifierade behovet av ett bredare vetenskapligt underlag, dels beträffande narkotikabrukets utbredning och karaktär, och dels beträffande olika sociala, psykologiska m. fl. faktorers betydelse för varierande grader av » immunitet» resp. benägenhet för användning av narkotika.

Relativt nyligen har undersökningar genomförts för att kartlägga narkotikabrukets utbredning bland elever vid grundskolan m. fl. skolformer, bland nyinskrivna värnpliktiga etc., men beträffande universitetsstuderande saknas helt sådana informationer. Erfarenheter bl. a. från USA tyder vidare på att bruk av LSD och cannabis skulle vara starkt koncentrerat till bl. a. universitets- och med dem lierade kretsar. En av oss företagen gruppenkät bland universitetsstuderande i Stockholm (november 1967) visade också att de studerande i stor utsträckning exponerats för (framför allt) cannabis och att detta i många fall resulterat i experiment med medlet i fråga.

De undersökningar som mest intensivt gjort försök att belysa mekanismer bakom

narkotikabruket är de som baserats på medicinskt och kriminologiskt starkt selegerade material, där urvalskriteriet som regel just varit mer eller mindre avancerat missbruk av narkotika, eller eventuellt någon annan form av mer påtagligt avvikande beteende eller en kombination av båda. Deras bristande användbarhet för att dra kausala slutsatser är uppenbar. Även om man inte bland universitetsstuderande kan förvänta sig att påträffa något större antal mer avancerade missbrukare, utan snarare kan förvänta sig att finna individer mer eller mindre disponerade eller benägna för experiment med narkotika, skulle en undersökning av ett representativt urval studenter kunna ge bidrag till förståelsen av faktorer bakom varierande grader av benägenhet att pröva narkotika. Det bör i sammanhanget noteras att ett minst lika viktigt problem är att försöka förklara det dominerande förhållningssättet gentemot narkotika, nämligen avståndstagande, vilket av naturliga skäl ej varit möjligt i de andra undersökningarna.

En annan fråga som tycktes oss väsentlig men som otillräckligt belysts tidigare, är frågan om hur icke-brukare (som ej är »professionella» normsändare) upplever narkotikaproblematiken. Med tanke på den aktuella gruppens sannolika framtida ställning och samhällsinflytande, som opinionsbildare eller beslutsfattare, kan det vara intressant att belysa studenters attityder och föreställningar rörande narkotika och narkotikabrukare.

4.1.2 En översikt över undersökningens problemställningar

Med tanke på att undersökningens variabler och variabelvärden redovisas »operationellt» definierade i samband med presentationen av undersökningens resultat, görs här enbart ett försök till en översikt och allmän karakteristik av undersökningens huvudområden. Samtliga »narkotikavariabler» eller narkotikafrågor (frågor t. ex. om användning av narkotika, inställning till bruk av dem, expositionen för dem etc.) har ställts separat för de fyra medel som främst berörs av undersökningen, nämligen: *cannabis* (hasch, marihuana) *LSD, centralstimulantia intaget genom injektion* och *centralstimulantia intaget peroralt.*

1. En huvuduppgift för undersökningen var att kartlägga brukets utbredning och bruksmönstret (intensitet, förlopp, duration, kombination av olika medel), omständigheter kring debuten och inlärningen, samt upplevelser av olika medels verkningar.

2. Förutom det faktiska bruket har vi också försökt belysa i vilken utsträckning studenterna är benägna att pröva resp. att fortsätta att pröva olika medel, liksom motiv för att använda dem, och andra attityder till dem.

3. Vidare försöker undersökningen ange i vilken utsträckning studenterna är exponerade för medlen, dels genom bekanta som använder medlen, dels genom att ha faktisk tillgång till dem.

4. En stor del av undersökningen utgörs av jämförelser mellan grupper med olika erfarenhet av och benägenhet för narkotika med avseende på en rad psykologiska och sociala karakteristika. Till grund för valet av dessa variabler ligger inte explicita hypoteser om orsaksmekanismer bakom olika förhållningssätt till narkotika, utan snarare mer allmänna föreställningar om relevanta faktorer i sammanhanget. Inga befintliga teorier har vi kunnat bedöma som lämpliga utgångspunkter för en hypotesbildning.

4.1.3 Undersökningens uppläggning och genomförande

Undersökningen planerades främst som en explorativ deskriptiv undersökning, men kan också sägas ha en kausalanalytisk inriktning genom de försök som gjorts att belysa olika faktorers betydelse för varierande grader av avvisande mot resp. benägenhet för användning av narkotika.

Undersökningen genomfördes våren 1968 på ett representativt urval studerande vid Stockholms universitet ht 1967. Data-insamlingen skedde med postenkätmetoden.

4.1.4 Undersökningspopulation och urval

Definition av undersökningspopulationen

Undersökningspopulationen kan definieras som »samtliga skandinaviska studenter, födda 1933 eller senare, som HT 1967 erlade kåravgift till Stockholms universitets studentkår». Avgränsningen av populationen motiverades bl. a. av följande:

a) Enligt universitetsstadgan är medlemskap i Stockholms universitets studentkår ett villkor för bedrivande av studier vid universitetet. Därför valde vi att definiera »student» som »kårmedlem i SUS». Dessutom svarar mot denna definition en lämplig urvalsram. Uppgifter om vilka studenter som varje termin erlägger kåravgift införs nämligen i SUS:s medlemsregister för terminen i fråga. Vid urvalstillfället (VT 1968) fanns uppgifter (på magnetband vid L. M. Ericssons dataavdelning) om samtliga studenter som erlagt kåravgift för HT 1967.

b) Undersökningen begränsades till studenter under 35 år med tanke på att det i olika sammanhang kunnat konstateras att yngre studenter i större utsträckning än äldre exponeras för narkotika. Uteslutandet av äldre studenter innebar en reducering av den studerade populationen till ca 75 % av samtliga studenter (se nedan).

c) Undersökningen begränsades slutligen till svensktalande (skandinaviska) studenter. Ingen möjlighet förelåg att i förväg avgöra i vilken utsträckning icke-skandinaviska studenter tillfredsställande behärskade svenska språket, varför vi var tvungna att utesluta dem.

Urvalsmetod och stickprovsstorlek

Som urvalsmetod användes stratifierat urval (stratifieringsvariabel = kön) med systematiskt urval ur varje stratum. Urvalet skedde systematiskt efter medlemsregistrets uppställning av de studerande efter födelsenummer.

Stickprovets storlek fastställdes till ca 600 manliga och 300 kvinnliga studenter. Från dessa skulle sedan utsorteras de icke-skandinaviska studenterna. Anledningen till valet av ett icke-proportionellt stratifierat urval med en kraftig överrepresentation av manliga studenter, var vårt, som det senare visade sig, berättigade antagande att exposition för och användning av narkotika skulle vara vanligare bland män än bland kvinnor. För de kvinnliga studenternas del syftade undersökningen främst till en kartläggning av hur många som haft erfarenhet av narkotika, medan vi för de manliga studenternas del också ville ha informationer om ett flertal andra aspekter av bruket av olika medel.

Studentpopulationen och det erhållna urvalet

Uppgifter från L. M. Ericssons Data AB, (som vid undersökningstillfället handhade SUS:s medlemsregister) beträffande det totala antalet studenter HT 1967 och beträffande antalet studenter födda 1933 och senare, redovisas i tabell 1.1.

Studenter födda 1933 eller senare utgjorde bland männen 79,4 % av samtliga och bland kvinnorna 76,4 %. Exakt hur stor

Tabell 1.1. Det totala antalet studenter HT 1967 samt antalet studenter födda 1933 eller senare.

	Samtliga stud. HT 67	Studenter födda efter 1932		Målpopulationen
	Antal	Antal	% av samtliga	Skattad % av samtliga studenter
Män	13 988	11 106	79,4	75
Kvinnor	11 692	8 931	76,4	74
Totalt	25 680	20 037	78,0	75

del av samtliga studenter målpopulationen utgör kan inte anges eftersom uppgifter saknas om hur stor del av de yngre studenterna som var icke-skandinavier. Används emellertid uppgifterna från stickprovet som underlag för en skattning, så torde de bland männen utgjort ca 5 % och bland kvinnorna 3,6 %. En korrektion utifrån detta antagande leder till skattningen att målpopulationen »skandinaviska studenter födda 1933 eller senare» för männens del skulle utgöra ca 75 % av samtliga manliga studenter, och för kvinnornas del ca 74 % av samtliga kvinnliga studenter.

Vid det systematiska urvalet i april 1968 valdes var 23:e man och var 29:e kvinna födda 1933 eller senare. Dragningen resulterade i ett stickprov på 615 män och 307 kvinnor. Efter bortsortering av icke-skandinaviska studenter bland de uttagna, erhölls det definitiva urvalet bestående av 583 manliga och 296 kvinnliga studenter.

4.1.5 Datainsamlingsmetod

Data-insamlingen skedde som nämnts genom postenkäter. I detta avsnitt följer några uppgifter om enkätformulärets omfattning och art, om rutin vid utsändning och insändning av formuläret m. m.

Enkätformulärets omfattning. Vi räknade förhoppningsfullt med ett förhållandevis stort intresse och en god samarbetsvilja bland studenterna och vågade därför använda ett enkätformulär som beträffande antalet frågor var betydligt mer omfattande än vad som är brukligt vid postenkäter. Samtliga respondenter fick ta ställning till ca 150 huvudfrågor – en stor del av dessa krävde vidare ett flertal svarsmarkeringar – samt till 4 skalor bestående av mellan 9 och 21 items avsedda att mäta neuroticism, attityder till narkotika m. m. De respondenter som någon gång hade prövat något av de narkotiska medel undersökningen gällde fick besvara ytterligare ca 40 huvudfrågor.

Typ av frågor. Genomgående användes frågor med fixerade svarsalternativ, ofta i form av 3–6 gradiga skattningsskalor. Samtliga »narkotikafrågor» skulle besvaras med avseende på de 4 medel undersökningen gällde: Cannabis, LSD, centralstimulerande medel intaget genom injektion och per oralt.

Instruktionerna till respondenterna. Samtliga respondenter fick förutom frågeformulär och svarskuvert ett meddelande som undertecknats av forskningsgruppen, och som gav en kortfattad presentation av undersökningen. I meddelandet påpekades också att undersökningsmaterialet var helt konfidentiellt och anonymt skulle bearbetas i datamaskin. På en punkt varierade dock instruktionerna till respondenterna: 100 slumpmässigt utvalda män och 50 slumpmässigt utvalda kvinnor fick i motsats till de övriga respondenterna *onumrerade* formulär, samt ett svarskort med ett extra meddelande angående återsändandet av formuläret. Meddelande löd:

»För att vi – med bevarande av respondenternas anonymitet – skall kunna kontrollera och reducera bortfallet vid undersökningen, samt kunna skicka påminnelsebrev till dem som ej återsänt sina formulär, ber vi Dig om följande: När Du postar det ifyllda enkätformuläret i det ena svarskuvertet, (2 st. bifogades) posta då samtidigt detta svarskuvert i det andra kuvertet. På så vis vet vi att Du sänt in Ditt formulär och kan – tacksamma över din medverkan – stryka Dig från vår lista över deltagare vid undersökningen.»

Motiveringen för denna variation i fråga om instruktioner till respondenterna följer i avsnitt 1.8.

4.1.6 Undersökningens genomförande

Undersökningsplaneringen påbörjades i september 1967. Som en förberedelse för avgränsningen av undersökningens problemställningar genomfördes också under hösten (november månad) en mindre enkätundersökning av narkotikabruk och erfarenheter av narkotika vid ett par institutioner vid Stockholms universitet i avsikt att få information om i vilken utsträckning erfarenheter av narkotika kunde tänkas föreligga

bland de studerande, och för att utpröva användbarheten av den planerade frågetekniken.

I december 1967 utarbetades en detaljerad beskrivning av forskningsprojektet, samt ansöktes om stöd för projektet hos Stiftelsen Riksbankens Jubileumsfond. Anslag för undersökningen beviljades i mars månad 1968 och efter kompletteringar och justeringar av undersökningsplanen gjordes urvalet för enkätundersökningen i april månad.

Data-insamlingen inleddes i början av maj månad, då enkätformuläret utsändes till samtliga respondenter. Efter ca 10 dagar (då 55 % hade svarat) gjordes en ny utsändning och efter ytterligare 10 dagar en sista utsändning. Sammanlagt hade då ca 70 % av respondenterna besvarat enkäten. Efter ytterligare 14 dagar, då sammanlagt 80 % besvarat enkäten, avslutades datainsamlingen genom att 6 personer arvoderades att under ett par veckor försöka få in de saknade formulären genom att personligen, per telefon m. m., kontakta de respondenter som ej skickat in sina formulär. Om respondenten vägrade besvara enkäten försökte vidare »indrivaren» få reda på skälet för vägran.

Användbara frågeformulär insändes av sammanlagt 491 män och 247 kvinnor.

Efter genomgång och kontroll av inkomna formulär har överföring av data till hålkort, samt maskinell, statistisk bearbetning och analys av materialet skett vid Enskilda Utredningsinstitutet.

4.1.7 Databehandling, statistisk beskrivning och analys

Efter kontroll av de insända frågeformulären överlämnades undersökningsmaterialet till Enskilda Utredningsinstitutet för kodning, överföring av data till hålkort och slutligen till skivminne.

Den deskriptiva och analytiska bearbetningen av undersökningsresultaten har sedan skett enligt EUI:s system av dataprogram BARBRO III, avpassat för datamaskinen IBM 1130. (För beskrivning av programsystemet, se »Programmanual BARBRO III, bearbetningssystem för samhällsvetenskapliga undersökningar, Sune Westling, Taxinge 1968). Förutom tabuleringsprogram har utnyttjats program för faktor- och komponentanalys och för framställning av korrelationsmatriser samt indexeringsprogram.

Genomgående redovisas i framställningen jämförelser mellan proportioner. Vid dessa har vi som regel ej tillämpat konventionell signifikansprövning av skillnaden mellan proportionerna, utan i stället angivit ett 95-procentigt konfidensintervall för skillnaden mellan proportionerna, $(\text{dvs. } p_1-p_2 \pm 1{,}96 \times \delta_{(p_1-p_2)_{est}})$. Observera dock att sådana konfidensintervall bara beräknats då skillnaden mellan proportionerna varit signifikant på minst 95-procentsnivån, (dvs. där

$$\frac{p_1-p_2}{\sqrt{p_T q_T \left(\frac{1}{n_1}+\frac{1}{n_2}\right)}} \geq 1{,}96$$

där $p_T = \sqrt{\frac{n_1 p_1 + n_2 p_2}{n_1+n_2}}$ och $q_T = 1 - p_T$

Uttryck i texten som t. ex. d % $= 29 \pm 11$ innebär alltså att den diskuterade skillnaden mellan två procenttal är signifikant på minst 95-procentsnivån och att den procentuella skillnaden med 95 % sannolikhet ligger mellan 18 % och 40 % i detta exempel.

Eftersom undersökningen inte har laborerat med några antaganden om skillnader i olika avseenden mellan manliga och kvinnliga studerande, har ej gjorts några signifikanstest av sådana skillnader.

4.1.8 En metodstudie och dess resultat

Vid jämförelser mellan olika frågetekniska metoder eller mellan olika varianter av en och samma frågetekniska metod, har man ofta kunnat belägga systematiska skillnader i fråga om respondenternas beredvillighet att rapportera »kompromet terande» fakta eller socialt mindre värderade egenskaper eller beteenden. Delvis tycks dessa skillna-

der i svar vid skilda metoder ha varit en funktion av respondenternas uppfattning om hur pass goda garantier de haft i fråga om att förbli anonyma vid lämnandet av sina uppgifter. För att göra en indirekt validitetsprövning, särskilt i fråga om svaren på de frågor där en underrapportering kunde förväntas, t. ex. vid svaren på frågor om alkohol-konsumtion, narkotikabruk, lagöverträdelser m. m. gjordes därför vid undersökningen ett försök att experimentellt variera anonymitetsgraden på det ovan angivna sättet. För majoriteten av respondenterna (de som fick numrerade formulär) bör undersökarnas möjligheter att förknippa uppgifter med uppgiftslämnare ha bedömts som stora, medan dessa möjligheter bör ha bedömts som betydligt mindre i den andra gruppen. Vår hypotes i sammanhanget var alltså att det sist beskrivna förfarandet vid insändandet av formulären etc. (alt. föreställningen om ett bättre anonymitetsskydd) på vissa kritiska frågor skulle ge andra värden än det förfarande som tillämpades på majoriteten av respondenterna.

Denna hypotes om en mindre omfattande rapportering av »kompromet terande» fakta m. m. i gruppen med mindre övertygande garantier för anonymitetsskydd, styrktes emellertid ej i undersökningen. Det förelåg inga systematiska skillnader mellan jämförelsegrupperna med avseende på den frekvens med vilken man rapporterat t. ex. egna förseelser eller lagöverträdelser, alkoholkonsumtion, nervösa besvär, benägenhet att pröva narkotika eller faktiskt narkotikabruk.

Resultatet av »experimentet» kan tolkas som en bekräftelse på att de båda förfaringssätten vid besvarandet och insändandet av formulären skulle vara likvärdiga, dvs. att användningen av numrerade formulär ej resulterat i en större tveksamhet vid besvarandet av frågorna. Vårt »negativa» undersökningsresultat ger emellertid upphov till en del tolkningsproblem. Vi vet ej om skillnaderna i fråga om instruktioner m. m. verkligen gett upphov till skillnader i fråga om uppfattningen av anonymitetsskyddet. Vi vet inte heller hur eventuella skillnader i fråga om uppfattningen av detta påverkat respondenternas benägenhet att svara uppriktigt, eller att överhuvud vilja delta i undersökningen etc. Det vi slutligen kan konstatera är att skillnaderna i fråga om det rent tekniska förfarandet vid instruktionen till respondenterna och vid återsändandet av formulären ej resulterat till några signifikanta skillnader mellan de två respondentgruppernas sätt att besvara undersökningens frågor.

4.1.9 Bortfallet

När datainsamlingen var avslutad i juni månad 1968 hade acceptabla frågeformulär insänts av 491 av de uttagna 583 manliga studenterna och av 247 av de uttagna 296 kvinnliga studenterna.

Bortfallet uppgick därför till för männens del 92 individer (15,8 %) och för kvinnornas del till 49 individer (16,6 %). Som tidigare nämnts avslutades fältarbetsfasen med försök att få personlig kontakt (per

Tabell 1.2. Anledningarna till bortfallet.

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
Oanträffbara	33	36	15	31
Personlig kontakt etablerad	59	64	34	69
Tidsbrist, ointresse, principskäl (vägran)	18	20	15	30
Bristande anonymitet (vägran)	5	5	—	—
Lovade medverka — sände ej in	36	39	19	39
Totalt	92	100	49	100

Tabell 1.3. Bortfallet i olika studentkategorier.

	Män			Kvinnor		
	Uttagna	Bortfall		Uttagna	Bortfall	
	n	n	%	n	n	%
a. Bortfallet i olika åldersgrupper						
28— år	109	28	25,7	54	19	35,2
26—27 »	94	16	17,0	41	3	7,3
24—25 »	141	17	12,1	65	11	16,9
22—23 »	157	20	12,7	76	5	6,6
19—21 »	82	11	13,4	60	11	18,3
Totalt	583	92	15,8	296	49	16,6
b. Bortfall och civilstånd						
Ogifta	432	75	17,4	212	37	17,5
Gifta	141	15	10,6	77	12	15,6
Övriga	10	2	20,0	7	—	—
Totalt	583	92	15,8	296	49	16,6
c. Bortfall och fakultet						
Humanistisk	93	18	19,4	146	31	21,2
Samhällsvetensk.	249	33	13,3	107	11	10,3
Naturvetensk.	143	18	12,6	22	4	18,2
Juridisk	85	17	20,0	15	2	13,3
Övriga	13	6	—	6	1	—
Totalt	583	92	15,8	296	49	16,6

telefon m. m.) med alla respondenter som ej sänt in sina formulär. På basis av de uppgifter som erhölls vid dessa samtal kunde vi göra en grov klassificering av respondenterna efter anledningen till bortfallet, vilken redovisas i tabell 1.2.

Ca en tredjedel av bortfallet var omöjlig att etablera kontakt med, 25 % resp. 30 % av bortfallet vägrade att delta och ca 40 % av både de manliga och de kvinnliga studenterna lovade att skicka in formuläret men underlät att göra det.

Genom att utnyttja de uppgifter om de uttagna som erhölls från urvalsblanketterna kunde jämförelser mellan de observerade studenterna och bortfallet göras i ett begränsat antal avseenden. Bortfallets storlek i olika kategorier redovisas i tabell 1.3.

För männens del noterades en ökning av bortfallet med åldern. I den äldsta åldersklassen uppgick det till ca 26 %, i åldersklassen 26–27 år till 17 %, medan det bland yngre studenter understeg 15 %. Bortfallet var vidare något större bland ogifta studenter än bland gifta. Skillnader förelåg också mellan studenter med olika fakultetstillhörigheter. Bland humanister och jurister var bortfallet 19–20 % medan det för de övriga studenterna var klart lägre än 15 %.

För kvinnornas del kan noteras ett exceptionellt stort bortfall i den äldsta åldersgruppen (28 år eller äldre) där det uppgick till ca 35 %. Bortfallet var vidare större bland kvinnliga naturvetare och humanister (18–21 %) än bland samhällsvetare och jurister.

För en närmare diskussion av bortfallets betydelse för undersökningsresultatet hänvisas till avsnitt 1.11.

4.1.10 Några uppgifter om den undersökta studentgruppens sammansättning

Som tidigare nämnts gjordes vårt urval bland »skandinaviska studenter födda 1933 eller senare». I det följande ges en kortfattad beskrivning av några strukturella aspekter av den undersökta studentgruppen.

Tabell 1.4. »Nationalitet.»

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
Svensk	487	99,2	241	97,6
Annan skandinav	4	0,8	6	2,4
Totalt	491	100,0	247	100,0

Tabell 1.5. Åldersfördelning

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
28—35 år	81	16,5	35	14,2
26—27 »	78	15,9	38	15,4
24—25 »	124	25,3	54	21,9
22—23 »	137	27,9	71	28,7
19—21 »	71	14,5	49	19,8
Totalt	491	100,0	247	100,0

»Nationalitet»

Som framgår av ovanstående tabell var antalet icke-svenskar bland de undersökta synnerligen litet. Detaljerade uppgifter om deras nationalitet har ej kunnat erhållas.

Bland männen var 99,2 % svenskar och bland de kvinnliga studenterna 97,6 %.

Ålder och civilstånd

Undersökningens målpopulation »studenter födda 1933 eller senare» omfattade som tidigare nämnts ca 75 % av alla skandinaviska studenter. Åldersfördelningen för deltagarna i undersökningen framgår ovan.

De kvinnliga studenterna var som förväntat något yngre än de manliga. 42,4 % av de manliga studenterna var under 24 år mot 48,5 av de kvinnliga.

Ungefär en fjärdedel både bland männen och kvinnorna var gifta. Andelen frånskilda uppgick bland männen till 1,4 och bland kvinnorna 2,4 %.

Nedan följer också uppgifter om hur andelen gifta bland studenterna varierade med åldrarna. Som jämförelse lämnas uppgifter om andelen gifta i motsvarande åldrar i totalbefolkningen.

Tabell 1.6. Civilstånd.

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
Ogift	357	72,9	175	71,1
Gift	126	25,7	65	26,4
Frånskild	7	1,4	6	2,4
U.S.	1		1	
Totalt	491	100,0	247	100,0

Tabell 1.7. Andelen gifta i olika åldersgrupper bland studenter och i totalbefolkningen.

	Män-ålder				Kvinnor-ålder			
	19—21	22—23	24—25	26—35	19—21	22—23	24—25	26—35
	(n= 73)	(n= 127)	(n= 133)	(n= 156)	(n= 48)	(n= 72)	(n=)54	(n= 71)
Ålder	%	%	%	%	%	%	%	%
Gifta	5	10	21	56	2	15	39	54
Ogifta m. m.	95	90	79	44	98	85	61	46
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Andel gifta i totalbef. 1.1.1967[1]	6	26	46	73	24	51	67	83

[1] Källa: Statistisk Årsbok 1967

Tabell 1.8. Fakultetstillhörighet.

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
Humanistiska	75	15,3	115	46,6
Samhällsvetenskapliga	216	44,0	96	38,9
Naturvetenskapliga	125	25,5	18	7,3
Juridiska	68	13,8	13	5,3
U.S.	7	1,4	5	2,0
Totalt	491	100,0	247	100,0

Skillnaderna mellan studenterna och totalbefolkningen i fråga om giftermålsfrekvens var påfallande, särskilt för kvinnornas del.

Studiedata

I tabellerna 1.8 och 1.9 lämnas några uppgifter om den undersökta gruppens fakultetstillhörighet och inskrivningsår.

Nästan hälften, 46,6 % av de kvinnliga studenterna tillhörde humanistiska fakulteten. Ca 40 % tillhörde samhällsvetenskapliga fakulteten och förhållandevis få (7,3 %) den naturvetenskapliga eller den juridiska (5,3 %).

Bland männen dominerade samhällsvetarna (44 %) följda av naturvetarna (25,5 %). Resten fördelade sig ungefär lika på den humanistiska och den juridiska fakulteten.

Tabell 1.9. År för inskrivning SU.

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
1967	169	35,9	85	35,6
1966	79	16,8	34	14,2
1965	65	13,8	38	15,9
1964	60	12,7	21	8,8
1963—62	51	10,8	36	15,1
1961—60	28	5,9	17	7,1
1959 eller tidigare	19	4,0	8	3,4
U.S.	20		8	
Totalt	471	100,0	239	100,0

Tabell 1.10. Uppväxtort.

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
»Var har Du bott under största delen av Din uppväxttid?»				
Stockholm	231	47,0	86	34,8
Stor-Stockholm	109	22,2	63	25,5
I annan stad med över 50 000 inv.	37	7,5	24	9,7
I mindre stad eller tätort	76	15,5	48	19,4
På landsbygden	30	6,1	23	9,3
Utomlands	8	1,6	3	1,2
Totalt	491	100,0	247	100.0

Tabell 1.11. Hemort.

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
»Var är Ditt nuvarande hem beläget (där Du anser Dig vara bosatt inte bara under terminen)?»				
Stockholm	263	53,8	121	49,0
Stor-Stockholm	159	32,5	83	33,6
Annan stad med över 50 000 invånare	26	5,3	15	6,1
Mindre stad eller tätort	23	4,7	23	9,3
Landsbygden	16	3,3	3	1,2
Utomlands	2	0,4	2	0,8
U.S.	2			
Totalt	491	100,0	247	100,0

kulteten.

Ca hälften både bland männen och bland kvinnorna hade inskrivits efter år 1965.

Uppväxtort och nuvarande hemort

Uppgifter om studenternas uppväxtort och hemort visar som förväntat båda en kraftig dominans för Stockholm och Stor-Stockholm. Genom inflyttning tycks andelen studenter bosatta i detta område ha ökat från 69,2 % (uppväxtort) till 86,3 % (nuvarande hemort) och för kvinnornas del från 60,3 % (uppväxtort) till 82,6 % (nuvarande hemort). (Tabellerna 1.10 och 1.11.)

4.1.11 Påpekanden inför resultatredovisningen

I detta avsnitt presenteras några synpunkter på tolkningsfrågor och faktorer av betydelse för utvärderingen av undersökningsresultaten, som generaliseringsmöjligheterna, datas tillförlitlighet m.m.

Resultaten kan givetvis bara generaliseras till den studerade populationen

Det bör än en gång observeras att vi definierat »student vid Stockholms universitet» som »skandinavisk student under 36 år som under HT 67 betalat kåravgift till SUS». Det är sannolikt att andra definitioner skulle kunna avgränsa studentpopulationer med andra erfarenheter av narkotika eller på andra sätt olika de här undersökta studenterna. Den undersökta populationen skiljer sig sannolikt i många avseenden från t. ex. en population studenter inskrivna ett visst år eller en viss termin. Den aktuella studentgruppen innehåller visserligen ett representativt urval studenter inskrivna HT 1967 men däremot ej eventuella »drop-

outs» bland studenter inskrivna tidigare terminer. Iakttagelsen att yngre studenter har mer omfattande erfarenheter av olika medel än äldre, kombinerad med antagandet att användandet av vissa narkotika kan vara ett skäl till att man avbryter sina studier, motiverar t. ex. i viss mån slutsatsen att en undersökning baserad på en årgång eller en termins nyinskrivna studenter skulle kunna lokalisera flera och kanske intensivare brukare av olika medel.

Till slut bör beträffande innebörden av begreppet student tilläggas att en undersökning av denna typ måste utnyttja formella urvalsramar och därför säkert utgår från ett betydligt snävare begrepp än det som motsvarar den allmänna föreställningen om »studenter». Så ingår t. ex. i den nu undersökta gruppen studenter endast från ett begränsat antal ämnesområden.

I vissa avsnitt har jämförelser gjorts endast mellan grupper av manliga respondenter. Antalet kvinnor i de olika jämförelsegrupperna är i vissa fall så litet att man ej kan dra bestämda slutsatser om ev. skillnaders giltighet.

Bortfallsproblemet

Bortfallet uppgick som tidigare nämnts till 15,8 % (92 st.) av de manliga och 16,6 % (49 st.) av de kvinnliga studenterna. Med tanke på bl. a. kriminaliseringen av bruket av de olika medlen är det uppenbart att risken för ett selektivt bortfall varit stor. Vår skattning av andelen studenter som prövat olika medel och även andra skattningar kan därför representera mer eller mindre allvarliga felbedömningar. Möjligheterna att jämföra karakteristika hos bortfall och icke-bortfall var också mycket begränsade.

Vi skulle emellertid vilja framföra några argument *mot* antagandet att bortfallet i någon större utsträckning skulle bestå av individer som vägrat besvara våra frågor på grund av rädsla för att avslöja »kompromet-terande» fakta etc. om sig själva. Bland de helt oanträffbara t. ex. kunde vi vid våra efterforskningar konstatera att en stor del vistades utomlands för studier och forskning. Andra hade vid undersökningstillfället redan avlagt sin akademiska examen och betraktade sig därför ej som studerande VT 1968. Bortfallet var vidare större i de äldsta åldersgrupperna som generellt – bland de observerade – kännetecknades av färre erfarenheter av olika medel. Samtliga dessa grupper har vi vågat anta vara förhållandevis lite benägna att experimentera med olika medel. Att rädsla för den bristande anonymiteten skulle ha hindrat många från att delta i undersökningen styrks ej heller av resultatet från vår undersökning av anonymitetsgradens betydelse för sättet besvara frågorna. De som hade möjlighet att fullständigt anonymt delta i undersökningen kännetecknades ej av ett mindre bortfall eller en tendens att i större utsträckning än de övriga rapportera »kompromet-terande» fakta.

Det är möjligt att formulärets längd och nödvändigheten att besvara många frågor för samtliga fyra medel kan ha gett upphov till bristande motivation att försöka svara riktigt. Kvaliteten på de lämnade uppgifterna, framför allt de som förekommer senare i formuläret skulle kunna påverkas av detta. En granskning av det interna bortfallet (vid besvarandet av de enskilda frågorna) tyder emellertid inte på någon minskning av benägenheten att svara på frågorna. Det interna bortfallet visar ej någon tendens att öka med ökningen av frågornas avstånd från inledningsfrågan.

Bruk – missbruk?

En stor del av undersökningen består av jämförelser mellan grupper med olika erfarenheter av narkotika. Det gäller inte jämförelser mellan »knarkare» och »icke-knarkare», utan snarare mellan grupper med varierande psykologisk och social närhet till narkotika. Vi har därför avsiktligt försökt undvika termerna »missbruk» och »missbrukare». Den term vi använt – »bruk» – betecknar att vederbörande minst en gång använt något av medlen.

Tolkningsproblem

En annan punkt som vi vill understryka är att materialet insamlats genom en enkätundersökning, dvs. de beteenden m. m. vi direkt studerat är verbala beteenden, som generellt kan sägas vara problematiska när det gäller att relatera dem till »fakta» av annan art. Det är därför troligen viktigt att vara medveten om att skillnader mellan undersökta kategorier i viss mån kan tänkas sammanhänga med skillnader i första hand i fråga om språkligt beteende.

Resultaten återger inte säkert *faktiska* förhållanden utan respondenternas uppgifter om olika förhållanden. Detta gäller generellt, även om det inte alltid nämns uttryckligen.

Det bör vid jämförelser med andra undersökningar noteras att verkligheten bakom uttryck för ogynnsamma uppväxtförhållanden sannolikt i detta socialt selegerade material är en annan än den som ligger bakom enkät- och intervjusvar från socialt mer belastade grupper.

Vidare bör ihågkommas att resultaten till stor del bygger på flera steg av tolkningar, nämligen respondenternas tolkning av frågan och undersökarnas tolkning av deras svar. Det är möjligt att 1) undersökare och respondenter och 2) olika respondenter har olika språkbruk. Språkbruket kan också variera mellan rapportens läsare och respondenterna.

Sannolikt är många av svaren på frågor beträffande tidigare förhållanden, t. ex. om respondenten upplevt sig som avvikande under skolåren eller om hans trivsel i hemmet, så påverkade av olika faktorer (senare erfarenheter och aktuella attityder, omedvetna omtolkningar) att de bör betraktas som retrospektiva tolkningar snarare än objektiva rapporter. Denna tendens kan också vara olika stark i olika jämförelsegrupper.

I anslutning härtill bör också påpekas att svaren varierar i fråga om subjektivitet inte bara enligt ovanstående resonemang utan också i fråga om beredvilligheten att uppge t. ex. förekomsten av problem och kompromettерande erfarenheter. Detta kan också vara en skillnad i fråga om »avskärmning», medvetenhet om att ha upplevt dessa erfarenheter. En individs svarsmönster beträffande narkotikaerfarenheter, nervösa symtom, avvikande beteende osv. kan betraktas som en funktion av 1) hans beredskap att deklarera dessa ting, 2) hans grad av medvetenhet om dem, och 3) faktiska förhållanden.

Säkerligen finns också andra skillnader mellan de undersökta grupperna än de som fångats i undersökningen. En undersökning av denna traditionella typ blir gärna ett sökande efter kompromettерande egenskaper, »belastningsfaktorer», »symtom». Det är tänkbart att andra undersökningsinstrument skulle kunna påvisa skillnader i positivt värderade egenskaper till de nu »belastade» gruppernas förmån.

4.2 *Erfarenheter av narkotika. Bruksmönster*

4.2.1 Omfattningen av narkotikaerfarenheter

För vart och ett av de i formuläret behandlade medlen (cannabis, LSD, centralstimulantia i injektion = Cs inj, centralstimulantia peroralt = Cs po) ställdes frågan »Har Du tagit medlet?». Svaren redovisas i tabell 2.1.

(Uppgifter om erfarenhet av vissa andra medel redovisas i den därpå följande tabellen, 2.2.)

Cannabis

21 % av männen och 15 % av kvinnorna har någon gång rökt cannabis. Frekvensen är högre i yngre ålder, av männen under 24 år har ca var fjärde erfarenhet av cannabis.

En knapp tredjedel av de män som tagit cannabis har tagit medlet 1 gång, lika många 2–4 gånger och en dryg tredjedel 5 gånger eller mera. En mycket liten del av alla männen (drygt 2 %) har tagit medlet mer än 20 gånger.

LSD

1,4 % av männen har erfarenhet av LSD,

Tabell 2.1. Erfarenhet av narkotika.

	Män	Kvinnor	Männens ålder i år			
	Tot.	Tot.	19—21	22—23	24—25	25—35
(n=)	(491)	(247)	(73)	(127)	(133)	(156)
	%	%	%	%	%	%
Cannabis						
Aldrig	79,2	84,8	74	76	81	81
1 gång	6,4	5,3				
2—4 gånger	6,4	5,7				
5—10 gånger	2,9	1,6	26	24	19	19
11—20 gånger	2,7	0,8				
21—50 gånger	1,0	1,6				
50— gånger	1,4	0,0				
	100,0	98,8	100	100	100	100
LSD						
Aldrig	98,6	100,0				
1 gång	0,8	0,0				
2—4 gånger	0,4	0,0				
5—10 gånger	0,2	0,0				
	100,0	100,0				
Cs inj.						
Aldrig	100	98,8				
1 gång	0	0,4				
2—4 gånger	0	0,0				
5—10 gånger	0	0,8				
	100	100,0				
Cs po						
Aldrig	90,3	91,7	99	90	95	83
1 gång	3,5	3,3				
2—4 gånger	2,3	2,1				
5—10 gånger	1,9	0,8	1	10	5	17
11—20 gånger	0,8	1,7				
21—50 gånger	0,4	0,4				
50— gånger	0,8	0,0				
	100,0	100,0	100	100	100	100

en av dem har tagit medlet mer än 4 gånger. Ingen kvinna uppger sig ha prövat LSD.

Centralstimulantia

Ingen man uppger *intravenöst* bruk, däremot tre kvinnor. Av här inte återgivna svar framgår att detta i alla tre fallen var tidigare än 1965, då respondenterna var i tonåren.

Knappt 10 % av männen och drygt 8 % av kvinnorna uppger sig ha tagit centralstimulantia *peroralt*. Av dessa har en dryg tredjedel tagit medlet 1 gång. Åldersfördelningen är omvänd mot den för cannabis, flertalet tillhör den högsta åldersgruppen. Sannolikt beror detta på att ett sporadiskt bruk av små doser centralstimulantia för att öka uthålligheten vid tentamensläsning inte var ovanligt tidigare. Som visas i det följande förefaller detta bruk ha minskat i omfattning under senare år.

Andra medel

Följande frågor ställdes:

»Har Du någon gång utan läkarordination tagit något av följande:

Morfin eller liknande (t. ex. opium, metadon) i tablettform eller flytande form?

Tabell 2.2. Erfarenhet av andra narkotika och av sniffning.

	Män	Kvinnor	Män		Kvinnor	
			Tagit cannabis			
	Män Tot.	Kvinnor Tot.	Nej	Ja	Nej	Ja
(n=)	(491)	(245)	(385)	(101)	(207)	(37)
	%	%	%	%	%	%
Morfin peroralt	1,0	0,8	0,2	4,0	1,0	0,0
Morfin i inj.	0	0,8	0,0	0,0	0,0	5,4
Opium	0,6	1,2	0,0	3,0	0,0	8,1
Sniffning	4,8	1,2	1,8	17,0	1,0	2,7

Morfin eller liknande i injektion?»

»Har Du rökt opium (ej inblandat i hasch)?»

»Har Du 'sniffat' thinner eller liknande?»

Av tabell 2.2 framgår att ett fåtal uppger sig ha tagit morfinpreparat peroralt; två kvinnor uppger sig ha injicerat morfinpreparat (samma individer som injicerat centralstimulantia, och sannolikt vid samma tillfällen. Av här inte redovisat svar framgår att för båda individerna antalet morfininjektioner uppgår till mellan 1 och 5); tre män som tagit cannabis har också rökt opium.

Närmare 5 % av männen har sniffat. De som sniffat är överrepresenterade (d % = 15,2 ± 4,3) bland dem som tagit cannabis.

4.2.2 Relationen mellan olika medel

Tabell 2.3 visar att av de män som någon gång tagit cannabis har en knapp tredjedel också tagit centralstimulerande peroralt, medan av samma grupp kvinnor mellan hälften och en tredjedel har erfarenhet av centralstimulantia peroralt.

Omvänt har ungefär två tredjedelar av de män, och tre fjärdedelar av de kvinnor som tagit centralstimulantia peroralt också tagit cannabis.

Tabell 2.3. Blandbruk cannabis—Cs po

	Män	Kvinnor
	n	n
Enbart cannabis	67	22
Enbart Cs po	15	6
Cannabis + Cs po	31	14

Det anses att tendensen att använda, eller experimentera med, andra narkotika ökar med intensiteten i bruket av ett medel. Nedanstående tabell är en sammanställning av män som använt enbart cannabis resp. cannabis + centralstimulerande peroralt, fördelade på antalet cannabistillfällen.

Tabell 2.4. Blandbruk — cannabisfrekvens.

Antal ggr cannabis	Enbart cannabis n	Cannabis + Cs po n
1	25	6
2—4	19	12
5—10	9	3
11—20	9	4
21—50	1	3
50—	4	3

Av tabellen framgår kanske en viss sådan tendens. I gruppen cannabisrökare med över 20 brukstillfällen är proportionen mellan blandbrukare och enbart cannabisbrukare jämn, medan blandbrukarna är relativt fåtaligare i grupperna med lägre antal cannabistillfällen. De absoluta talen är dock små.

Betr. relation LSD – cannabis se avsnitt 4.2.5.

Alkohol – cannabis

På en fråga, till alla som tagit cannabis, om prefererat berusningsmedel angav 56 % av männen alkohol och 21 % cannabis. Av

dem med mer än 20 brukstillfällen angav flertalet preferens för cannabis.

Till dem som tagit cannabis mer än 10 gånger ställdes frågan »Har det hänt att Du tagit medlet samtidigt med alkohol?» och »Har medlet för Dig kommit att ersätta alkohol som berusningsmedel?». 29 av 33 svarande angav att de någon gång, ibland eller ofta kombinerar alkohol och cannabis. 12 st. angav att cannabis kommit att ersätta alkohol, 10 st. »i viss mån» och 2 st. »i hög grad».

Sålunda angav särskilt de med stort antal cannabistillfällen i viss utsträckning att de föredrar cannabis som berusningsmedel före alkohol. Det är dock uppenbart (tabell 6.18) att de som tagit cannabis genomsnittligt har hög, eller t. o. m. mycket hög, alkoholkonsumtion, högst hos dem med stort antal cannabistillfällen.

Turordning

Av 30 män med erfarenhet av både cannabis och centralstimulerande anger 10 st. cannabis som första medel och 20 st. anger centralstimulerande som första medel. Av de 12 motsvarande kvinnorna anger 9 st. cannabis som första medel. Att dra slutsatser om det ena eller andra medlets funktion som »inkörsport» låter sig inte göras.

Av de 7 män som tagit LSD anger 6 st. cannabis som första och LSD som andra medel. 1 st. har LSD som första medel, centralstimulerande peroralt som andra medel, och cannabis som tredje medel.

4.2.3 Cannabisbruket

Tidsmått

Vi har här uppgifter för samtliga de 101 män och för 35 av de 37 kvinnor som uppgivit att de någon gång tagit cannabis .

En tredjedel av männen och kvinnorna har debuterat 1965 eller tidigare, således före den kända spridningen av haschischrökningen i Sverige. Denna spridning återspeglas däri att dubbelt så många rekryterades 1967 som under något av de föregående åren.

Tabell 2.5. Debutår cannabis.

Debutår	Män n	Kv. n
Jan—maj 1968	8	2
1967	35	16
1966	20	6
1965	17	4
Före eller under 1964	21	7
	101	35

Aktualitet

För att få en uppfattning om det *aktuella* cannabisbrukets omfattning ställdes frågor om tidpunkten för *sista brukstillfället* och om *antalet brukstillfällen under de sista två månaderna.* I det följande redovisas män och kvinnor sammanslagna, om ej annat utsäges. Med ja-grupperna avses i det följande de män och kvinnor som uppgivit sig ha tagit cannabis minst en gång.

Undersökningen genomfördes i maj 1968. Under tiden jan.–maj 1968 hade 37 % av ja-grupperna tagit cannabis, under de sista två månaderna före undersökningen 29 % (motsv. 6 % av alla männen och 4 % av alla kvinnorna) och under den sista månaden 18 %.

Hur intensivt har de två sista månadernas bruk varit? Av ja-grupperna har 14 % (motsv. 3,6 % av männen och 0,8 % av kvinnorna i materialet) tagit cannabis flera gånger under de två månaderna närmast före undersökningen, endast 6 st = 4 % (motsv. 1,2 % av alla männen, ingen kvinna) 5 gånger eller mera.

När den manliga ja-gruppen uppdelas efter totala antalet brukstillfällen finner man att 9 av de 12 med mer än 20 tillfällen också tagit cannabis under de två sista månaderna, 13 av de 27 med 5–20 tillfällen, och 4 av de 27 med 2–4 tillfällen.

Dessa siffror talar för att ett sporadiskt eller glest bruk är regeln och ett intensivt, högfrekvent, bruk sällsynt.

Tabell 2.6. Duration och frekvens.

		Tagit cannabis antal gånger					
		Män				Kvinnor	
Duration	(n=)	2—4 (31)	5—10 (14)	11—20 (13)	21— (12)	2—4 (14)	5— (10)
—3 mån.		9	0	1	1	2	1
4—6 »		6	4	1	1	3	1
½—1 år		8	2	3	3	7	1
1—2 »		7	5	2	2	1	3
3— »		1	2	6	5	1	4

Duration

Frågan om hur länge individerna använt cannabis belyses av formulärets fråga om tid mellan första och sista tillfället. En jämförelse med totala antalet tillfällen ger en uppfattning om brukets intensitet.

Tabell 2.6 bestyrker intrycket att ett glest bruk är regeln, även bland dem med stort totalt antal brukstillfällen. 4 st. män med mer än 10 brukstillfällen har hunnit med denna konsumtion inom 6 månader. Av 49 män och kvinnor i ja-gruppen med 5 eller fler tillfällen har endast 3 st. = 6 % hunnit med dessa tillfällen inom 3 månader, medan 31 st. = 69 % behövt mer än 1 år.

Förlopp

Uppgifter finns också om t. ex. hur många som efter en viss observationstid ej fortsatt efter debuttillfället och, med hjälp av sammanställning debutår/bruk under 1968, hur många av tidigare års »debutanter» som är aktuella brukare i den meningen att de tagit cannabis också 1968. Nedanstående tabell 2.7 gäller endast män.

Tabell 2.7 visar att ännu efter 1 à 2 år fortsätter upp till en tredjedel att ta cannabis, och att en dryg tredjedel fortsätter efter ett drygt halvår. Den visar också att ca 40 % av dem som debuterat mer än 1 à 2 år före undersökningen inte fortsatt bruket.

Tabell 2.7. Debutår och senaste brukstillfälle.

		Senaste tillfälle			
Debut	n	1965 eller tidigare	1966 eller tidigare	1968	»Observationstid»
1965 eller tidigare	38	15 (39 %)	25 (35 %)	10 (26 %)	Minst 2 år 4 mån.
1966 eller tidigare	58	—	24 (41 %)	19 (32 %)	Minst 1 år 4 mån.
vårterminen 1967	22	—	—	8 (36 %)	8 månader

Tabell 2.8. Debutår och engångsbruk.

Debutår	(män+kv.) n	1 gång n	Obs.-tid
1967 Jan—aug	32	9	8 mån.
1966	26	6	1 år 4 mån.
1965	21	7	2 år 4 mån.
1964 eller tidigare	30	7	3 år 4 mån.

Tabell 2.9. Debutår och antal brukstillfällen.

	Debut 1966 och tidigare							
	Män					Kvinnor		
Totalt antal tillf.	1	2—4	5—10	11—20	21—50	1	2—4	5—
antal individer	14	19	7	10	8	6	5	8

Tabell 2.8 anger att oberoende av debutår en tredjedel till en fjärdedel ej fortsatt efter debuttillfället, eller omvänt att så många som tre av fyra tagit cannabis ytterligare gånger efter debuttillfället.

Dessa variabler ger också uppgift om i vilken utsträckning bruket efter debuttillfället utvecklar sig till ett sporadiskt eller frekvent bruk. Av de 35 män som debuterade under 1967 har 11 tagit cannabis under jan–maj 1968. Efter debuten under 1967 har av dessa 35 män endast 13 st. hunnit ta cannabis mer än 4 gånger.

Om man enbart ser till de 19 män *och* kvinnor som debuterade höstterminen 1967, således 4–8 mån. före undersökningstillfället i maj 1968, har 9 st. tagit cannabis 1 gång, 8 st. 2–4 gånger, och endast 2 st. mer än 4 gånger.

En jämförelse mellan totala antalet brukstillfällen för varje individ och debutåret ger också uppfattning om brukets intensitet. I tabell 2.9 har endast individer med debutåren 1966 och tidigare medtagits. Man får då en observationstid på minst 1 år 4 månader.

Tabell 2.9 visar att mindre än hälften av de 77 individerna från 1966 och tidigare tagit cannabis minst 5 gånger, en fjärdedel endast en gång och en fjärdedel 2–4 gånger.

Sammanfattning av tidsmåtten

1. En dryg tredjedel av de män och kvinnor som någon gång tagit cannabis hade gjort detta första gången 1965 eller tidigare. 1967 visar större siffror för nyrekrytering än tidigare år.

2. Det aktuella, pågående, cannabisbruket förefaller vara avsevärt mindre än vad som anges av siffran för studenter som någon gång prövat cannabis. Under de två sista månaderna före undersökningen hade endast 6 % av männen och 4 % av kvinnorna tagit cannabis. Hälften av dessa aktuella »brukare» hade tagit medlet en gång, ett fåtal (motsv. ca 1 % av det totala manliga samplet) 5 gånger eller mera.

Ett sporadiskt bruk förefaller sålunda vara regeln, och vanemässigt bruk sällsynt.

3. I detta material förefaller flertalet av dem som någon gång prövat cannabis att ta medlet ytterligare gånger, av dessa i sin tur flertalet dock endast några gånger. Efter mer än ett år har ca en av tre fortsatt bruket.

Omständigheter kring debuten, inlärning

En rad frågor ställdes beträffande omständigheterna vid »debuten», dvs. första brukstillfället.

1) 65 % av männen debuterade i Stockholm, återstoden till lika delar utomlands eller på annan svensk ort än Stockholm.

2) 10 % av både män och kvinnor har debuterat utan att ha bekanta med erfarenhet av cannabis. Brukare med stort antal brukstillfällen tenderar att vid debuten ha haft flera bekanta med erfarenhet av cannabis.

3) Endast 2 % av samtliga var vid debuttillfället ensamma. 6 % var tillsammans med obekanta, resterande 92 % tillsammans med vänner.

4) På en fråga om hur lång tid som förflutit mellan första och andra gången visade sig männen ha gått snabbare till andra brukstillfället än kvinnorna.

Nästan 50 % av männen uppger upp till två veckors mellanrum mellan första och andra tillfället, 20 % längre tid än tre månader. De med stort antal brukstillfällen tenderar att ha kortare mellanrum mellan första och andra tillfället.

5) *Debuttillfället* upplevdes *positivt* i genomsnitt i 30 %, av dem med ett enda brukstillfälle i endast 20 %, men oftare av dem med högre antal tillfällen, 75 % av männen med mera än 20 tillfällen anger debutupplevelsen som positiv.

Debuttillfället anges som *indifferent* i genomsnitt av 52 %, givetvis här starkt sjunkande siffra med stigande antal brukstillfällen.

Debuttillfället anges som *negativt* av 15 %, lika för män och kvinnor, och intressant nog tämligen oberoende av totala antalet tillfällen.

Positiv värdering av debuttillfället samvarierar sålunda med fortsatt bruk, däremot inte med antalet cannabiserfarna bekanta vid debuten.

6) I den mån positiv upplevelse av cannabispåverkan över huvud taget förelegat, har den oftast inträffat vid debuttillfället, mera sällan vid andra tillfället och ännu mera sällan vid tredje tillfället. Med ett enda undantag förlägger alla den första positiva upplevelsen till något av de tre första brukstillfällena.

7) En fråga ställdes om sammanfattande värdering av respondentens samtliga cannabistillfällen.

Påfallande många angav att de över huvud taget *aldrig haft någon positiv upplevelse* av cannabis, i hela materialet en tredjedel. Om man ser till dem som bara tagit cannabis en gång, uppgav 58 % av männen och 77 % (!) av kvinnorna att de ej haft någon positiv upplevelse. I grupperna med flera brukstillfällen sjunker inte oväntat detta procenttal till ca 25 % hos männen med 2–4 tillfällen, till 7 % av männen med 5–20 tillfällen, och 0 % hos männen med mer än 20 tillfällen. Kvinnorna med 5 eller flera tillfällen uppgav däremot i 30 % att de inte haft någon positiv upplevelse, en ganska anmärkningsvärd siffra.

8) Ett försök gjordes att få en uppfattning om i vilken utsträckning respondenter påverkat andra att pröva cannabis.

En fjärdedel av såväl männen som kvinnorna angav att andra genom dem blivit intresserade av att pröva cannabis. Inte oväntat gäller detta särskilt dem med många tillfällen.

Sammanfattning av omständigheter kring debuten och inlärningen

Debuten förefaller att så gott som alltid försiggå i grupp, och nästan alltid efter föregående bekantskap med individer som redan skaffat sig erfarenhet av cannabis.

17 % av samtliga har debuterat utomlands.

Endast en mindre del har upplevt första tillfället som positivt, och en inte obetydlig del säger sig inte få någon positiv upplevelse av cannabis ens vid upprepade försök, särskilt tycks detta gälla kvinnorna. Oberoende av senare inställning till bruket anger 10–20 % att de upplevt debuttillfället som negativt. De som fortsatt till stort antal tillfällen anger mycket oftare än andra debutupplevelsen som positiv.

Positiv upplevelse av cannabispåverkan har, om den alls funnits, inträffat vid något av de tre första tillfällena, oftast det första.

I genomsnitt anger så mycket som en tredjedel av alla som tagit cannabis att de över huvud taget inte haft positiv upplevelse av cannabispåverkan. Kvinnorna ger betydligt oftare än männen denna rapport.

Tyvärr saknas biografiska data (t. ex. studieform, sysselsättning, relation till föräldrar etc.) som hänför sig till tiden för debuttillfället. Debutåldern kan dock angivas så att den för de flesta är mellan 18 och 22 år.

Motiv

Frågeformuläret erbjöd elva tänkbara motiv för cannabisbruk med de tre alternativen »Mycket viktigt», »Ganska viktigt», och »Utan betydelse». Motiven formulera-

des i anslutning till gängse jargong. Motiven var följande:

»Vara med om något spännande, ha roligt, slå runt».

»Hänga med i kamraters aktivitet»

»Bli piggare, mindre trött»

»Bli mindre nervös eller nere, slippa obehaglig känsla eller tanke»

»Förstå mera av sig själv»

»Tänka mera fantasifullt och skapande»

»Man har ett svårkontrollerat begär»

»Komma i skön stämning»

»För sexuella effekter»

»För att njuta mera av musik»

»Få bättre kontakt med andra».

Här redovisas hur de cannabiserfarna rangordnat motiven, med jämförelse mellan grupper med olika antal cannabistillfällen.

Männen skiljer sig från kvinnorna huvudsakligen genom att i större utsträckning generellt räkna motiv som viktiga.

Genomsnittligt markerar mer än 50 % följande motiv som mycket viktiga resp. viktiga: »Vara med om något spännande», »Tänka mera fantasifullt», »Komma i skön stämning», och »Njuta mera av musik».

I grupperna med större antal brukstillfällen, och mera ju större antalet tillfällen är, får också dessa motiv starkare betoning, »Vara med om något spännande» dock ett undantag. Dessutom kommer i dessa grupper motivet »Förstå mera av sig själv» fram som nästan lika starkt betonat som de tre tidigare nämnda. Hos kvinnorna, men inte alls hos männen, kommer dessutom fram motivet »För sexuella effekter», dock inte i samma grad som de fyra andra.

I gruppen med endast ett brukstillfälle har motivet »Bli mindre nervös» lika stor tyngd som de fyra motiv som hela gruppen väljer som de viktiga. Lägsta noteringar får i hela gruppen »Man har ett svårkontrollerat begär», »Bli piggare», »För sexuella effekter», »Få bättre kontakt med andra» och »Bli mindre nervös».

I de manliga grupperna med större antal brukstillfällen får motiven »Bli piggare», »Bli mindre nervös» och »Man har ett svårkontrollerat begär» bottennoteringar.

Sammanfattning

De med erfarenhet av endast ett tillfälle av cannabispåverkan anger framför allt motiv med innehåll eufori; lösning av spänning eller dysfori; lätthet att fantisera; ökad njutning av musik.

De med större antal brukstillfällen trycker på självinsikt; lätthet att fantisera; ökad njutning av musik.

Överlag avvisar de med stort antal brukstillfällen de i psykiatrisk litteratur angivna, (och mera patologiskt betonade) motiven, inte minst beroendet.

Värdering av bruket och dess följder

Frågan »Hur tycker Du Dig kunna kontrollera Din konsumtion», med svarsalternativen »Fullständigt (Kan sluta när jag vill)», »Inte alldeles som jag vill», och »Inte alls», besvarades i 99 % med »Fullständigt». Frågan »Har Du en tendens att ta medlet oftare i perioder av anspänning eller påfrestningar, när Du känner Dig stressad?» besvarades av 3 av 33 svarande med »Ja». Dessa två frågor ställdes enbart till dem med mer än 10 brukstillfällen.

Frågorna »Har Du fått nya vänner i och med att Du tagit medlet?» och »Har Du förlorat gamla vänner genom att ta medlet?» besvarades nekande av så gott som alla.

Likaså besvarades frågan »Anser Du att Du tagit skada av medlet?» nekande av så gott som alla (94 %).

Frågan »Har de tillfällen då Du tagit medlet som regel tillkommit – på en slump – efter en viss planering – efter planering långt i förväg?» visade att graden av improvisation avtar med ökande antal brukstillfällen.

En fråga om respondenten betalade för medlen (med svarsalternativen alltid, oftast, ibland, sällan, aldrig), visade att de med ett fåtal brukstillfällen sällan eller aldrig betalade för medlet, medan männen med stort antal tillfällen som regel betalat. Kvinnorna däremot har som regel inte behövt betala.

En fråga om hur mycket respondenten var beredd att betala för ett tillfälle att ta cannabis visade att ett fåtal var villiga att betala mer än 5 kronor. Beredvilligheten ökade med antalet tillfällen.

Sammanfattning av brukarnas värdering av bruket och dess följder

Liksom när det gäller motiven för cannabisbruk avvisar respondenterna formulärets implicita förslag om psykopatologiska mekanismer för, och effekter av, cannabisbruket.

Den överraskande frekventa uppgiften att man inte behövt betala för bruket talar för att detta i mycket stor utsträckning sker i grupp.

Om beredvilligheten att betala ett visst pris för ett brukstillfälle avspeglar gängse prisnivå, torde denna ligga under snarare än över 5 kr.

Akuta biverkningar

Nio frågor ställdes, de flesta avsiktligt formulerade i termer av starkt obehagliga upplevelser. Svaren återges i tabell 2.10, med jämförelser mellan olika brukargrupper. Tabellen blir med nödvändighet svåröverskådlig. Observera att det absoluta antalet i jämförelsegrupperna är mycket litet, procent har angivits trots att varje cell som regel bara innehåller ett fåtal individer. Siffrorna i tab. anger procenten ja-svar. Svarsalternativ: »Ja», »Nej».

Följande frågor ställdes: (inom parentes anges efter varje fråga den beteckning som användes i tabellen och redovisningen).

»Har Du någon gång under påverkan av medlet känt:
ångest eller oro? (Ångest)
illamående? (Illam.)
aggressivitet hos Dig själv? (Aggress.)
djup förstämning? (Depress.)
att omgivningen var fientligt sinnad? (Paranoia)
rädsla att förlora förståndet? (Förl. förståndet)
kuslig känsla att ha förlorat kontakten med verkligheten? (Dereal.)
kuslig känsla av personlighetsupplösning? (Jagupplösn.)
andra obehagliga effekter (om ja, vilka?) (Annat)

I *genomsnitt* anger mindre än en tredjedel att de upplevt i frågan formulerad biverkan. Illamående och ångest är vanligast, aggressivitet påfallande ovanligt.

Illamående (och i viss mån »Annat», vilket ej är närmare analyserat) är den vanligaste biverkningen vid debuttillfället.

I grupperna med *mer än tio brukstillfällen* (gäller endast män) är ångest vanligast. I allmänhet ökar andelen ja-svar med antalet brukstillfällen.

Kvinnorna anger, i jämförelse med män-

Tabell 2.10. Biverkningar och antal brukstillfällen.

		Antal brukstillfällen							
		Män					Kvinnor		
	män+kv.	1	2—4	5—10	11—20	21—50	1	2—4	5
(n=)	(138)	(31)	(31)	(14)	(13)	(12)	(13)	(14)	(10)
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Ångest	20	7	10	21	46	75	8	21	0
Illamående	30	19	19	57	31	42	15	36	50
Aggress.	2								
Depress.	12	3	0	14	31	42	0	21	20
Paranoia	10	7	0	0	31	33	0	21	10
Förl. först.	6	3	3	0	15	17	0	14	0
Dereal.	14	10	16	7	46	25	7	7	0
Jagupplösn.	8	0	6	0	46	17	0	14	0
Annat	13	10	16	7	23	17	15	7	10

nen, med undantag för illamående genomgående lägre frekvens av biverkningar.

Diskussion

Det förefaller som om negativa reaktioner inte elimineras av inlärning. Den närmast till hands liggande tolkningen av tendensen till att antalet negativa reaktioner ökar med ökande antal brukstillfällen är snarare den att de uppträder oberoende av inlärning, och därmed att sannolikheten för deras uppträdande ökar med antalet brukstillfällen.

Denna tolkning av resultaten motsäger delvis Beckers på studier av amerikanska marihuanarökare grundade hypotes om inlärningens roll för etablerande av positiv cannabisupplevelse. (Även resultaten redovisade under avsnitt 2.3.3 erbjuder föga stöd för hans hypotes, även om de inte kan sägas vara motstridiga.)

En annan tolkning, som emellertid förefaller mindre rimlig, baserar sig på respondenternas deklarerade frekvens av nervösa besvär och neurotiska och psykosomatiska symtom (se avsnitt 4.6.2). Det framkommer där en klart ökad tendens till stigande frekvens av dessa symtom med ökande antal brukstillfällen. Detta skulle kunna innebära också ökande disposition för oönskade reaktioner vid cannabispåverkan.

Aggressiva impulser uppges påfallande sällan förekomma. Detta stämmer med gängse uppfattning om rusets karaktär. Man bör dock observera att sådana impulser kan tänkas förekomma i samband med de relativt ofta rapporterade paranoida reaktionerna och den psykotiskt färgade ångesten (»Förlora förståndet», »Derealisation», »Jagupplösning»).

Det framgår att – även med snäv definition – psykotiska inslag inte är ovanliga vid cannabis- (haschisch-) påverkan. Säkerligen förekommer sådana betydligt oftare än vad som här framkommit, men då upplevda som något positivt och eftersträvat, t. ex. derealisation.

Kvinnornas betydligt lägre rapporterade frekvens av akuta obehagliga reaktioner kan bero på att den kvinnliga gruppen innefattar ett mycket litet antal individer med många brukstillfällen. I redovisningen av nervösa besvär och neurotiska och psykosomatiska symtom finns ingen förklarande skillnad mellan kvinnor och män.

Det faktum att brukarna trots dessa deklarerade negativa reaktioner fortsätter bruket innebär att de positiva momenten överväger, och kanske att de negativa reaktionerna för varje individ ändå sällan förekommer. Detta material tillåter ingen uppskattning av deras frekvens hos enskilda individer.

Sammanfattning av data beträffande akuta biverkningar

Ångest och illamående är inte ovanliga reaktioner vid cannabispåverkan. Även psykotiskt färgade inslag förekommer. Aggressiva impulser rapporteras som mycket sällsynta.

Sannolikheten för att icke önskade reaktioner skall uppträda ökar med antalet brukstillfällen. Inlärningen tycks sålunda inte eliminera sådana reaktioner.

4.2.4 Bruket av centralstimulantia

I detta avsnitt avhandlas endast peroralt bruk, och termen centralstimulantia (Cs) avser sålunda endast tabletter tagna peroralt.

På grund av det låga antalet individer och bearbetningens koncentration på cannabisbruket är de flesta variabler mindre detaljrikt analyserade än i avsnittet om cannabisbruk. Vissa variabler har uteslutits.

Tidsmått

Debutår

Uppgift saknas för 1 av de 46 män och 1 av de 20 kvinnor som uppgivit sig någon gång ha tagit medlet.

Som framgår av tabell 2.11 har tillskottet av nya »brukare» sjunkit under de två sista åren. Flertalet har debuterat före 1966, och nästan hälften före 1965.

Jämfört med motsv. data för cannabis-

Tabell 2.11. Debutår Cs peroralt.

Debutår	Män + kvinnor, n
1968	2
1967	9
1966	12
1965	12
1964 (el. tidigare)	29

bruket finner man här att ännu fler har debuterat för lång tid sedan.

I motsats till cannabisbruket förefaller nyrekryteringen inte att öka.

Aktualitet

Andelen av Cs-erfarna som tagit medlet under tidsperioderna närmast före undersökningen är av samma storleksordning som när det gäller cannabis. Undersökningen genomfördes i maj 1968. Under tiden januari –maj 1968 hade en knapp tredjedel tagit medlet, under de två sista månaderna en fjärdedel, och under den sista månaden 13 %. Räknat på totalmaterialet innebär detta att 2 % av såväl män som kvinnor tagit centralstimulantia under de två sista månaderna före undersökningen.

Hur intensivt har detta aktuella bruk varit? Av dem som tagit medlet under de två sista månaderna har ca hälften tagit medlet en gång, resten flera gånger. En individ uppger mer än 50 gånger, vilket bör innebära daglig konsumtion.

Duration

Ca hälften av dem som tagit medlet mer än en gång har spridit sina brukstillfällen över mer än två år.

Förlopp

53 individer har debuterat 1966 eller tidigare, 29 av dessa har tagit medlet senast 1966. Drygt hälften har med en observationstid på minst ett år och fyra månader sålunda inte fortsatt bruket.

Debutomständigheter

I likhet med cannabisbruket tycks en viss andel – 20–30 % – ha debuterat utomlands.

Ca 85 % hade vid debuten bekanta med erfarenhet av medlet.

En femtedel av männen och en dryg tredjedel av kvinnorna var ensamma vid debuten, som sålunda inte som vid cannabisbruket regelmässigt försiggått i grupp.

Endast någon enstaka individ värderar debuttillfället som negativt, två tredjedelar värderar det som positivt, och resten som indifferent. Detta är olikartat data för cannabisbruket där mindre än en tredjedel upplevde debuttillfället som positivt.

I jämförelse med cannabisbruket talar dessa uppgifter för att det bruk av centralstimulantia som avspeglas i detta material i mindre utsträckning är gruppbetingat och att någon inlärning av positiva effekter efter debuten knappast förekommer.

Motiv

Två motiv erbjöds: »Att motverka trötthet» resp. »Att tända på» (= eufori). 26 st. angav motivet »att motverka trötthet», 14 st. motivet eufori och 9 st. båda motiven.

Värdering av bruket och dess följder

Två tredjedelar rapporterar att de upplevt påverkan av medlet som oftast positiv, återstoden anger – med undantag för 4 individer som anger negativ värdering – indifferent värdering.

Med undantag av ett par individer anser respondenterna att de inte tagit skada av medlet. Alla utom en (den ende som uppger konsumtion under de sista två månaderna till mer än 50 gånger) anser sig kunna fullständigt kontrollera sin konsumtion.

Drygt hälften har inte behövt betala för medlet, och bara en tiondel uppger sig vara beredda att betala mer än 5 kr. för ett brukstillfälle.

Akuta biverkningar

Ångest eller oro har någon gång upplevts under påverkan av ca en fjärdedel – således ungefär samma proportion som vid cannabisbruket. Övriga biverkningar uppgavs i lägre andel, depressiv reaktion den däribland vanligaste.

Doser

»Hur många tabletter har Du som regel tagit (ange dygnsförbrukning vid de aktuella tillfällena)?» 4 av 49 svarande har tagit mer än 5 tabletter per gång, det stora flertalet – 27 st. – anger 1–2 tabletter.

Beskrivning av bruksmönstret

En jämförelse mellan uppgifter om doser, motiv och antal brukstillfällen visar god överensstämmelse mellan låg dos (1–2 tabletter) och motivet »Att motverka trötthet», och att denna dosnivå och detta motiv tenderar att dominera i gruppen med större antal brukstillfällen.

Två olika typer av bruk tycks föreligga. *Det ena* kännetecknas av högre brukarålder, låg dosnivå, motivet »Att motverka trötthet», lång duration, låg exposition för cannabis, frånvaro av cannabisbruk, och förefaller att ha minskat i omfattning under de senare åren. Ingen i denna grupp har debuterat senare än 1966.

Det andra kännetecknas av lägre brukarålder, högre dosnivå, eufori som motiv för bruket, kort duration, hög exposition för cannabis, samtidig förekomst av cannabisbruk, och förefaller att ha tillkommit under de senaste åren. Detta bruk har betydligt mindre omfattning än det förra.

4.2.5 LSD-bruket

7 män – ingen kvinna – i materialet uppgav sig ha tagit LSD. Trots det mycket låga antalet kan en redovisning av vissa data ha intresse.

Debutår

Alla har debuterat 1966 eller senare, 2 st. 1966, 3 st. 1967 och 2 st. januari–maj 1968.

Aktualitet

3 st. har tagit medlet under de två månaderna närmast föregående undersökningen, ingen mer än en gång under denna period.

Sammanlagd erfarenhet

4 st. har tagit medlet en gång, 2 st. två till fyra ggr, och 1 st. fem till tio ggr.

Debutomständigheter

Alla har debuterat i Stockholm. Alla utom en hade vid debuten bekanta med erfarenhet av medlet. Endast en var ensam, övriga i sällskap med vänner vid debuttillfället.

6 st. värderar debuttillfället som övervägande positivt, en som övervägande negativt.

Hos de 3 individer som tagit LSD flera gånger varierade tiden från första till andra tillfället mellan två månader och mer än ett år.

Värdering av bruket och dess följder

5 st. anger att de upplevt påverkan av medlet som oftast positiv, 1 lika ofta positiv som negativ och 1 negativ. Svar saknas från 1 st. 5 st. anger att brukstillfällena tillkommit »efter viss planering» eller »efter planering långt i förväg», medan 2 st. anger att de tillkommit »på improvisation eller genom slump».

6 st. anger att de inte tagit skada av medlet, 1 att han tagit skada. På frågan »Om Du blev erbjuden att ta medlet (för första gången eller på nytt), hur skulle Du då göra?» fördelade sig svaren enl. följande:

Skulle säkert inte ta	2
Skulle troligen inte ta	1
Skulle troligen ta	3
Skulle säkert ta	1

Sålunda är endast två av sju övertygade om att de inte kommer att fortsätta att ta medlet.

3 st. angav att bekanta genom dem blivit intresserade av att pröva medlet. 4 st. angav att de betalat för medlet, 3 st. att de inte betalat. Ingen var beredd att betala mer än 25 kr. för ett brukstillfälle.

Akuta biverkningar

För förklaring av tabellen nedan hänvisas till avsnitt 4.2.3. Siffrorna i tabellen anger det antal individer som någon gång under påverkan av LSD upplevt de i frågan specificerade biverkningarna. Samtliga 7 brukare har svarat på alla frågor.

Tabell 2.12. LSD, biverkningar

Ångest	6
Illamående	2
Aggressivitet	1
Depression	3
Paranoia	3
Förl. förståndet	5
Derealisation	4
Jagupplösning	3
Annat	0

Som framgår av tabellen är ångest och rädsla att förlora förståndet de vanligaste oönskade reaktionerna, men också flera andra tycks vara vanliga. Siffrorna bör bedömas mot bakgrunden att bara 3 av de 7 svarande har tagit medlet mer än en gång.

Siffrorna bör också jämföras med uppgiften att 5 st. angav att de upplevt påverkan av medlet som oftast positiv, och att endast 2 st. uppgett sig vara övertygade om att de inte skulle ta medlet ytterligare gånger. Uppenbarligen överväger de positiva momenten, här liksom vid cannabisbruket där också negativa reaktioner är vanliga.

Relation cannabis – LSD

Alla 7 LSD-erfarna har erfarenhet av cannabis, flertalet t. o. m. omfattande erfarenhet.

Tendensen för blandbruket cannabis–LSD är som här redovisats mycket tydlig.

Tabell 2.13. Blandbruk LSD—cannabis.

Antal gånger cannabis	Antal LSD-brukare
2— 4	1
5—10	0
11—20	2
21—50	1
över 50	3

Det bör dock observeras att av dessa 7 endast 1 anger erfarenhet av centralstimulantia, det är inte ett oselektivt blandbruk.

4.3 *Benägenheten att pröva olika medel. Föreställningar om deras effekter*

I det föregående kapitlet lämnades uppgifter om hur många som på ett mer påtagligt sätt – genom faktiskt bruk – dokumenterat ett intresse eller en benägenhet att pröva olika medel. I detta kapitel vidgas perspektivet till en generell belysning av benägenheten att pröva (eller fortsätta att använda) olika medel, främst baserad på studenternas uppgifter om hur de skulle reagera inför eventuella erbjudanden om att pröva dem.

Förutom studenternas benägenhet för olika medel belyses i kapitlet deras föreställningar om medlens effekter eller om olika konsekvenser av deras användning.

Vi förväntade oss i detta sammanhang att studenternas föreställningar skulle återspegla gängse värderingar av t. ex. cannabis som det medel som har de minst negativa konsekvenserna, av LSD som betydligt mer »riskabelt» och av centralstimulantia (i injektion) som det utan tvekan farligaste medlet. Motståndet mot användningen av dessa medel förväntades därför vara minst i fråga om cannabis (även bland de som ej använt det) och störst i fråga om centralstimulantia (i injektion).

En annan frågeställning som tas upp i kapitlet rör sambandet mellan benägenheten för (och erfarenheter av) cannabis och benägenheten att pröva också de andra medlen. Vi antog här att det skulle föreligga ett mindre motstånd mot användningen av dessa, eller åtminstone en mindre negativ bild av dem, hos studenter med en mer ut-

talad benägenhet för användning av cannabis.

I detta och följande kapitel används vid jämförelser mellan studenter *utan* resp. *med* egna erfarenheter av cannabis beteckningarna »nej- och ja-gruppen». Den förstnämnda gruppen omfattar således samtliga de studenter som aldrig prövat cannabis och den sistnämnda de som gjort det en eller flera gånger.

4.3.1 Studenternas benägenhet att pröva de olika medlen

Samtliga studenter

Det mått som främst användes för att definiera studenternas benägenhet att pröva olika medel baserades på en fråga som löd: »Om Du blev erbjuden att ta medlet, hur skulle Du då göra?» Ett kompletterande mått gavs genom frågan: »Har Du någon gång haft lust att pröva medlet?» Resultaten redovisas i tabell 3.1 nedan.

Med avseende på benägenheten att pröva olika medel förhöll sig män och kvinnor på ett likartat sätt. Cannabis bedömdes som mest attraktivt, centralstimulerande medel (i injektion) som minst attraktivt.

Andelen studenter som troligen eller säkert skulle ta cannabis var bland männen 19 % och bland kvinnorna 10 %, och andelen studenter som troligen eller säkert skulle ta LSD var 4 % resp. 2 %. Samma värden som för LSD erhölls beträffande centralstimulantia peroralt. Ingen markerade att han eller hon troligen eller säkert skulle ta centralstimulantia i injektion.

Dessa värderingar av medlen återspeglades också i svaren på frågan om man någon gång haft lust att pröva medlen. 34 % resp. 28 % sade sig ha haft lust att pröva cannabis. 16 % resp. 9 % sade att de någon gång haft lust pröva LSD, 13 % resp. 9 % centralstimulantia peroralt och 3 % resp. 2 % centralstimulantia i injektion. Det var främst de som prövat de olika medlen som på denna fråga uttryckte intresse för medlen.

Ja- resp. nej-grupperna

Stora skillnader förväntades mellan dem som haft erfarenhet av cannabis och dem som ej haft det, med avseende på benägenheten att pröva (eller att fortsätta att använda) olika medel.

Tabell 3.1. Studenternas benägenhet att pröva olika medel.

	Män (h=491)				Kvinnor (h=247)			
	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %
a. Om Du blev erbjuden att ta medlet (för första gången eller på nytt) hur skulle Du då göra?								
Skulle säkert inte ta	64	86	88	96	74	92	89	96
Skulle trolig. ej ta	17	11	8	4	15	6	9	3
Skulle trolig. ta	14	3	3	—	8	2	2	—
Skulle säkert ta	5	1	1	—	2	—	—	—
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
b. Har Du någon gång haft lust att pröva medlet?								
Nej	66	84	87	97	72	91	91	98
Ja	34	16	13	3	28	9	9	2
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 3.2. Benägenhet att pröva (fortsätta att använda) medlen bland dem som prövat resp. ej prövat cannabis.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
	1	2	3	4	5	6	7
Cannabis							
Skulle säkert ej ta	74	29	52	26	13	81	35
Skulle troligen ej ta	17	15	23	16	8	14	22
Skulle troligen eller säkert ta	9	56	26	58	79	5	43
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
LSD							
Skulle säkert ej ta	91	66	81	74	49	94	76
Skulle troligen ej ta	8	20	13	19	26	4	14
Skulle troligen eller säkert ta	1	13	6	6	23	0	11
Uppgift saknas	—	—	—	—	2	2	—
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Cs peroralt							
Skulle säkert ej ta	91	76	88	71	72	91	70
Skulle troligen ej ta	7	12	6	19	10	7	19
Skulle troligen eller säkert ta	2	12	6	10	18	1	11
Totalt	100	100	100	100	100	100	100
Cs i injektion							
Skulle säkert ej ta	96	98	100	97	97	97	95
Skulle troligen ej ta	4	2	—	3	3	3	5
Skulle troligen eller säkert ta	—	—	—	—	—	—	—
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

De förväntade skillnaderna mellan studenter med och utan erfarenhet av cannabis framträdde klart. De som använt cannabis (= ja-gruppen) tog i betydligt mindre utsträckning bestämt avstånd från ev. erbjudanden om cannabis än de som ej använt det (= nej-gruppen). För männens del var skillnaden mellan ja- och nej-grupp 45 % (± 10,5) och för kvinnornas del 46 % (±15,3).

46 % av männen i ja-gruppen och 43 % av kvinnorna i samma grupp uppgav att de troligen eller säkert skulle utnyttja ett sådant erbjudande.

Det är uppenbart att ja-grupperna i mindre utsträckning än de andra tog avstånd från LSD och centralstimulantia peroralt. 91 % av männen i nej-gruppen tog bestämt avstånd från LSD mot 66 % i ja-gruppen (d % = 25 ± 7,6). Bland kvinnorna var motsvarande värden 94 % resp. 76 % (d % = 18 ±10,0).

Beträffande centralstimulantia peroralt kan noteras att bland männen även ja-gruppen uppvisade ett mera bestämt avståndstagande, även om inte lika påtagligt som nejgruppen (d % = 15 ± 7,1). För kvinnornas del var här skillnaden 21 % (± 11,0).

Det bör även noteras att ja-grupperna uppvisade ett lika bestämt avståndstagande

som nej-grupperna när det gäller centralstimulantia i injektion.

Slutligen kan för männens del noteras att motståndet mot de olika medlen klart minskade med ökat antal brukstillfällen av cannabis.

Svaren på frågan om man någon gång haft lust att pröva medlet gav även den som väntat för samtliga medel och för både män och kvinnor signifikanta skillnader. Andelen som någon gång haft lust att pröva något medel ökade med ökat antal brukstillfällen av cannabis.

Några kompletterande synpunkter på studenternas benägenhet att pröva cannabis

Andelen studenter som genom faktiskt bruk visat benägenhet att pröva cannabis, var som tidigare nämnts 21 % bland männen och 15 % bland kvinnorna. Detta är emellertid ett från flera synpunkter ofullständigt mått på *hela* studentgruppens aktuella eller tidigare benägenhet att pröva cannabis. Det kan kompletteras med de uppgifter som erhölls genom svaren på frågan om hur man skulle reagera inför erbjudanden om cannabis.

Kombineras uppgifterna om faktiskt bruk med uppgifterna om benägenheten att pröva cannabis kan nedanstående fördelning sägas ge en mer fullständig bild av hur pass attraherade studenterna var (varit) av att pröva cannabis. Som »benägna att pröva» betecknas i tabell 3.3 dem som ej prövat cannabis men som uppgav att de säkert eller troligen skulle acceptera ett erbjudande, och som »osäkra» dem som uppgav att de inte trodde att de skulle acceptera ett sådant.

Enligt ovanstående definition skulle 58 %. resp. 68 % av studenterna kunna betraktas som klart obenägna att pröva cannabis, 14 resp. 12 % något mer osäkra beträffande sina reaktioner inför möjligheten att pröva cannabis, samt resten (28 % resp. 19 %) vara eller ha varit klart attraherade av experiment med cannabis.

Observera dock att nästan hälften av dem som prövat tog avstånd från ytterligare försök (tabell 3.2).

Åldern och benägenheten att pröva cannabis

För männens del föreligger uppgifter om sambandet mellan ålder, faktiskt bruk av cannabis och benägenhet att pröva cannabis. En analys av dessa samband visade att en något mindre del (ej sign.) av de benägna i nej-gruppen var i den yngsta åldersgruppen (19–23 år), medan en något större del av dem som prövat cannabis var i denna ålder. Om man som »cannabisintresserade» räknar de två första grupperna i tab. 3.3 nedan finns ingen skillnad i åldersfördelning mellan dessa och övriga. Detta kan ev. förklaras av att yngre studenter har större möjligheter att realisera eventuella önskemål att pröva cannabis än äldre och att därför gruppen benägna som ej tagit cannabis kommer att innehålla färre yngre studenter.

Med andra ord kan man inte säga att studenternas ålder har något klart samband med intresset (så som det definierats här) för cannabis.

Tabell 3.3. Benägenheten att pröva cannabis.

	Män		Kvinnor	
	n	%	n	%
Har prövat cannabis	101	21	37	15
Har ej prövat — Benägna att pröva	34	7	10	4
» — Osäkra	67	14	30	12
» — Klart obenägna	283	58	167	68
Totalt	485	100	244	100

Tabell 3.4. Benägenheten att pröva cannabis och benägenheten att pröva andra medel.

	Ej prövat cannabis		Prövat cannabis	
	Benägna (n=101) %	Ej benägna (n=285) %	Benägna (n=57) %	Ej benägna (n=44) %
LSD				
Skulle säkert inte ta	67	100	49	89
Skulle troligen inte ta	31	—	28	9
Skulle troligen eller säkert ta	2	—	21	2
Totalt	100	100	100	100
Cs po				
Skulle säkert inte ta	73	100	60	98
Skulle troligen inte ta	22	—	19	2
Skulle troligen eller säkert ta	5	—	21	—
Totalt	100	100	100	100
Cs inj				
Skulle säkert inte ta	83	100	96	100
Skulle troligen inte ta	17	—	4	—
Skulle troligen eller säkert ta	—	—	—	—
Totalt	100	100	100	100

4.3.2 Sambandet mellan benägenheten att pröva cannabis och benägenheten att pröva andra medel

Vid denna och kommande jämförelser mellan »benägna» och »obenägna» manliga studenter avses i nej-gruppen med »benägna» de som uppgav att de säkert eller troligen skulle ta cannabis vid ett eventuellt erbjudande, samt även de som uppgav att de *troligen inte* skulle göra det. Som »obenägna» i nej-gruppen betraktas sålunda de som uppgav att de *säkert inte* skulle ta cannabis.

I ja-gruppen avses däremot med »benägna» de som *troligen* eller *säkert* skulle ta, och med »obenägna» de som troligen eller säkert ej skulle ta cannabis vid eventuellt erbjudande.

De benägna bland dem som *ej prövat cannabis* uttryckte mindre bestämt än de obenägna avståndstagande till LSD och centralstimulerande medel.

Samtliga obenägna uppgav att de *säkert inte* skulle acceptera ett erbjudande att pröva LSD. Av de benägna däremot sade 33 % att de *troligen inte* skulle göra det (d % = 33 ± 6,7).

Vidare var en klart större andel av de benägna osäkra beträffande sina reaktioner inför ett eventuellt erbjudande att pröva centralstimulerande medel. Bland de obenägna var samtliga *säkra* på att de skulle ta avstånd från ett erbjudande att pröva centralstimulantia i injektion medan bland de benägna uppgav 17 % att de *troligen inte* skulle göra det. I fråga om centralstimulantia peroralt var motsvarande värden 0 % resp. 27 %.

Även bland *dem som prövat cannabis* fanns skillnader mellan benägna och obenägna i fråga om benägenheten att pröva andra medel. Av de cannabiserfarna som var obenägna att fortsätta ta cannabis skulle 89 % helt ta avstånd från erbjudanden om LSD mot 49 % av de benägna (d % = 40 ± 18,5).

98 % av de obenägna skulle bestämt ta avstånd från erbjudanden om centralstimulantia *peroralt* mot 60 % av de benägna (d % = 38 ± 16).

4 % av de benägna men ingen av de obenägna uppgav att de *troligen inte* skulle acceptera ett erbjudande om centralstimulantia i injektion (jämför med motsvarande värden bland de ej cannabis-erfarna).

Skillnader av samma storleksordning förelåg också i fråga om svaren på frågan om man någon gång haft lust pröva medlet.

4.3.3 Föreställningar om medlens effekter

För att belysa studenternas perceptioner av eller föreställningar om medlens egenskaper och för att se hur dessa var relaterade till deras benägenhet att pröva dem ställdes en fråga om hur man uppfattade medlens möjligheter att ge värdefulla erfarenheter, samt ett antal frågor om hur man bedömde olika skäl för att inte använda dem.

Uppfattningen om medlens möjligheter att ge värdefulla erfarenheter

Samtliga studenter

Svaren på frågan om hur man uppfattade medlens möjligheter att ge värdefulla erfarenheter redovisas nedan.

Få studenter uppgav att de säkert trodde att något av medlen skulle kunna ge värdefulla erfarenheter. De högsta värdena här gällde cannabis och LSD (4–5 %). Dessa medel bedömdes även i övrigt mer positivt i detta avseende än övriga medel. Ca 30 % av männen och 25 % av kvinnorna trodde att cannabis och LSD eventuellt skulle kunna ge värdefulla erfarenheter, men om centralstimulantia nämndes detta endast av ca en femtedel av männen och ca 15 % av kvinnorna.

Ja- resp. nej-grupperna

Stora skillnader i fråga om bedömningarna av de olika medlens möjligheter förelåg mellan studenter med och studenter utan erfarenhet av cannabis.

27 % i nej-gruppen mot 60 % i ja-gruppen trodde att cannabis på något sätt kan ge värdefulla erfarenheter (d % = 33 ± 10,3). För kvinnornas del var motsvarande skillnad 26 % mot 51 % (d % = 25 ± 16,1). Bland männen kunde dessutom märkas att övertygelsen om att cannabis kan ge värdefulla erfarenheter blev starkare ju fler gånger man använt det.

Även i fråga om LSD framträdde skillnader mellan grupperna. Bland männen tillskrev 28 % i nej-gruppen LSD sådana egenskaper mot 60 % i ja-gruppen (d % = 32 ± 10,4) och bland kvinnorna var motsvarande värden 25 % resp. 55 % (d % = 30 ± 16,1). Det bör även noteras att i gruppen med 5 eller fler brukstillfällen så många som 80 % trodde att LSD kanske eller säkert skulle kunna ge värdefulla erfarenheter.

Benägna resp. obenägna

Det var inte endast mellan ja- och nej-gruppen som det förelåg skillnader i fråga om uppfattningen om de båda medlens möjligheter, utan också mellan »cannabisbenägna» och »cannabisobenägna».

Skillnaderna mellan benägna och obenägna *utan egna erfarenheter av cannabis* i

Tabell 3.5. Föreställningar om medlens möjligheter att ge värdefulla erfarenheter.

	Män (n=491)				Kvinnor (n=247)			
	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %
a. Tror Du att medlet kan ge värdefulla erfarenheter?								
Nej	67	66	80	81	70	71	81	83
Kanske	29	30	19	18	26	24	16	14
Ja, säkert	4	4	1	1	4	5	3	3
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 3.6. Föreställningar om medlen och erfarenhet av cannabis.

	Erfarenheter av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Tror att *cannabis kanske* kan ge värdefulla erfarenheter	26	44	35	55	41	23	43
Tror *säkert* att *cannabis* kan ge värdefulla erfarenheter	1	16	6	10	28	3	8
Tror att *LSD* kanske kan ge värdefulla erfarenheter	25	50	42	42	62	21	41
Tror säkert att *LSD* kan ge värdefulla erfarenheter	3	10	3	6	18	4	14

fråga om uppfattningen om cannabis möjligheter att ge värdefulla erfarenheter, visar klart hur denna föreställning är relaterad till benägenheten att pröva cannabis. 52 % av de benägna mot 17 % av de obenägna valde svarsalternativet »kanske» (d % = 35 ± 10,0). Det bör dock observeras att endast 1 av de benägna »säkert trodde att cannabis skulle kunna ge värdefulla erfarenheter».

Även i fråga om värderingarna av LSD förelåg skillnader mellan obenägna och benägna. Betydligt fler benägna än obenägna trodde att LSD *kanske* skulle kunna ge värdefulla erfarenheter (54 % resp. 19 % d % = 35 ± 10,2).

Även bland dem som *haft egna erfarenheter av cannabis* föreligger det liknande skillnader. De som var benägna att fortsätta använda cannabis ansåg t. ex. till 25 % att cannabis *säkert* skulle kunna ge värdefulla erfarenheter mot 5 % bland dem som var obenägna att fortsätta. (d % = 20 ± 14,4) 49 % av de benägna sade vidare att de trodde att cannabis *kanske* skulle kunna ge värdefulla erfarenheter mot 36 % av de obenägna. Förväntningarna på cannabis som en potentiell förmedlare av »värdefulla» erfarenheter tycks alltså spela en icke ringa roll för benägenheten att pröva (eller fortsätta använda) det.

Även bedömningarna av LSD tycktes vara påverkade av detta intresse för »värdefulla» erfarenheter. Bland de benägna var det 72 % som trodde att LSD kanske eller säkert skulle kunna ge värdefulla erfarenheter mot 44 % av de obenägna (d % = 28 ± 19,3).

Föreställningar om olika negativa effekter av medlen

En ytterligare kartläggning av studenternas föreställningar om vad bruket av de olika medlen kan ha för effekter eller konsekvenser gjordes på så vis att respondenterna fick ta ställning till en rad tänkbara motiv för att inte pröva (eller att inte fortsätta att använda) de olika medlen. Det rör sig här om studenternas ställningstaganden till olika tänkbara skäl mot att använda medlet och till frågan om skälet har betydelse som avhållande faktor eller inte.

Samtliga studenter

Tabell 3.7 redovisar andelen studenter som instämmer i de olika påståendena om medlens effekter eller konsekvenser, eller som anger att konsekvensen i fråga kan betraktas som ett viktigt eller mycket viktigt skäl för att inte använda medlet.

Män och kvinnor rangordnade medlen på samma sätt efter farlighet, och möjliga skadeverkningar. Möjligen bedömde kvin-

Tabell 3.7. Andelen instämmanden i påståenden om olika medels negativa konsekvenser. (Instämmande = »Ganska viktigt» + »Mycket viktigt».)

	Män (n=491)				Kvinnor (n=247)			
	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %
	1	2	3	4	5	6	7	8
Upprepad användning leder till minskat intresse för studier eller arbete	82	89	90	92	82	90	91	93
Upprepad användning sänker studie- eller arbetsförmågan	82	89	91	93	86	94	92	94
Upprepad användning leder till försämring av humör, sinnesstämning eller psykisk balans	77	87	90	91	86	93	94	94
Man blir beroende av medlet	73	87	96	97	82	93	98	99
Upprepad användning ger svårare psykiska skadeverkningar	70	95	95	96	79	98	99	99
Man förlorar kontrollen över sig själv när man är påverkad	68	86	79	81	76	88	82	85
Det finns risk för juridiska konsekvenser	68	73	74	74	68	75	75	75
Upprepad användning ger kroppsliga skadeverkningar	63	85	89	92	69	94	94	97
Man förlorar kontakten med icke-brukande vänner	59	66	68	70	60	65	65	67
Påverkan ger otäcka upplevelser	53	79	63	67	56	77	67	71
Det är otrevligt att vara påverkad av medlet	50	62	57	59	56	66	61	62

norna i något större utsträckning medlen som farliga.

Medlen rangordnades i fråga om farlighet i följande ordning: Cannabis bedömdes som minst farligt. Därefter kom LSD och centralstimulantia peroralt. Centralstimulantia i injektion bedömdes som farligast. LSD uppfattades dock som farligast i två avseenden: förlust av självkontroll och otäcka upplevelser under påverkan.

De största riskerna med *cannabis* uppfattades vara minskning av intresse för och förmåga till studier och arbete. Beroende och svårare psykiska skadeverkningar tillmättes mindre betydelse, liksom riskerna för juridiska konsekvenser och kroppsliga skadeverkningar. Möjligheten att det skulle vara otrevligt att vara påverkad gavs minst betydelse.

För de *övriga medlen* gällde generellt att många av nämnda tänkbara skadeverkningarna betonades kraftigt. Det bör dock noteras att risken för juridiska konsekvenser och för otrevliga upplevelser under påverkan fick förhållandevis låga värden.

Tabell 3.8. Instämmanden i påståenden om cannabis negativa konsekvenser och egna erfarenheter av cannabis.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Upprepad användning leder till minskat intresse för studier eller arbete	85	63	81	71	44	83	65
Upprepad användning sänker studie- eller arbetsförmågan	85	65	84	71	46	88	65
Upprepad användning leder till försämring av humör, sinnesstämning eller psykisk balans	81	54	61	68	38	88	65
Man blir beroende av medlet	81	37	65	39	13	87	43
Upprepad användning ger svårare psykiska skadeverkningar	75	43	65	52	18	83	51
Man förlorar kontrollen över sig själv när man är påverkad	73	43	61	42	28	80	49
Det finns risk för juridiska konsekvenser	71	51	68	68	26	72	43
Upprepad användning ger kroppsliga skadeverkningar	68	40	61	42	21	74	35
Man förlorar kontakten med icke-brukande vänner	63	39	68	45	10	65	22
Påverkan ger otäcka upplevelser	54	47	58	39	44	59	27
Det är otrevligt att vara påverkad av medlet	52	35	55	23	28	58	35

Ja- resp. nej-grupperna

De med erfarenhet av cannabis instämde i betydligt mindre utsträckning i de olika påståendena om cannabis negativa effekter. Dessutom rangordnade de olika effekterna på annat sätt. Detta gällde både kvinnor och män.

Det framgår också att ju större erfarenheten av cannabis var desto starkare tog man avstånd från påståenden om negativa effekter. (Tab. 3.8.)

De med erfarenhet av cannabis skilde sig från de övriga framför allt genom att ta avstånd från uppfattningen att cannabis är beroendeskapande, och att det skulle leda till psykiska och kroppsliga skadeverkningar och förlust av kontroll under påverkan. Även risken för juridiska konsekvenser bedömdes som låg – särskilt av dem med större cannabiserfarenhet.

Män och kvinnor gav mycket likartade svar, både i ja- och nej-grupperna.

Beträffande ja- och nej-gruppernas (bland männen) bedömningar av olika *negativa effekter av LSD* kan noteras följande: de med erfarenheter av cannabis ansåg i klart större utsträckning än de övriga att det förhållandet att LSD kan ge otäcka upplevelser är ett mycket viktigt skäl för att inte använda det (67 % resp. 45 %). Att LSD skulle kunna ge kroppsliga skadeverkningar uppfattades av ca en femtedel av studenterna som mycket viktigt vare sig de prövat cannabis eller inte. Att LSD skulle vara beroendeskapande förnekades däremot i större

utsträckning av ja-gruppen. 79 % av dem utan erfarenhet av cannabis sade bestämt att LSD var beroendeskapande mot 50 % av dem som någon gång prövat cannabis. I fråga om uppfattningen att LSD skulle leda till förlust av självkontroll och eventuellt ge psykiska skadeverkningar fanns egentligen inga skillnader mellan studenter med och utan cannabiserfarenheter, med undantag av dem som prövat cannabis 5 eller fler gånger. Denna grupp skilde sig kraftigt från övriga studenter på så vis att de oftare förnekade dessa möjligheter. 49 % av gruppen med 5 eller fler brukstillfällen instämde helt i påståendet att man skulle kunna förlora kontrollen över sig själv under LSD-påverkan mot 60–68 % av de övriga grupperna. 51 % av de mer cannabiserfarna instämde helt i påståendet att LSD skulle kunna ge svårare psykiska skadeverkningar, mot 77–81 % av de övriga grupperna.

I fråga om kvinnorna kan noteras att den kvinnliga ja-gruppen oftare än nej-gruppen förnekade att LSD innebär förlust av självkontroll, är beroendeskapande och kan ge kroppsliga skadeverkningar.

Bedömningarna av centralstimulantia peroralt i ovannämnda avseenden gjordes praktiskt taget på samma sätt av de olika grupperna med det undantaget att bland männen de med mer omfattande cannabiserfarenheter mindre ofta helt instämde i påståendena att medlet skulle vara beroendeskapande eller ge psykiska och kroppsliga skadeverkningar.

Nu behandlade jämförelser har inte gjorts med avseende på centralstimulantia i injektion.

Benägna resp. obenägna

Bland dem utan cannabiserfarenhet skilde sig de benägna klart från de obenägna, med avseende på bedömningarna av cannabis, på så vis att de i betydligt mindre utsträckning instämde i de olika påståendena om negativa effekter av cannabis.

Detta gällde också bedömningarna av negativa effekter av LSD.

En ytterligare belysning av faktorer bakom benägenheten att fortsätta cannabisbruket ges av jämförelser *bland dem med cannabiserfarenhet*. De som var benägna att fortsätta tog i betydligt större utsträckning avstånd från påståendena om negativa effekter av cannabis. För praktiskt taget samtliga effekter förelåg signifikanta skillnader mellan benägna och obenägna.

Samma skillnader förelåg i bedömningarna av påståenden om negativa effekter av LSD, dock med undantag för det som gällde risken för kroppsliga skadeverkningar. Båda grupperna instämde i lika stor omfattning i detta påstående.

Som framgick av avsnitt 4.2.3 finns uppgifter om hur betydelsefulla de med cannabiserfarenhet ansåg vissa angivna motiv vara för att ta cannabis. Vid jämförelse mellan benägna resp. obenägna i ja-gruppen fanns klara skillnader också i deras uppfattning av de olika motiven. De benägna betonade starkare än de obenägna följande motiv: eufori, musiknjutning, lätthet att fantisera, självinsikt.

För övriga detaljer om ja-gruppens uppfattning om de olika motiven hänvisas till avsnitt 4.2.3.

4.3.4 Sammanfattning och kommentarer

Benägenheten bland studenter att pröva olika medel har ungefär samma inriktning på de olika medlen och samma omfattning som det tidigare faktiska bruket. Benägenheten är alltså störst för cannabis, mindre för LSD och centralstimulantia peroralt, och saknas för centralstimulantia i injektion.

Flertalet av dem som prövat de olika medlen har gjort det före straffhöjningarna och massmedias information under 1968 och 1969. Benägenheten – som den är mätt här – är uttryckt mot bakgrunden av andra juridiska och attitydskapande förutsättningar än de som föreligger när denna undersökning publiceras.

De som tagit cannabis uttryckte mindre bestämt än övriga avståndstagande till att eventuellt pröva LSD och centralstimulantia peroralt.

De som klarast uttrycker benägenhet för cannabis, LSD och centralstimulantia peroralt utgörs i huvudsak av det lilla fåtalet som använt och tycks fortsätta att använda cannabis.

T. o. m. de mest cannabisintresserade tog emellertid bestämt avstånd från tanken att pröva centralstimulantia i injektion.

Ungefär hälften av dem som prövat cannabis angav att de ej trodde att de skulle ta medlet ytterligare gånger.

En liten andel av dem som ej tagit cannabis uttryckte benägenhet att göra det.

74 % av de män och 81 % av de kvinnor som ej tagit cannabis, uppgav att de med säkerhet inte heller skulle göra det vid eventuellt erbjudande. Motsvarande värden för dem som tagit cannabis var 29 resp. 35 %.

Återstoden av dem som ej tagit cannabis uttryckte ett mindre bestämt avståndstagande också till eventuella erbjudanden om andra medel..

Dessa »benägna», liksom de som tagit cannabis, trodde också i större utsträckning än övriga att cannabis och LSD kan ge värdefulla erfarenheter.

Således förefaller en mycket stor majoritet av de tillfrågade att vara relativt immuna (så som det kunnat mätas i denna undersökning) mot narkotikabruk.

I motsats till vad som kanske kunde förväntas talar inte resultaten för att intresset för cannabis skulle vara större bland de yngre än bland de äldre studenterna.

I fråga om farlighet gav studenterna följande rangordning: centralstimulantia i injektion som farligast, centralstimulantia peroralt, LSD, cannabis som minst farligt. Cannabis skadeverkningar bedömdes fr. a. gälla minskning av intresse för och förmåga till studier och arbete. Beroende och svårare psykiska skadeverkningar gavs mindre betydelse, juridiska konsekvenser och kroppsliga skadeverkningar än mindre. Även för övriga medel gavs juridiska konsekvenser (risken att bli straffad) förhållandevis liten betydelse.

Generellt gäller att med större erfarenhet av cannabis, och med större benägenhet att pröva (eller fortsätta att ta) cannabis, följde ett allt tydligare avståndstagande från påståenden om negativa effekter av cannabis och LSD. Ett undantag är kroppsliga skadeverkningar av LSD, vilka tillmättes samma betydelse oavsett erfarenhet och inställning till cannabis.

4.4 *Studenternas uppfattning om narkotikabrukets utbredning och om inställningen till narkotikabruk bland studenter.*

I kapitel 3 behandlades bl. a. studenternas bedömningar av effekterna av de olika medlen och deras benägenhet att använda dem. I detta kapitel diskuteras deras uppfattning om narkotikabrukets utbredning bland studenterna och deras uppfattning om normerna beträffande användningen av narkotika. Dessutom redovisas deras åsikter om riskerna för att cannabisbruk skulle kunna leda över till blandbruk, samt deras uppfattning om strafflagstiftningens avhållande effekt och om önskvärdheten av en »legalisering» av cannabis.

Vi antog att det skulle föreligga starka samband mellan följande faktorer: egna erfarenheter av cannabis, tolerans gentemot dess användning, uppfattningen att studenterna i allmänhet betraktade cannabisbruket på ett förhållandevis tolerant sätt, samt uppfattningen att bruket skulle vara tämligen omfattande. Det föreföll också ganska självfallet att en positiv värdering av cannabis skulle vara förenad med en misstro mot hårdare straffsatser och mot föreställningen att cannabisbruk skulle kunna leda över till blandbruk.

4.4.1 Uppfattningen om utbredning och tolerans

Uppfattningen om narkotikabrukets utbredning och om inställningen till narkotikabruk bland studenter.

Hur pass stor utbredning tror studenterna att narkotikabruket har bland dem själva, och hur uppfattar man normerna bland studenter beträffande användning av narkotika? För att belysa detta ställdes följan-

de två frågor: »Hur många studerande vid Stockholms universitet tror Du har prövat medlet?» och »Vilken anser Du vara den allmänna inställningen bland studenter till att en student prövar medlet?»

Manliga och kvinnliga studenters skattning av brukets utbredning uppvisar samma mönster. Cannabis antas med rätta vara vanligast och centralstimulantia i injektion ovanligast. Man antog emellertid generellt en betydligt större utbredning av bruket av de olika medlen än som faktiskt förelåg (om undersökningens uppgifter tas som kriterium). Särskilt överskattas utbredningen av LSD-bruk och användningen av centralstimulantia i injektion. Slutligen kan konstateras att kvinnliga studenter överskattar utbredningen av bruket av de olika medlen mer än manliga.

Uppfattningen om andra studenters inställning till att en student prövar olika medel, eller, om man så vill, uppfattningen av normerna beträffande användning av olika medel, var för cannabis del att den var förhållandevis tolerant. 61 % av männen och 65 % av kvinnorna trodde att den allmänna inställningen var ganska eller i hög grad tolerant. Relativt få bedömde den dock som tolerant i fråga om de övriga medlen. Speciellt uppfattas inställningen till användningen av centralstimulantia som ogillande eller starkt ogillande.

En intressant fråga i detta sammanhang är om det föreligger en diskrepans mellan de uppfattade normerna beträffande användningen av olika medel och studenternas egen inställning till denna (de »faktiska» normerna). För att kunna belysa förekomsten av »fiktiva» normer, ställdes i ett annat sammanhang i enkäten frågan: »Vilken är Din inställning till att en student prövar medlet?» Svarsalternativen var desamma som vid frågan om uppfattningen om den allmänna inställningen.

Den faktiska inställningen till användning av de olika medlen var betydligt mer tolerant i fråga om cannabis än i fråga om de övriga medlen. Kvinnliga studenters inställning var tolerant i något mindre utsträckning än manliga studenters.

En jämförelse mellan faktisk inställning och uppfattade normer beträffande användning av narkotika ger emellertid betydligt mer intressanta resultat. Beträffande LSD och centralstimulantia råder en förhållandevis god överensstämmelse mellan de uppfattade och de faktiska normerna, dvs. mer precist uttryckt, fördelningen för skattningarna av inställningen är ungefär densamma som fördelningen för den faktiska inställningen. Den faktiska inställningen till användning av cannabis avviker emellertid väsentligt från den uppfattade normen. Man uppfattade den allmänna inställningen som betydligt mer tolerant än vad den faktiskt var. 41 % rep. 35 % uppgav sig vara toleranta, och 36 % resp. 39 % uppgav sig vara ogillande inställda. 61 % resp. 65 %

Tabell 4.1. Studenternas uppfattning om utbredningen av bruk av olika medel.

	Män (n=491)				Kvinnor (n=247)			
	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	(Cs (inj) %	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %
Andel av studenterna som antas ha prövat medlet								
— 1 %	2	43	18	36	1	27	11	28
2— 5 %	19	37	35	40	13	36	32	36
6—10 %	27	15	24	17	22	22	23	18
11—20 %	25	3	15	5	22	10	21	14
21—30 %	18	1	5	2	22	3	7	4
31— %	10		3		20	2	5	1
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 4.2. Studenternas inställning till användningen av olika medel.

	Män (n=491)				Kvinnor (n=247)			
	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %	Cann. %	LSD %	Cs (po) %	Cs (inj) %
Uppfattad allm. inställning till bruk								
I hög grad tolerant	19	3	3	2	24	4	3	2
Ganska toler.	42	16	12	8	41	16	16	11
Neutral	21	20	26	15	18	18	25	12
Ganska ogill.	14	35	36	38	16	38	37	42
Mycket ogill.	5	26	23	37	2	25	19	33
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100
Studenternas faktiska inställning till bruket av de olika medlen								
I hög grad tolerant	24	13	11	9	23	10	10	8
Ganska tolerant	17	11	10	8	12	9	8	5
Neutral	24	20	21	17	28	24	26	24
Ganska ogillande	21	23	26	24	25	27	29	29
I hög grad ogillande	15	35	32	42	14	31	27	34
Totalt	100	100	100	100	100	100	100	100

uppfattade dock den allmänna inställningen som tolerant och endast 19 % resp. 18 % uppfattade den som ogillande. I fråga om användningen av cannabis tycktes det alltså vara motiverat att tala om »pluralistic ignorance» i fråga om de faktiska normerna.

En ytterligare belysning av relationerna mellan egen inställning och uppfattad inställning samt mellan dessa variabler och exposition för narkotika, värderingarna av medlen samt benägenheten att pröva dem görs i avsnitt 4.5.9.

En anledning till vårt intresse för denna diskrepans mellan mottagna och sända normer är möjligheten att den överdrivna föreställningen om den allmänna inställningen till cannabisbruket som tolerant skulle kunna minska motståndet mot experiment med cannabis, och speciellt för brukarna (som egentligen borde ha en mer realistisk bild av situationen), förstärka tendenserna att fortsätta bruket.

Slutligen kan något nämnas om sambanden mellan de tre variablerna: egen inställning, uppfattad inställning samt uppfattad utbredning. Sambandet mellan egen inställning och uppfattad utbredning var (Yule's Q) .33 men mellan uppfattad inställning och uppfattad utbredning däremot .48.

Egen och uppfattad inställning hos ja- resp. nej-grupp

Egna erfarenheter av cannabis visade sig som väntat dels leda till ökad tolerans inte bara gentemot cannabis utan också gentemot de övriga medlen, dels öka överskattningen av den allmänna toleransen mot bruk av cannabis och LSD (sambandet analyserades ej för centralstimulantia), och slutligen också öka överskattningen av cannabisbrukets utbredning (tabell 4.3 a, b, c).

För att ytterligare belysa den tidigare omtalade diskrepansen mellan uppfattade och »faktiska» normer beträffande cannabisbruk bland studenter, redovisas i tabell 4.4 uppgifter om de »faktiska» normerna (mätt genom frågan om egen inställning), samt samtliga studenters uppfattning och ja- och nej-gruppens uppfattning om hur pass to-

Tabell 4.3. Uppfattningar hos studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej	Ja	1 gång	2–4 ggr	5– ggr	Nej	Ja
	(n=385)	(n=101)	(n=31)	(n=31)	(n=39)	(n=207)	(n=37)
	%	%	%	%	%	%	%
a. Egen inställning till cannabis-bruk							
Tolerant	31	77	62	78	89	27	73
	(d% = 46 ± 10,8)					(d% = 46 ± 16,5)	
Egen inställning till LSD-bruk							
Tolerant	17	45	29	32	67	15	35
	(d% = 28 ± 9,2)					(d% = 20 ± 13,5)	
Egen inställning till Cs-bruk peroralt							
Tolerant	17	36	23	32	49	14	41
	(d% = 19 ± 8,9)					(d% = 22 ± 13,5)	
Egen inställning till Cs-bruk i injektion							
Tolerant	14	28	19	23	38	11	24
	(d% = 14 ± 8,2)					(d% = 13 ± 11,6)	
b. Uppfattad inställning till cannabisbruk							
Tolerant	53	84	74	88	87	57	87
	(d% = 31 ± 10,8)					(d% = 20 ± 17,2)	
Uppfattad inställning till LSD-bruk							
Tolerant	16	27	16	29	33	18	22
	(d% = 11 ± 8,6)					(d% = 4 ej S)	
c. Andel av studenterna som antas ha prövat cannabis							
0—10 %	51	26	26	23	28	38	16
11—20 %	25	20	19	19	21	21	22
21—30 %	14	28	32	32	21	21	19
31— %	5	27	23	26	31	15	41
U. S.	5	—	—	—	—	5	2
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 4.4. Faktiska normer gentemot cannabisbruk samt uppfattad norm hos studenter med resp. utan egna erfarenheter av cannabis.

		Uppfattad norm av:		
	»Faktisk norm» (n=491) %	Samtl.stud. (n=472) %	Nej-grupp n(=372) %	Ja-grupp (n=100) %
Mycket tolerant	24	19	13	40
Ganska tolerant	17	42	42	43
Neutral+Ogillande	60	39	45	17
Totalt	100	100	100	100

leranta studenter är gentemot cannabisbruk (uppgifterna gäller de manliga studenterna).

Till att börja med kan nämnas att såväl bland samtliga studenter som i nej-gruppen och i ja-gruppen fanns ett starkt samband mellan den egna toleransen och den uppfattade toleransen (korrelationerna mellan egen och uppfattad tolerans i de tre grupperna låg mellan .72 och .79, Yule's Q).

Brukarnas felbedömning av den allmänna inställningen var som synes mycket stor. 40 % uppfattade den som mycket tolerant mot 13 % i nej-gruppen. Även nej-gruppen gjorde en felbedömning på så vis att 45 % bedömde den allmänna inställningen som neutral eller ogillande medan 60 % av studenterna i verkligheten hade uttryckt en sådan inställning.

Uppfattningar hos studenter utan egna erfarenheter av cannabis – en jämförelse mellan dem som är benägna resp. obenägna att pröva cannabis.

Föreställningar om andras inställning till att studenter använder cannabis samt om brukets utbredning.

Benägna (betr. def. av benägenhet se avsnitt 3.2) tenderar att mer än obenägna att bedöma den allmänna inställningen till bruk av cannabis bland studenter som förhållandevis tolerant. 71 % av de benägna bedömde den som tolerant eller mycket tolerant mot 46 % av de obenägna (d % = 25 ± 11,4). Det förefaller signifikativt att de benägna uppfattar normerna beträffande cannabisbruk som mer toleranta än vad de obenägna gör.

I fråga om bedömningen av brukets utbredning bland studenter bedömdes situationen emellertid på exakt samma sätt av benägna och obenägna. Detta innebär också att båda grupperna tenderade – liksom praktiskt taget alla undersökta studentgrupper – att överskatta brukets utbredning.

Egen inställning till att studenter prövar cannabis

Även här framträdde attityder kongruenta med de egna intressena. 65 % av de benägna skattade sin inställning till att studenter prövar cannabis som mycket tolerant (37 %) eller tolerant, mot 19 % av de obenägna (d % = 46 ± 10,5). Endast 7 % av de obenägna skattade sin inställning som mycket tolerant.

Även här är det värt att notera överensstämmelsen mellan inställningen till användning av cannabis av studenter och uppfattningen av de allmänna normerna beträffande cannabisbruk.

Föreställningar om andras inställning till att studenter prövar LSD

Liksom i fråga om uppfattningen av den allmänna inställningen till att studenter provar cannabis uppfattade de benägna inställningen till att en student prövar LSD som mer tolerant än de obenägna. 24 % uppfattade inställningen som tolerant mot 14 % av de obenägna (d % = 10 ± 8,3).

Egen inställning till bruk eller användning av LSD bland studenter

Även i fråga om användningen av LSD var de benägna mer toleranta än de obenägna. 37 % bedömde den egna inställningen som tolerant mot 10 % av de obenägna (d % = 27 ± 8,5).

Skattning av den egna inställningen till att studenter prövar centralstimulerande medel

De benägna var klart mer toleranta mot att studenter prövar centralstimulerande medel än de obenägna. I fråga om intagning av centralstimulerande medel peroralt sade sig 35 % av de benägna vara toleranta mot 10 % av de obenägna (d % = 25 ± 8,5. I fråga om intravenöst bruk var

Tabell 4.5. Egen och uppfattad inställning till användningen av olika medel hos studenter som är benägna resp. ej benägna att fortsätta använda cannabis.

	Obenägna (n = 44) %	Benägna (n = 57) %
Egen inställning till cannabisbruk Mycket tolerant	34	77 (d % = 43 ± 19,4)
Egen inställning till LSD-bruk Tolerant	34	54 (d % = 20 ± 19,6)
Egen inställning till Cs-bruk peroralt Tolerant	23	46 (d % = 23 ± 18,9)
Egen inställning till Cs-bruk i inj. Tolerant	20	33 (d % = 13; ej sign)
Uppfattad inställning till cannabisbruk Mycket tolerant	27	49 (d % = 22 ± 11,3)
Uppfattad inställning till LSD-bruk Tolerant	23	30 (d % = 7; ej sign)

motsvarande värden 29 % resp. 8 % (d % = 19 ± 7,9).

Uppfattningar hos studenter med egna erfarenheter av cannabis – en jämförelse mellan dem som är benägna resp. obenägna att fortsätta använda cannabis.

Även bland dem med erfarenhet av cannabis fanns det ett påtagligt samband mellan benägenheten att fortsätta använda cannabis och såväl den egna toleransen som uppfattningen om normerna beträffande användningen av cannabis och övriga medel.

Som väntat var den benägna gruppen den som uttryckte den största toleransen gentemot cannabisbruk (77 % resp. 34 %; d % = 43 ± 19,4). Klara skillnader framgick också i fråga om bruk av LSD och centralstimulantia peroralt.

Återigen framkommer parallellen mellan jämförelsen studenter med – resp. utan cannabiserfarenhet och jämförelsen benägna utan erfarenhet – obenägna utan erfarenhet.

4.4.2 Åsikter om narkotikapolicy och om cannabis som »inkörsport» till andra narkotika

För att konstruera skalor som mätte attityder till narkotika-policy, och narkotika-(cannabis-) brukets konsekvenser etc. användes vid undersökningen ca 15 items. En faktoranalys visade starka inbördes korrelationer i två grupper av items, och tydde på förekomsten av två av varandra oberoende bakomliggande komponenter som väl förklarade samvariationen inom dessa två klusters av items. De 4 resp. 5 items som hade de högsta laddningarna i dessa två faktorer redovisas i tabell 4.6. En analys av innehållet i dessa items motiverade vårt val av beteckningar för de två bakomliggande faktorerna. Den ena betecknar vi »grad av tilltro till straffens eller tvångsmetoders preventiva m. m. betydelse» och den andra »rädsla för cannabis».

Samtliga studenter

Vid tolkningen av resultatet i tab. 4.6 bör man observera att procenttalen ej genomgående avser andelen instämmanden i påståendet. Det rör sig i stället om andelen svar som uttrycker tilltro till straffens betydelse resp. »rädsla för cannabis».[1]

Vad beträffar uppfattningen om straffens betydelse kan nämnas att 50 % av männen resp. 43 % av kvinnorna ansåg att avgiftning och behandling av narkomaner borde ske tvångsmässigt. Något färre (46 resp. 41 %) trodde att hårda straff för innehav var effektiva för att avhålla människor från att börja använda narkotika. Mycket få (14 resp. 11 %) ansåg dock att innehavsstraff hade någon effekt på vanemässiga haschrökare. Praktiskt taget samtliga ansåg att samhället borde motarbeta narkotikabruket mer än vad som nu sker. Likaså är en klar majoritet (77 resp. 82 %) för kriminalisering av cannabisbruket. Uppfattningen att

[1] Vi vill dock markera en viss skepsis inför tolkningen av dessa resultat, då vissa påståenden i formuläret inte fått tillräckligt entydig utformning och svarens innebörd därför inte förefaller oss helt klar.

Tabell 4.6. Åsikter om straffens preventiva betydelse (1–4) och om cannabisbruk som »inköpsport» till bruk av andra narkotika (5–9). Andel svar som uttrycker tilltro till straff resp. »fruktan» för cannabis.

	Män (n=491) %	Kvinnor (n=247) %
1. Avgiftning och behandling av narkomaner bör ske tvångsmässigt (instämmer)	50	43
2. Hårda straff mot innehav av narkotika är ett effektivt medel att avhålla människor från att börja använda narkotika. (instämmer)	46	41
3. Den som vill pröva narkotika gör det vare sig innehav av narkotika är straffbelagt eller ej. (instämmer ej)	24	19
4. Den som röker hasch vanemässigt gör det vare sig innehavet är straffbelagt eller ej. (instämmer ej)	14	11
5. Jag tycker att samhället borde motarbeta narkotikabruket mer än som nu sker. (instämmer)	94	94
6. Haschischbruket borde inte vara kriminaliserat och haschisch borde vara legalt tillgängligt. (instämmer ej)	77	82
7. Den som röker hasch går förr eller senare över till andra narkotika. (instämmer)	62	67
8. Genom att uppleva haschischpåverkan blir man nyfiken på att pröva LSD (instämmer)	71	67
9. Genom att uppleva haschischpåverkan blir man nyfiken på att pröva centralstimulerande medel. (instämmer)	73	67

cannabisbruk skulle leda till bruk av andra narkotika var utbredd. 62 till 73 % ansåg att de som använder cannabis blir nyfikna på eller kommer att experimentera med andra narkotika.

I tabell 4.7 redovisas skalvärdena (genomsnittspoäng) för några studentgrupper på de två itemserierna. Observera att högre värden representerar en högre grad av misstro till att cannabis skulle leda till blandbruk (i tabellen = A) resp. att straffen skulle vara effektiva (i tabellen = B).

Det framgår tydligt både för män och för kvinnor att ju större erfarenhet av cannabis är och ju större benägenheten är att använda cannabis, desto högre är skalvärdena. Den grupp som uttryckte den största *tilltron* till straffens preventiva m. m. betydelse och den största rädslan för cannabis var den grupp som sade sig vara obenägna

Tabell 4.7. Attityder till straff och cannabisbruk i olika studentkategorier.

	Män		Kvinnor	
	A	B	A	B
1. Samtliga studenter	16.3	12.8	17.1	12.6
2. Har erfarenhet av cannabis				
Nej	15.9	11.7	16.7	11.7
Ja	17.8	17.0	19.0	17.2
5 ggr eller fler	19.2	19.8	21.1	17.7
3. Har ej erfarenhet av cannabis				
Obenägna att pröva cannabis	15.5	11.2	16.5	11.5
Benägna att pröva cannabis	17.2	13.4	18.0	13.1
4. Har erfarenhet av cannabis				
Obenägna att fortsätta	15.9	15.4	17.3	16.0
Benägna att fortsätta	19.2	18.3	21.2	18.8
5. Har ej erfarenhet av cannabis				
Är obenägna att pröva och är intoleranta mot bruk av cannabis	14.7	10.4	16.2	10.5

att pröva cannabis och uttryckte ogillande av andra studenters bruk av cannabis.

Attityder hos studenter med resp. utan egna erfarenheter av cannabis

Beträffande de här behandlade åsikterna fanns, som framgick tidigare, skillnader mellan studenter med resp. utan egna erfarenheter av cannabis. I detta avsnitt redovisas något mer detaljerat hur nej-grupp och ja-grupp, och hur ja-gruppen inbördes, besvarade de olika items som förekom i den ursprungliga itemserien. Procenttalen i tabellen representerar andelen instämmanden i de olika påståendena.

Det enda påstående som inte gav någon skillnad var påståendet om att innehavsstraff skulle avhålla från vanemässig hasch-rökning.

Även ja-gruppen ansåg i stor utsträckning att samhället borde mer motarbeta narkotikabruket.

Tabell 4.8. Åsikter om narkotika-policy och konsekvenser av haschrökning.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Jag tycker att samhället borde motarbeta narkotikabruket mer än som nu sker	97	83 (d% = 14 ± 5,2)	100	90	64	95	84 (d% = 11 ± 9,2
Haschischbruket borde inte vara kriminaliserat och haschisch borde vara legalt tillgängligt	16	53 (d% = 37 ± 9,4)	26	48	79	13	51 (d% = 38 ± 13,5)
Den som röker hasch går förr eller senare över till andra narkotika	67	37 (d% = 30 ± 10,7)	52	52	13	71	32 (d% = 39 ± 16,5)
Genom att uppleva haschpåverkan blir man nyfiken på att pröva LSD	71	60 (d% = 11 ± 9,7)	58	55	67	68	49 (d% = 19 ± 16,9)
Genom att uppleva haschpåverkan blir man nyfiken på att pröva centralstimulerande medel	75	52 (d% = 23 ± 10,0)	65	58	38	70	38 (d% = 32 ± 16,9)
Avgiftning och behandling av narkomaner bör ske tvångsmässigt	53	37 (d% = 16 ± 11,0)	45	58	13	46	22 (d% = 24 ± 17,4)
Hårda straff mot innehav av narkotika är ett effektivt medel att avhålla människor från att börja använda narkotika	49	36 (d% = 13 ± 10,9)	52	35	23	44	19 (d% = 25 ± 17,2)
Den som röker hasch vanemässigt gör det vare sig innehavet är straffbelagt eller ej	85	78 (d% = 3; ej sign)	77	94	92	87	95 (d% = 8 ej sign)
Den som vanemässigt röker haschisch löper obetydlig risk att bli upptäckt av polisen	58	78 (d% = 10 ± 10,6)	84	74	77	58	65 (d% = 7 ej sign)

Mindre än en femtedel av nej-gruppen och – något överraskande – endast ca hälften av ja-gruppen ansåg att cannabis borde vara legalt tillgängligt.

En dryg tredjedel av ja-gruppen instämde i påståendet att haschrökning leder över till andra narkotika, i gruppen med de flesta brukstillfällena instämde endast ca en tiondel.

Varannan student (bland männen) som prövat cannabis instämde i påståendet att man genom haschpåverkan skulle bli nyfiken på att pröva centralstimulerande medel. Bland kvinnorna var denna andel något lägre.

Hälften av nej-gruppen, och en tredjedel av den manliga ja-gruppen och en femtedel av den kvinnliga ja-gruppen, trodde att hårda straff är ett effektivt medel att avhålla människor från att börja använda narkotika.

En klar majoritet av ja-grupperna ansåg vidare att risken för en vanemässig haschrökare att bli upptäckt av polisen är obetydlig.

Attityder hos studenter med olika benägenhet att använda cannabis

Bland studenter utan egna erfarenheter av cannabis förelåg samma attitydmässiga skillnader mellan benägna och obenägna som vi tidigare påvisat mellan ja- och nej-gruppen.

Det ovannämnda gällde också vid jämförelsen mellan benägna och obenägna bland de studenter som någon gång prövat cannabis.

4.4.3 Sammanfattning och kommentarer

Resultatet av den analys som redovisats i detta kapitel bekräftade klart våra antaganden om starka samband mellan dels omfattningen av studenternas egna erfarenheter av cannabis eller deras benägenhet att pröva cannabis, och dels faktorer som deras egen tolerans gentemot användningen av olika medel (inte bara cannabis), deras uppfattning om andras tolerans och om hur pass vanligt det är att studenter använder dem. Vidare bekräftades våra antaganden att de egna erfarenheterna av cannabis eller den egna benägenheten att använda det färgar deras uppfattning om t. ex. huruvida cannabisbruk skulle kunna leda till blandbruk eller huruvida straff skulle kunna ha en avhållande effekt gentemot narkotikabruk.

Till att börja med överskattade samtliga studenter kraftigt det faktiska brukets (speciellt cannabis-brukets) omfattning. Denna tendens ökade med ökade erfarenheter av cannabis och med ökad benägenhet att använda det. Studenternas grova överskattning av narkotikabrukets utbredning i deras egen grupp ger anledning till att fråga om sådana överskattningar är vanliga också i andra grupper, och vad detta i så fall kan ha för konsekvenser för åsikter hos olika grupper i samhället om lämpliga motåtgärder.

Studenterna i gemen, men speciellt de »erfarna» och »benägna» överskattade också den allmänna toleransen gentemot medlens användning. Vidare framgick att ju mer toleranta studenterna själva var, desto mer överskattades den allmänna toleransen. Studenterna tenderade alltså generellt att överskatta den allmänna toleransen mot utbredningen av narkotikabruket, och vidare att göra detta i allt större utsträckning ju mer tolerans mot narkotikabruk överensstämde med de egna värderingarna och beteendena. Vi antog vidare att detta på ett betydelsefullt sätt (liksom den i nästa kapitel behandlade expositionsgraden) kan påverka eller förstärka studenternas eventuella tendenser att använda framför allt cannabis.

Ju större erfarenhet av och ju större benägenhet att använda cannabis, desto tydligare uttryckte studenterna tvivel på att cannabis skulle leda till blandbruk och att straff (eller hårdare straff) mot innehav skulle ha någon väsentligare effekt på dem som använder eller vill använda cannabis. I fråga om åsikter att innehavsstraff skulle avhålla från vanemässig haschrökning var dock även studenter utan erfa-

renhet av cannabis lika tveksamma som de med erfarenhet. Det kan i detta sammanhang också påpekas att förhållandevis få av dem som prövat cannabis ansåg att cannabis borde vara legalt tillgängligt, och vidare att ytterst få av dem ansåg att riskerna för att bli upptäckt av polisen skulle vara särskilt stora. En majoritet, en klar sådan även i ja-gruppen, ansåg att samhället borde motarbeta narkotikabruket mer än som nu sker.

4.5 *Exposition för narkotika*

4.5.1 Inledning

I de föregående kapitlen har vi beskrivit bl. a. *omfattningen* av det faktiska narkotikabruket, *benägenheten* överhuvud att pröva narkotika, studenternas värderingar av de olika medlen m. fl. aspekter av deras *attityder till narkotika*, och slutligen deras *uppfattning om brukets omfattning* och om *normbildningen* bland studenter beträffande användningen av narkotika. Vi har också påvisat det starka *sambandet mellan* dessa faktorer, t. ex. mellan benägenhet och värderingar; mellan benägenhet, värderingar och egen tolerans mot bruket; mellan egen tolerans och uppfattning av normbildningen beträffande användningen av medlen osv.

I detta kapitel behandlas frågan om hur vissa av dessa faktorer är relaterade till ytterligare en viktig variabel som vi kallat *exposition för narkotika.*

Uttrycket »exposition» för ett medel används i undersökningen i två bemärkelser. Dels avser det exposition för faktorer av möjlig *motivationell* betydelse för benägenheten att pröva narkotika, och dels exposition, för faktorer av *instrumentell* betydelse (för möjligheterna att göra det).

Att t. ex. ha kamrater som prövat narkotika kan ha stor betydelse för den egna motivationen att pröva narkotika, eller att fortsätta att göra det, och för uppfattningen om normbildningen beträffande användningen av narkotika. Kamraternas exempel, motiveringar för sitt beteende, utsagor om sina upplevelser etc. kan innebära en exposition för och inlärning av positiva värderingar av narkotika.

Dessutom kan sådana kamrater också innebära en »exposition» för narkotika i den andra bemärkelsen: genom att fungera som »leverantörer» eller förmedlare kan de påverka individens möjligheter att få tillgång till narkotika.

Självfallet antar vi inte att benägenheten att pröva t. ex. cannabis kan betraktas som en mer eller mindre direkt följd av ett visst slags exposition för cannabis. Umgänge med kamrater som prövat eller som använder cannabis kan tänkas påverka individens värderingar, eller förstärka redan existerande tendenser m. m. Men å andra sidan är det mycket möjligt att dessa existerande värderingar eller intressen att pröva olika medel varit en viktig faktor vid valet just av ett sådant umgänge. Vi föredrar därför att föreställa oss att det föreligger ett mer komplicerat ömsesidigt beroendeförhållande mellan graden av exposition för olika medel och dessa motivationella faktorer.

I detta kapitel ges först en allmän översikt över i vilken utsträckning studenterna är exponerade för olika medel (5.1, 5.2). Därefter följer avsnitt som behandlar sambandet mellan expositionsgrad och egen användning av cannabis, och mellan expositionsgrad och benägenhet att pröva respektive fortsätta att ta medlet (5.3, 5.4, 5.5).

Ett avslutande avsnitt (5.6) är ägnat åt en speciell aspekt av expositionen för narkotika – vilken är den relativa betydelsen av massmedia, facklitteratur, personliga kontakter etc. för studenternas föreställningar m. m. om narkotika?

Mätningen av expositionsgraden

För att mäta i vilken utsträckning studenterna i de båda ovannämnda avseendena exponerats för olika medel ställdes frågor främst beträffande förekomsten av bekanta som använt de olika medlen, men också om man någon gång blivit erbjuden att pröva dem och om man kände till någon person som skulle kunna förse en med medlen.

Omfattningen av studenternas exposition

för de olika medlen redovisas i tabellerna 5.1, 5.3 och 5.4. Det bör observeras att vi – liksom i fråga om andra uppgifter som rör tidigare erfarenheter – inte har någon exakt tidsangivelse för den rapporterade erfarenheten. Denna kan ha gjorts under skoltiden, under värnpliktstiden etc., och behöver inte ha skett under tiden på universitetet.

Detta innebär att t. ex. förekomsten av erbjudanden att pröva något medel riktade till inskrivna vid universitetet sannolikt är väsentligt mindre än vad som framgår av tabellernas värden.

4.5.2 Expositionen för olika medel – en översikt

Expositionen för cannabis

Manliga och kvinnliga studenter tycktes i ungefär samma utsträckning ha exponerats för cannabis. Möjligen hade männen oftare fått erbjudanden att pröva, och oftare och mer säkert känt till någon person som skulle kunna förse dem med medlet (tab. 5.1). Drygt hälften av studenterna hade eller hade haft vänner eller bekanta som prövat cannabis, och ca 20 % bekanta som »mer ofta» tog medlet. 15 % respektive 11 % uppgav också att de hade bekanta vid Stockholms universitet (SU) som mer ofta tog cannabis.

Exposition i form av erbjudanden att pröva cannabis hade förekommit i betydande utsträckning. 37 % av männen och 30 % av kvinnorna hade fått erbjudanden, en fjärdedel av männen hade fått ett flertal sådana. Studenterna tycktes vidare uppfatta tillgången på cannabis som god.

24 % respektive 20 % trodde sig veta någon person som skulle kunna förse dem

Tabell 5.1. Exposition för cannabis bland studenterna.

	Män (n=491) %	Kvinnor (n=247) %
Förekomst (f.n. eller tidigare) av bekanta eller vänner som *prövat* cannabis		
Ingen	46	48
1—2	29	23
3—4	10	16
5—	15	13
Totalt	100	100
Förekomst av personliga bekanta som *mer ofta* tar cannabis		
Ingen	79	83
1—2	15	11
3—	6	8
Totalt	100	100
Förekomst av bekanta vid Stockholms universitet som mer ofta tar cannabis		
Ingen	85	89
1—2	12	8
3—	3	3
Totalt	100	100
Har blivit erbjuden att pröva cannabis		
Aldrig	63	70
1 gång	13	13
Flera gånger	24	17
Totalt	100	100
Känner person som skulle kunna förse resp. med cannabis		
Nej	55	67
Tror sig veta	24	20
Vet säkert	21	13
Totalt	100	100

Tabell 5.2. Exposition för cannabis i olika åldersgrupper.

	Ålder							
	Män				Kvinnor			
	19—21 (n=73) %	22—23 (n=127) %	24—25 (n=133) %	26—35 (n=156) %	19—21 (n=48) %	22—23 (n=72) %	24—25 (n=54) %	26—35 (n=71) %
Har bekanta som prövat cannabis	67	62	51	43	61	61	51	36
Har bekanta som mer ofta tagit cannabis	30	28	13	16	21	20	21	11
Har bekanta vid SU som mer ofta tagit cannabis	16	20	11	13	15	14	9	8
Har blivit erbjuden att pröva cannabis	46	43	32	30	27	39	30	22

med cannabis, och ytterligare 21 % respektive 13 % visste säkert någon som skulle kunna göra det. Expositionen för cannabis hade varit väsentligt mer omfattande bland de yngre än bland äldre (tab. 5.2).

Yngre studenter hade oftare bekanta som prövat eller mer ofta tagit cannabis. Likaså hade de oftare blivit erbjudna att pröva cannabis.

I den yngsta åldersgruppen hade 67 % av männen haft bekanta som prövat cannabis, och 30 % hade bekanta som mer ofta tagit medlet. I den äldsta åldersgruppen var motsvarande värden 43 % respektive 16 %. Nästan hälften av männen i den yngsta åldersgruppen hade någon gång fått erbjudanden att pröva cannabis mot 30 % i den äldsta.

Samband mellan olika former av exposition för cannabis

Det föreligger som väntat synnerligen starka samband mellan våra mått på olika aspekter av exposition för cannabis. Erbjudanden att pröva cannabis, och tillgång till medlet, ökar tydligt med ökat antal bekanta som prövat eller oftare tagit medlet.

En analys av dessa samband bland de manliga studenterna visade att andelen studenter som blivit erbjudna att pröva cannabis ökade från 9 % bland dem som saknade bekanta som prövat, till 62 % bland dem som hade bekanta som prövat. Bland dem som hade bekanta som oftare använde cannabis hade 86 % blivit erbjudna mot 24 % av dem som saknade sådana bekanta.

Kamraternas betydelse vad beträffar möjligheterna att skaffa cannabis antyds av uppgifterna att 70 % av dem med bekanta som prövat trodde sig kunna skaffa cannabis mot 16 % av dem som saknade sådana kamrater. Av dem med bekanta som mer ofta använde cannabis uppgav 93 % att de trodde sig kunna skaffa cannabis mot 33 % av dem som saknade sådana bekanta. (Beräkningar av parvisa interkorrelationer mellan förekomst av bekanta som prövat, bekanta som oftare tagit, erbjudanden att pröva och kännedom om person som kunde skaffa medlet gav korrelationskoefficienter på mellan 0.40 och 0.78 (tetrakoriska koefficienter) eller mellan 0.85 och 1.00 (Yule's Q). Som vi senare skall se föreligger det också synnerligen starka samband mellan våra olika mått på exposition för cannabis och studenternas värderingar av medlet, deras uppfattning av normerna beträffande användningen av det och den egna benägenheten att pröva det.

Exposition för LSD

Även om exposition för LSD var betydligt ovanligare än för cannabis, är det uppenbart att det verkligen fanns eller har funnits

Tabell 5.3. Exposition för LSD bland studenterna.

	Män (n=491) %	Kvinnor (n=247) %
Förekomst (f.n. eller tidigare) av bekanta eller vänner som prövat LSD		
Ingen	84	84
1—2	11	12
3—	4	4
Totalt	100	100
Förekomst av bekanta som mer ofta prövat LSD		
Ingen	98	96
1 eller fler	2	4
Totalt	100	100
Förekomst av bekanta vid Stockholms universitet som mer ofta tar LSD		
Ingen	99	98
1 eller fler	1	2
Totalt	100	100
Har blivit erbjuden pröva LSD		
Aldrig	93	95
1 gång	4	3
2 eller fler	3	2
Totalt	100	100
Känner person som skulle kunna förse resp. med LSD		
Nej	81	89
Eventuellt	12	8
Säkert	7	3
Totalt	100	100

möjligheter att få tag på LSD (tabell 5.3), 16 % av studenterna uppgav att de hade bekanta som prövat LSD, och 2 % respektive 4 % att de hade bekanta som mer ofta tagit det, 7 % av männen hade någon gång blivit erbjudna att pröva medlet, och lika många sade sig säkert veta någon som kunde anskaffa medlet. Bland kvinnorna var motsvarande värden något lägre.

Exposition för centralstimulerande medel

Expositionen för peroralt bruk av centralstimulantia var (eller hade varit) hög, men var klart lägre än för cannabis (tabell 5.4). Nästan var tredje student hade eller hade haft någon eller några bekanta som prövat centralstimulerande medel (men endast 8 % respektive 6 % bekanta som mer ofta tagit det). 17 % respektive 13 % hade någon gång blivit erbjudna att pröva medlet och 29 % respektive 17 % uppgav att de eventuellt eller säkert kände någon som skulle kunna förse dem med det. Det är förvånande att medlets åtkomlighet, eller tillgången på det, betecknades som så pass god.

Expositionen för intravenöst bruk av centralstimulantia var av något lägre storleksordning än för LSD. Dock hade så mycket som 14 % av studenterna haft någon bekant som injicerat centralstimulantia, och 4 % av männen hade någon gång blivit erbjudna att göra det. Det bör noteras att 3 % respektive 2 % hade bekanta som mer ofta injicerat medlet. Det bör vidare observeras att endast 0,8 % av männen och ingen kvinna uppgav att de hade bekanta vid SU som injicerat.

Andelen studenter med bekanta som någon gång injicerat centralstimulantia var klart störst bland de yngre. Bland männen hade 21 % av de yngsta och 10 % av de äldsta bekanta som någon gång injicerat, och bland kvinnorna var motsvarande värden 17 % respektive 10 %.

Tabell 5.4. Exposition för centralstimulerande medel bland studenterna.

		Centralstimulerande peroralt		Centralstimulerande i injektion	
		Män (n=491) %	Kvinnor (n=247) %	Män (n=491) %	Kvinnor (n=247) %
Förekomst (f.n. eller tidigare) av bekanta eller vänner som prövat centralstimulerande medel					
	Ingen	68	70	86	86
	1—2	21	17	10	10
	3—	11	13	4	4
	Totalt	100	100	100	100
Förekomst av bekanta som mer ofta tar centralstimulerande medel	Ingen	92	94	97	98
	1 eller fler	8	6	3	2
	Totalt	100	100	100	100
Förekomst av bekanta vid Stockholms universitet som mer ofta tar centralstimulerande medel	Ingen	96	96	99	100
	1 eller fler	4	4	1	—
	Totalt	100	100	100	100
Har blivit erbjuden att pröva centralstimulerande medel	Aldrig	83	87	96	98
	1 eller fler	17	13	4	2
	Totalt	100	100	100	100
Känner person som skulle kunna förse resp. med centralstimulerande medel					
	Nej	71	83	80	89
	Eventuellt	19	11	14	6
	Säkert	6	6	6	5
	Totalt	100	100	100	100

4.5.3 Exposition för olika medel bland studenter med resp. utan egna erfarenheter

Tidigare har vi funnit att bruk eller benägenhet för bruk av ett visst medel ofta är förenat inte bara med en positiv värdering av det aktuella medlet utan också en relativt positiv värdering *också av andra medel* än det aktuella. Vidare har vi antagit att det skulle föreligga ett samband mellan värderingar av olika medel och expositionen för dem. (Om orsaksmekanismerna har vi inte velat göra några antaganden. Det är t. ex. möjligt att det hos individer finns en generell attityd mot de olika medlen, eller att det i varje fall finns starka samband mellan en individs attityder till olika medel, och vidare är det möjligt att exposition för ett medel automatiskt medför exposition för andra. De som tillhandahåller cannabis kan t. ex. vara desamma som tillhandahåller andra medel etc.)

I varje fall motiverar det som sagts ovan följande antagande: Ju större erfarenhet av cannabis, desto högre grad av exposition, inte bara för cannabis, utan också för andra medel.

I detta avsnitt redovisas resultat som belyser detta antagande, och i avsnitt 4.5.4 och 4.5.5 kommer vi att redovisa resultat som belyser ett besläktat antagande, nämligen att ju större benägenhet att pröva cannabis eller att fortsätta använda det, desto högre grad av exposition, inte bara för cannabis, utan också för andra medel.

Exposition för cannabis hos studenter med respektive utan egna erfarenheter

Samtliga de fem använda måtten på exposi-

Tabell 5.5. Exposition för olika medel bland studenter med och utan erfarenhet av cannabis.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
A. *Exposition för cannabis*							
Antal bekanta (f.n. eller tidigare) som prövat medlet							
1—2	32	18	42	13	3	25	14
3 eller fler	11	79	51	87	94	19	86
Har bekanta som mer ofta tar medlet	10	62	29	58	90	8	70
Har bekanta vid SU som mer ofta tar medlet	7	46	19	42	69	6	43
Har blivit erbjuden pröva medlet	21	—	—	—	—	18	—
Känner person som skulle kunna förse resp. med medlet							
Tror sig veta ngn	23	32	42	45	13	19	24
Vet säkert ngn	11	58	39	45	85	5	62
B. *Exposition för LSD*							
Har eller har haft bekanta som prövat medlet	8	44	12	42	69	9	48
Har blivit erbjuden pröva medlet	2	27	13	10	51	3	16
Känner person som skulle kunna förse resp. med medlet							
Tror sig veta ngn	9	24	13	32	26	5	24
Vet säkert ngn	4	19	13	10	31	2	8
C. *Exposition för Cs peroralt*							
Har eller har haft bekanta som prövat medlet	19	79	74	84	79	22	73
Har blivit erbjuden pröva medlet	9	46	42	45	49	7	49
Känner person som skulle kunna förse resp. med medlet							
Tror sig veta ngn	16	28	23	35	26	9	24
Vet säkert ngn	6	26	19	26	31	3	22
D. *Exposition för Cs injektion*							
Har eller har haft bekanta som prövat medlet	8	34	16	29	51	10	35
Har blivit erbjuden pröva medlet	3	9	3	—	21	1	11
Känner person som skulle kunna förse resp. med medlet							
Tror sig veta ngn	11	23	19	29	21	5	14
Vet säkert ngn	3	15	6	13	23	2	16

tion för cannabis gav som förväntat synnerligen stora skillnader mellan studenter med respektive utan egna erfarenheter av cannabis. Några exempel på skillnaderna i fråga om exposition förtjänar att nämnas (tabell 5.5 avdelning A).

Ja-gruppen hade i synnerligen hög grad en umgängeskrets som prövat eller t. o. m. mer ofta använt cannabis. I nej-gruppen var det 11 % som hade 3 eller fler bekanta som prövat cannabis mot 79 % i ja-gruppen (d % = 68 ± 9,5), och bland de kvinnliga

studenterna var motsvarande värden 19 % respektive 86 % (d % = 67 ± 16,1). Bekanta som mer ofta tar medlet hade 62 % av männen i ja-gruppen mot 11 % i nej-gruppen (d % 51 ± 8,9), och bland kvinnorna i ja-gruppen 70 % mot 8 % i nej-gruppen (d % = 62 ± 13,5). Bland de manliga studenter som prövat cannabis 5 eller fler gånger var det inte mindre än 90 % som hade bekanta som mer ofta tog medlet. Det framgick också att en stor del av dessa bekanta var studenter vid Stockholms universitet. I nej-gruppen hade 7 % sådana bekanta vid SU mot 46 % i ja-gruppen (d % = 39 ± 7,8). Bland de kvinnliga studenterna var motsvarande värden 6 % respektive 43 % (d % = 37 ± 11,6).

Tabellen ger också ett mått på i vilken utsträckning studenter som ej prövat cannabis blivit erbjudna att göra det. 21 % av männen i nej-gruppen och 18 % av kvinnorna i motsvarande grupp uppgav att de någon gång blivit erbjudna att pröva cannabis.

Att tillgången på cannabis – särskilt för ja-gruppens del – vid undersökningstillfället inte erbjöd problem antyds också av uppgifterna om hur många som kände någon person som skulle kunna förse dem med cannabis. I ja-gruppen angav 58 % att de *säkert* kände till någon sådan person mot 11 % i nej-gruppen (d % = 47 ± 8,9). Bland de kvinnliga studenterna var motsvarande värden 62 % respektive 5 % (d % = 57 ± 12,2). Bland de manliga studenterna som använt cannabis 5 eller fler gånger påstod sig 85 % med säkerhet ha sådan tillgång till medlet.

Exposition för LSD

Det framgick klart att erfarenheter av cannabis och en större exposition för cannabis sammanhängde med en högre grad av exposition också för LSD. (Tabell 5.5 avd. B.) Studenter med erfarenhet av cannabis hade i större utsträckning än andra bekanta som prövat LSD, oftare själva blivit erbjudna att pröva det och uppgav sig också i stor utsträckning känna till någon person som skulle kunna förse dem med medlet. Bland männen uppgav 8 % i nej-gruppen mot 44 % i ja-gruppen att de hade någon bekant som prövat LSD (d % = 36 ± 7,8), 2 % i nej-gruppen mot 27 % i ja-gruppen att de blivit erbjudna pröva medlet (d % = 25 ± 5,6) och 13 % i nej-gruppen mot 43 % i ja-gruppen att de kände till någon person som eventuellt eller säkert skulle kunna förse dem med medlet (d % = 30 ± 8,6).

Det är påtagligt att redan en enda gångs erfarenhet av cannabis starkt ökar studenternas möjligheter att komma i kontakt med LSD och att expositionsgraden sedan snabbt stiger med ökat antal brukstillfällen. Bland studenter med 5 eller flera gångers erfarenhet av cannabis uppgav inte mindre än 69 % sig ha bekanta som prövat medlet, 51 % att de fått erbjudande att pröva det och 31 % att de kände någon person som med säkerhet skulle kunna förse dem med medlet.

Bland de kvinnliga studenterna var expositionen ej fullt så hög. Visserligen uppgav sig 48 % i ja-gruppen ha bekanta som prövat medlet mot 9 % i nej-gruppen (d % = 39 ± 12,5), men färre än bland männen hade fått erbjudanden att pröva det. Sådana erbjudanden uppgavs av 16 % i ja-gruppen mot 3 % i nej-gruppen (d % = 13 ± 7,8). 32 % i ja-gruppen uppgav vidare att de eventuellt eller säkert kände någon person som skulle kunna förse dem med medlet. I nej-gruppen var motsvarande andel 7 % (d % = 25 % ± 11,6).

Exposition för centralstimulantia peroralt

När det gäller exposition för centralstimulantia peroralt förelåg en betydande skillnad mellan dem som ej prövat cannabis och dem som gjort det, men däremot ej mellan studenter som prövat cannabis en gång och sådana som prövat det fler gånger. (Tabell 5.5 avdeln. C). Detta kan betyda att kontakter som medförde möjligheter att pröva cannabis (tidpunkten för detta ligger för flertalet studenter åtskilliga år tillbaka),

också medförde möjligheter att pröva centralstimulantia peroralt. Dvs. att expositionen för cannabis i många fall innebar exposition för blandmissbruk.

Bland männen hade i nej-gruppen 19 % bekanta som prövat medlet och i ja-gruppen 79 % (d % = 60 ± 10,2). Beträffande erbjudanden att pröva medlet var motsvarande värden 9 % mot 46 % (d % = 37 ± 8,2) och beträffande kännedom om någon person som man trodde eller visste skulle kunna skaffa det 22 % respektive 54 % (d % = ± 9,8).

Även bland de kvinnliga studenterna förelåg skillnader av samma påfallande storleksordning mellan dem som någon gång prövat cannabis och dem som ej gjort det. Följande skillnader förelåg mellan nej- och ja-gruppen:

22 % respektive 73 % hade bekanta som hade prövat medlet (d % = 51 ± 16,1), 7 % respektive 49 % hade blivit erbjudna pröva det (d % = 42 ± 11,6), och 12 % respektive 46 % trodde sig veta eller visste säkert någon person som skulle kunna förse dem med medlet (d % = 34 ± 13,1).

Exposition för centralstimulantia i injektion

Som tidigare visats var expositionen för centralstimulantia i injektion betydligt mindre omfattande än expositionen för cannabis och för centralstimulantia peroralt, men också något mindre än för LSD (tabell 5.5 avdeln. D). Manliga studenter som prövat cannabis hade (eller hade haft) i 34 % bekanta som prövat Cs i injektion mot 8 % av de övriga (d % = 26 ± 9,7). Motsvarande värden i fråga om erbjudandena var däremot endast 9 % respektive 3 %, men beträffande kännedom om »leverantör» 38 % respektive 14 % dvs. de trodde sig veta eller visste säkert någon som skulle kunna förse dem med medlet (d % = 24 ± 8,8).

Bland de kvinnliga studenterna förelåg följande skillnader mellan nej- och ja-gruppen: 10 % respektive 35 % hade någon bekant som injicerat (d % = 25 ± 16,9). 1 % respektive 11 % hade blivit erbjudna att injicera, och 7 % respektive 30 % trodde sig veta eller visste säkert någon person som skulle kunna förse dem med medlet.

Bland de manliga studerande som hade prövat cannabis 5 eller fler gånger hade inte mindre än 51 % bekanta som injicerat, 21 % hade blivit erbjudna injektion och 44 % hade kunnat skaffa medlet.

De med cannabiserfarenhet, i synnerhet de med mera omfattande sådan, var (eller hade varit) sålunda förhållandevis starkt exponerade för denna form av missbruk. Dock finns här gentemot de andra medlen en skillnad i de inbördes relationerna mellan de tre variablerna för expositionen: »erbjuden pröva medlet» ger en lägre siffra. En möjlig tolkning är den att relationen till intravenösa brukare av centralstimulantia inte består i umgänge utan i mindre intensiva kontakter – t. ex. vid anskaffning av cannabis.

4.5.4 Benägenheten att börja ta cannabis och dess samband med expositionen för olika medel

Även *bland dem som ej prövat cannabis* finns det ett samband mellan utsträckningen i vilken studenterna på olika sätt exponerats för cannabis och deras värderingar av användningen. Tabell 5.6 sammanfattar skillnaderna mellan benägna och obenägna (bådadera utan erfarenhet av cannabis).

De benägna hade i betydligt större utsträckning än de obenägna bekanta som prövat cannabis, och ansåg sig också oftare veta var de skulle kunna få tag på det. Eventuellt hade de också oftare blivit erbjudna att pröva medlet. I fråga om bekanta som mer ofta använde cannabis förelåg emellertid ej några skillnader mellan benägna och obenägna.

Liksom i fråga om cannabis kännetecknades de benägna av en mer omfattande *exposition också för LSD*. De benägna hade till 16 % bekanta som prövat LSD mot 5 % bland de obenägna (d % = 11 ± 6,2). I fråga om erbjudanden att pröva LSD och uppfattningen om de egna möjligheterna att skaffa LSD förelåg dock inte några större

Tabell 5.6. Exposition för cannabis bland studenter som är obenägna resp. benägna att pröva cannabis.

	Obenägna (n=283) %	Benägna (n=101) %	d %
Har bekanta som prövat cannabis	36	63	27 ± 11,3
Tror sig kanske eller säkert kunna skaffa cannabis	28	49	21 ± 10,8
Har blivit erbjuden att pröva cannabis	19	28	9 ± 9,3 (ej sign)

skillnader.

I fråga om *exposition för centralstimulantia* peroralt eller i injektion kunde inte några signifikanta skillnader mellan benägna och obenägna konstateras.

4.5.5 Benägenheten att fortsätta ta cannabis och dess samband med expositionen för olika medel

Även bland de studenter som haft erfarenhet av cannabis märks tydligt att benägenheten att fortsätta att använda det är relaterad till i vilken utsträckning de är eller har varit exponerade för det. I nedanstående tabell visas en del markanta skillnader i fråga om *exposition för cannabis* mellan dem som är obenägna att fortsätta ta cannabis och dem som är benägna att göra det.

Både i fråga om bekanta (tidigare eller aktuella) som prövat, samt i fråga om bekanta som uppvisar ett aktuellt mer frekvent bruk, har de obenägna ett mindre antal än de benägna. De har vidare fått färre erbjudanden att pröva cannabis, och är ej så initierade i fråga om var cannabis kan erhållas. Att de obenägna har färre bekanta som mer ofta tar cannabis torde delvis sammanhänga med att deras erfarenheter till större del än de benägnas är av ett något äldre datum. Vidare har de, jämfört med de benägna, använt cannabis vid ett mindre antal tillfällen. Gruppen innehåller alltså till stor del de studenter som relativt tidigt (före 1966) gjort något enstaka experiment med cannabis, men senare förlorat intresset för det. Därigenom saknades ett viktigt motiv att umgås med cannabisintresserade, som eventuellt kunnat erbjuda dem cannabis eller ge dem uppgifter om var sådan funnits att erhålla. En sådan tolkning av skillnaderna ovan exemplifierar just det ömsesidiga beroendeförhållandet mellan expositionsgrad och motivationella faktorer.

Skillnaderna i fråga om exposition för cannabis överensstämmer med skillnaderna mellan grupperna i fråga om *exposition för LSD*. Bland de obenägna hade 29 % bekanta som någon gång prövat LSD mot 56 % av de benägna (d % = 27 ± 19,5). Med

Tabell 5.7. Exposition för cannabis bland cannabiserfarna studenter som är obenägna respektive benägna att fortsätta med cannabis.

	Obenägna (n=44) %	Benägna (n=57) %	d %
Har eller har haft 5 eller fler bekanta som prövat cannabis	50	70	20 ± 19,1
Har bekanta som mer ofta tar cannabis	43	75	32 ± 19,1
Har bekanta vid Stockholms universitet som mer ofta tar cannabis	30	58	28 ± 19,6
Har fått flera erbjudanden att ta cannabis	68	93	25 ± 14,8
Tror sig säkert kunna skaffa cannabis	41	72	31 ± 19,3

tanke på att LSD relativt nyligen börjat marknadsföras stöder detta teorin att de obenägna i betydligt mindre utsträckning än de benägna har aktuell kontakt med cannabisbrukande kretsar (med LSD-kontakter).

4.5.6 Massmedia, personliga kontakter m. m. och studenternas bedömningar av deras relativa betydelse

I det föregående har lämnats uppgifter om i vilken utsträckning studenterna exponerats för narkotika, bl. a. genom kontakter med bekanta som använt eller använder de olika medlen. En tanke som framfördes i detta sammanhang var att ju större kontaktfrekvensen var i förhållande till sådana vänner, desto större skulle sannolikheten vara för en inlärning av positiva värderingar av olika medel (främst cannabis). Detta sagt med den reservationen att hos individen tidigare existerande värderingar eller intresse att pröva olika medel självfallet kan tänkas ha varit den faktor som främst bestämt hans val av umgänge.

Det är alltså ganska klart att vi inte kan påstå något bestämt om vilken inverkan narkotikabrukande bekanta haft i sammanhanget, eller över huvud taget något om vilka påverkningskällor som resulterat i varierande grader av benägenhet att pröva olika medel.

För att i någon mån komplettera bilden av hur studenterna »exponeras» för narkotika gjordes vid undersökningen ett försök att mer direkt mäta vissa andra aspekter av denna exponering. För att lokalisera möjliga källor till attityder, värderingar och kunskaper beträffande narkotika och narkotikafrågor och deras relativa betydelse, ställdes om ett antal tänkbara påverkningskällor (massmedia, personliga kontakter av olika kategorier m. m.) följande fråga: »Vilken betydelse har olika »media» haft för Din kännedom och uppfattning om narkotika och narkotikafrågor?» Respondentens uppgift var att skatta vart och ett av de angivna »medias» betydelse efter en 4-gradig skala med värdena: Mycket stor betydelse, ganska stor betydelse, ingen större betydelse, ingen betydelse.

Olika »medias» betydelse för studenternas uppfattning om narkotika och narkotikafrågor

I nedanstående tabell redovisas andelen studenter som tillskrev de olika »media» en »ganska stor» eller »mycket stor» betydelse i sammanhanget.

Tabell 5.8. Olika »medias» betydelse för studenternas uppfattning om narkotika och narkotikafrågor.

	Män (n=491) %	Kvinnor (n=247) %
Dagspressen	84	85
TV	77	82
Radio	35	38
Tidskrifter	29	26
Facklitteratur	27	21
Upplysningsbroschyrer	21	32
Film	23	22
Veckopressen	9	14
Skönlitteratur	10	9
Bekanta med erfarenheter av narkotika	30	26
Bekanta utan erf. av narkotika	16	18
Föräldrar	6	6
Lärare	4	5
Egna erfarenheter	13	7

Manliga och kvinnliga studenter rangordnade »media» efter relativ betydelse på ungefär samma sätt. De massmedia som bedömdes ha haft den största betydelsen var som väntat dagspressen och TV. Långt mindre betydelsefulla bedömdes radio, tidskrifter etc. ha varit. Andelen studenter som hänvisade till upplysningsbroschyrer av olika slag var 21 % resp. 32 %.

Olika personliga kontakter tycktes ha haft en väsentligt mindre betydelse än massmedia. 30 % resp. 26 % nämnde emellertid bekanta med egna erfarenheter av narkotika som ganska eller mycket betydelsefulla. Föräldrars och lärares betydelse i sammanhanget bedömdes däremot, som förväntat, som mycket ringa.

Massmedias, personliga kontakters etc. relativa betydelse för studenter med respektive utan erfarenhet av cannabis

Av flera skäl kan man förvänta sig att massmedias narkotikainformation bedöms som mindre betydelsefull av studenter med erfarenhet av cannabis, medan de däremot bedömer t. ex. kamrater med erfarenhet av cannabis som mer betydelsefulla informationskällor. Massmedias presentation av narkotika ger som regel en negativ bild av narkotika och narkotikabruk, som är inkongruent med brukarnas värderingar och beteende. Brukarna kan vidare förväntas – på grund av sitt intresse för ämnet – att söka mer kvalificerad information, i facklitteraturen eller hos bekanta. Selektiv exponering och varseblivning/tolkning kommer sannolikt att resultera i att brukarna i viss mån uppsöker sådana fakta, och kommer att acceptera sådana värderingar som är i överensstämmelse med det egna beteendet. Massmedia erbjuder föga av detta och vidare ger de inte heller en så detaljerad information som vissa konkurrerande »media».

Klara skillnader framträdde i fråga om bedömningarna av den relativa betydelsen av olika »media» för studenternas uppfattning om narkotikafrågor. Studenter med erfarenhet av cannabis tillmäter dagspress och TV en mindre betydelse än andra studenter gör.

Det bör i detta sammanhang påpekas att dessa skillnader inte beror på att de med erfarenhet av cannabis i mindre utsträckning skulle ta del av massmedias narkotikainformation. Tvärtom, av svaren på en annan fråga om massmedia (som presenteras i nästa avsnitt) att döma, är de intresserade av och brukar ta del av massmedias narkotikainformation i något större utsträckning än de övriga.

Det som de med erfarenhet av cannabis uppgav vara den främsta källan till sina kunskaper och föreställningar om narkotika var i första hand bekanta som haft egna erfarenheter av narkotika. I manliga nejgruppen uppgav 18 % att sådana haft ganska stor eller mycket stor betydelse, i jagruppen 75 % (d % = 57 ± 10,0), och bland de kvinnliga studenterna var motsvarande värden 16 % respektive 78 % (d % = 62 ± 15,3). Förutom kamraternas erfarenheter spelade givetvis de egna en stor roll. Egna erfarenheter av »narkotika» över huvud taget uppgavs vara av betydelse för

Tabell 5.9. Massmedias, personliga kontakters m. m. relativa betydelse för studenter med resp. utan erfarenhet av narkotika.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Anser att *dagspressen* haft mycket stor betydelse	32	24	29	39	8	27	14
Anser att TV haft mycket stor betydelse	36	25	32	39	8	38	16
Anser att *facklitteratur* haft ganska eller mycket stor betydelse	23	40	29	35	51	19	30
Anser att *bekanta* med egna erfarenheter haft ganska eller mycket stor betydelse	18	75	58	68	95	16	78
Anser att *egna erfarenheter* av ngt medel haft ganska eller mycket stor betydelse	2	53	16	45	90	—	41

2 % (vilka torde ha prövat annat medel än cannabis) i nej-gruppen mot 53 % i ja-gruppen (d % = 51 ± 7,1), och bland de kvinnliga studenterna 0 % respektive 41 % (d % = 41 ± 9,2).

Även facklitteratur hade som väntat en relativt sett större betydelse för dem som haft egna erfarenheter av cannabis. Facklitteratur nämndes av 23 % i nej-gruppen mot 40 % i ja-gruppen (d % = 17 ± 9,7). Även bland kvinnliga studenter med erfarenhet av cannabis hade facklitteraturen en relativt sett större betydelse än bland de övriga.

Slutligen kan nämnas att även en jämförelse mellan mer eller mindre benägna bland dem som *ej prövat* cannabis gav samma resultat som jämförelsen ovan. Studenter som var benägna att pröva cannabis tillmätte jämfört med obenägna massmedia en mindre betydelse, och facklitteratur och kamrater med egna erfarenheter en större betydelse. (Skillnaderna dock ej signifikanta.)

Bland obenägna och benägna *med* erfarenheter av cannabis förelåg följande skillnader: De benägna tillmätte fackpress och bekanta en större betydelse än de obenägna gjorde (ej sign.) De benägna tillmätte också de egna erfarenheterna en betydligt större betydelse än de obenägna gjorde (68 % mot 34 %, d % = 34 ± 19,6).

4.5.7 Attityder till massmedias narkotikainformation

Inställningen till narkotikainformation via massmedia belystes från två olika synpunkter. Studenterna fick dels ta ställning till ett påstående rörande *möjligheten av negativa effekter* av massmedias narkotikainformation, och dels till två påståenden som rörde deras *intresse* för narkotikainformation via massmedia.

Samtliga studenter

Andelen studenter som instämde i de tre påståendena redovisas nedan (instämde = »instämmer i viss mån» + »instämmer i stort sett» + »instämmer helt»).

Ca två tredjedelar av både de manliga och de kvinnliga studenterna instämde i påståendet att massmedias narkotikainformation skulle kunna leda till ökad nyfikenhet och ökad tendens att pröva narkotika. Det är anmärkningsvärt att en så stor andel uppvisar denna reaktion inför, eller bedömning av, massmedia. Det förefaller viktigt att göra den till föremål för en närmare analys. Hur pass mycket avviker studenternas bedömning från andra mottagarkategorier, och hur pass riktig är denna bedömning?

Att studenterna själva är intresserade av massmedias information på området är uppenbart. Ca tre fjärdedelar uppgav att de »brukar vara intresserade etc.» och en ännu större andel uppgav att de skulle vilja få mera vetenskaplig information om narkotika.

Attityder till massmedias narkotikainformation bland studenter med respektive utan erfarenhet av cannabis, och bland mer eller mindre »cannabiserfarna»

Något överraskande var fyndet att både

Tabell 5.10. Studenternas synpunkter på massmedias narkotikainformation.

	Män (n=491) %	Kvinnor (n=247) %
Massmedias narkotikainformation leder till nyfikenhet och ökad tendens att pröva narkotika	67	63
Jag brukar vara intresserad av och försöka ta del av massmedias information om narkotika	73	76
Jag skulle vilja få mera vetenskaplig information om narkotika	82	84

bland män och kvinnor ökade andelen som ansåg att »medias narkotikainformation kunde leda till nyfikenhet och ökad tendens att pröva narkotika» med erfarenheterna av cannabis. Skillnaderna var ej signifikanta, men tendensen var fullt klar: de som ej prövat cannabis instämde i påståendet i mindre utsträckning, sedan ökade andelen instämmanden med ökat antal erfarenheter av cannabis. Samma tendens framträdde vid jämförelser mellan obenägna och benägna både i nej- och i ja-gruppen. De benägna ansåg i större utsträckning än de obenägna att medias narkotikainformation kunde ha dessa negativa konsekvenser. (Kanske rör det sig om en projektion av de egna reaktionerna inför de TV-program eller artiklar som berör frågan. Man vill gärna föreställa sig eller tro att andras reaktioner inför ett fenomen är samma som ens egna, eller att den egna reaktionens »riktighet» får en bekräftelse genom andras likartade reaktioner.)

Både de som prövat cannabis och de benägna både med och utan cannabiserfarenhet skilde sig något från de övriga beträffande svaren på de övriga frågorna. De ville i något (ej sign.) större utsträckning ha mer vetenskaplig information om narkotika och sade också oftare att de var intresserade av massmedias narkotikainformation.

4.5.8 Sammanfattning och kommentarer

Exposition för cannabis. Varannan man (och varannan kvinna), bland de yngre så många som två av tre, uppgav att de hade eller hade haft bekanta som prövat cannabis. 10–15 % uppgav sig ha bekanta *vid SU* som »mera ofta» tog medlet.

Expositionen för LSD var betydligt lägre, men ändå påtaglig: 16 % uppgav att de hade bekanta som prövat medlet, och drygt 5 % att de själva blivit erbjudna att göra det.

Expositionen för centralstimulantia peroralt var något högre än den för LSD.

Vad gäller *expositionen för centralstimulantia i injektion* uppgav så mycket som 14 % sig ha eller ha haft någon bekant som prövat medlet. Dock uppgav mindre än 1 % att de hade någon sådan bekant *vid SU.*

Således var bland studenterna expositionen för det generellt ovanliga LSD högre än för det vanliga intravenösa missbruket av centralstimulantia.

Att döma av uppgifterna om antalet bekanta vid SU som »mera ofta tar medlet» är cannabis det bland studenterna helt dominerande medlet, medan övriga medel är ovanliga.

Expositionen för cannabis – i viss mån även för LSD och centralstimulantia peroralt – var betydligt större bland dem som på olika sätt markerade en mindre avståndstagande (mera positiv) attityd till cannabis. Bakom detta samband ligger förmodligen flera omständigheter: dels attitydpåverkan från kamrater med erfarenhet av cannabis, dels uppsökande av kamrater med likartade attityder och intresse för medlet.

De med större cannabiserfarenhet var i förhållandevis stor utsträckning exponerade även för det grava, men i studentpopulationen tydligen sällsynta, intravenösa missbruket.

Olika källor till studenternas uppfattning om narkotikafrågor

Av hela studentgruppen gavs TV och dagspress den största betydelsen.

Det visar sig dock att de med egna erfarenheter av, eller oavsett detta benägenhet för cannabis tillmätte kamrater och egna erfarenheter långt större betydelse än massmedia.

Påfallande många ansåg att massmedias narkotikainformation kunde leda till ökad nyfikenhet och ökad tendens att pröva narkotika.

Anmärkningsvärt är att denna uppfattning var vanligare bland dem med egna erfarenheter av narkotika.

4.5.9 En översikt över sambanden mellan undersökningens viktigare »narkotika-variabler»

I avsnitt 4.3–4.5 behandlades bl. a. samban-

den mellan benägenheten att pröva (eller att fortsätta använda) cannabis och ett antal andra mått på studenternas orientering gentemot cannabis och andra medel. Innan vi övergår till nästa steg i analysen av faktorer relaterade till varierande benägenhet att pröva cannabis – dvs. till analysen av skillnader i fråga om sociala och psykologiska karakteristika – följer här en kompletterande översikt över de hittills konstaterade skillnaderna mellan studenter med och utan erfarenhet av cannabis, och mellan studenter som var mer eller mindre benägna att använda det.

Beträffande sambandet mellan de egna erfarenheterna av cannabis och benägenheten att pröva (eller att fortsätta använda) det, kan inledningsvis nämnas att – som väntat – ju fler gånger studenterna hade prövat cannabis, desto oftare var de också benägna att fortsätta använda det.

I övrigt gällde generellt att *ju fler erfarenheter studenterna haft av cannabis* och *ju mer benägna de var att använda det* (vare sig de gjort det tidigare eller ej):

1) desto mindre bestämt tog de avstånd från användning av andra medel (med undantag för intravenös användning av centralstimulantia).

2) desto oftare trodde de att cannabis (och i viss mån andra medel) eventuellt eller säkert skulle kunna ge värdefulla erfarenheter.

3) desto oftare betvivlade de att medlen skulle ha olika skadliga effekter.

4) desto tolerantare var de gentemot användningen av medlen – speciellt av cannabis – bland studenter.

5) desto mer överskattade de brukets utbredning bland studenterna.

6) desto mer överskattade de övriga studenters tolerans gentemot användningen av medlen bland studenter.

7) desto mer betvivlade de straffets preventiva effekt i fråga om bruk av eller intresse att pröva cannabis.

8) desto mer bestämt tog de avstånd från tanken att cannabisbruk skulle kunna leda till blandbruk.

9) desto mer hade de exponerats för medlen, i den bemärkelsen att de oftare hade, eller hade haft, bekanta som prövat dem, och att de oftare blivit erbjudna att pröva dem.

10) desto säkrare var de beträffande hur eller var de skulle kunna få tag på medlen.

11) desto mindre betydelse tillmätte de massmedia, och desto större olika personliga kontakter, för de kunskaper och föreställningar de hade om medlen.

Ovannämnda resultat gäller i första hand de manliga studenterna, men i de fall uppgifter förelegat för de kvinnliga, gäller resultaten också för dem. Det bör också påpekas att sambandens styrka varierar med medel. De starkaste sambanden framträder i fråga om cannabis, medan de för intravenös användning av centralstimulantia är betydligt mindre uttalade.

Även mellan de variabler som beskrivs i punkterna 2–11 ovan förelåg – som väntat – genomgående positiva samband. Då endast en del av dessa redovisats i den föregående framställningen, följer här en fullständigare och mer systematisk översikt över de parvisa korrelationerna mellan de mer »centrala» av dessa variabler.

I tabell 5.11 redovisas dessa samband för hela den manliga studentgruppen, och därefter redovisas de separat för studerande utan erfarenhet av cannabis (tabell 5.12) och för studerande med erfarenhet av cannabis (tabell 5.13).

Det bör observeras att de sambandsmått som redovisas i de tre matriserna är tetrakoriska koefficienter, vars lämplighet för en sambandsanalys av den typ av variabler det rör sig om här kan diskuteras. Speciellt bör detta observeras vid granskningen av den matris som gäller studerande med erfarenhet av cannabis. Samtliga variabler uppvisar i denna grupp synnerligen sneda fördelningar, med en stark koncentration till variablernas »positiva» värde, (dvs. i detta sammanhang kategorier som: »Har bekanta etc.», »Är tolerant», »Kan skaffa cannabis» osv.)

Mer adekvata uttryck för sambandets styrka har i vissa fall redan redovisats genom de uppgifter om procentuella skillnader

Tabell 5.11. Sambanden (tetrakoriska koefficienter) mellan några av undersökningens variabler rörande cannabis bland samtliga manliga studenter (n=491)

	Har bek. som prövat cann.	Har bek. som ofta tag. cann.	Har bek. vid SU som ofta tag. cannab.	Har bliv. erbjuden cannabis	Kan sk. cannabis	Tror stud. tol. cannbruk	Tror cann. vanl.	Är tol. mot cann.-bruk	Tror c. kan ge värdef. erf.	Haft lust pröva cannab.	Benäg. pröva cannab.
Har själv prövat cannabis	.44	.51	.44	.64	.46	.25	.32	.39	.29	.65	.49
Har bekanta som prövat cannabis		.44	.38	.56	.55	.29	.27	.36	.28	.48	.32
Har bekanta som mer ofta tagit cannabis			.78	.52	.49	.21	.26	.28	.22	.43	.38
Har bek. vid SU som mer ofta tagit cannabis				.42	.40	.19	.18	.28	.21	.39	.33
Har blivit erbjud. pröva cannabis					.55	.29	.31	.32	.27	.50	.36
Kan skaffa cannabis						.24	.25	.32	.28	.44	.37
Tror studenter är toleranta mot cannabisbruk							.23	.43	.33	.34	.30
Tror bruket av cannabis är omfattande								.15	.08	.28	.14
Är tolerant mot studenters cannabisbruk									.40	.52	.43
Tror cannabis kan ge värdefulla erfarenheter										.44	.37
Haft lust pröva cannabis											.57
Benägen att pröva cannabis											—

Tabell 5.12. Sambanden (tetrakoriska koefficienter) mellan några av undersökningens variabler rörande cannabis bland manliga studenter som ej prövat cannabis (n = 380).

	Har bek. som prövat cann.	Har bek. som ofta tag. cann.	Har bek. vid SU som ofta tag cannab.	Har bliv. erbjuden cannabis	Kan sk. cannabis	Tror stud. tol. cann.-bruk	Tror cann. vanl.	Är tol. mot cann.-bruk	Tror c. kan ge värdef. erf.	Haft lust pröva cannab.	Benäg. pröva cannab.
Har bekanta som prövat cannabis		.35	.30	.40	.45	.22	.17	.24	.20	.27	.17
Har bekanta som mer ofta tagit cannabis			.72	.35	.38	.10	.14	.06	.05	.13	.04
Har bek. vid SU som mer ofta tagit cannabis				.26	.30	.14	.10	.13	.09	.16	.02
Har blivit erbjud. pröva cannabis					.40	.14	.18	.10	.12	.14	.06
Kan skaffa cannabis						.14	.13	.17	.17	.22	.18
Tror studenter är toleranta mot cannabisbruk							.17	.38	.26	.23	.17
Tror bruket av cannabis är omfattande								.04	.02	.10	.02
Är tolerant mot studenters cannabisbruk									.32	.40	.32
Tror cannabis kan ge värdefulla erfarenheter										.39	.26
Haft lust pröva cannabis											.45
Benägen att pröva cannabis											—

Tabell 5.13. Sambanden (tetrakoriska koefficienter) mellan några av undersökningens variabler rörande cannabis bland studenter som prövat cannabis (n = 101).

	Har bek. som prövat cann.	Har bek. som ofta tag. cann.	Har bek. vid SU som ofta tag. cannab.	Har bliv. erbjuden cannabis	Kan sk. cannabis	Tror stud. tol. cann.-bruk	Tror cannn. van.	Är tol. mot cann. bruk	Tror c. kan ge värdef. erf.	Haft lust pröva cannab.	Benäg. pröva cannab.
Har bekanta som prövat cannabis		.10	.16	.31	.14	.08	.07	.04	.09	.45	.08
Har bekanta som mer ofta tagit cannabis			.73	.22	.28	.13	.09	.20	.17	.32	.33
Har bek. vid SU som mer ofta tagit cannabis				.16	.24	.01	.04	.16	.11	.23	.28
Har blivit erbjud. pröva cannabis					.14	.23	.04	.23	.09	.20	.20
Kan skaffa cannabis						.12	.10	.12	.20	.06	.31
Tror studenter är toleranta mot cannabisbruk							.12	.32	.33	.33	.35
Tror bruket av cannabis är omfattande								.02	.11	.10	.04
Är tolerant mot studenters cannabisbruk									.32	.26	.28
Tror cannabis kan ge värdefulla erfarenheter										.13	.33
Haft luft pröva cannabis											.29
Benägen att pröva cannabis											—

mellan grupperna (och de bifogade konfidensintervallen för skillnaderna i fråga), samt genom sambandsberäkningar enligt Yule's Q som redovisats i avsnitt 4.4.1. (Av ekonomiska m. fl. skäl var vi vid denna översikt över sambanden hänvisade till att utnyttja tillgängliga bearbetningsprogram, varför valet föll på tetrakoriska koefficienter. Avsikten här är emellertid främst att illustrera storleksordningen mellan koefficienterna, inte att ge det »bästa» måttet på sambandens styrka).

4.6 *Några skillnader i fråga om sociala och psykologiska karakteristika mellan studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis*

I detta avslutande kapitel redovisas ett antal jämförelser som gjorts mellan studerande med resp. utan egna erfarenheter av cannabis, främst med avseende på olika psykologiska och sociala karakteristika. De skillnader som uppkommit i jämförelser mellan benägna och obenägna inom ja- resp. nej-grupper redovisas också.

I avsnitt 4.6.1 redovisas några aspekter av de olika jämförelsegruppernas uppväxt- och familjeförhållanden. Här belyses bl. a. skillnader i fråga om fostrarförhållanden, förhållandet till föräldrarna, uppfostran och skolanpassning. Avsnitt 4.6.2 jämför grupperna med avseende på vissa psykologiska karakteristika som förekomsten av nervösa symtom, reaktioner inför auktoriteter och målinriktning. Avsnitt 4.6.3 ägnas åt alkohol-, tobaks- och läkemedelsvanor, och avsnitt 4.6.4 belyser kortfattat förekomsten av normavvikelser eller »ogillade beteenden» under uppväxten.

Kamratkontakter och studieinriktning tas upp i avsnitt, 4.6.5, och avsnitt 4.6.6, slutligen, redovisar gruppernas politiska attityder och intresse.

4.6.1 Uppväxt- och familjeförhållanden

Uppväxtort

Män i ja-gruppen har i större utsträckning vuxit upp i större samhällen. De kommer till 87 % från stad med minst 50 000 inv. Motsvarande siffra för nej-gruppen är 76 % (d % = 11,3 ± 9,0). Kvinnorna i båda grupperna har till ca 70 % vuxit upp i större städer.

Fostrarförhållanden

På en fråga om vem respondenten vuxit upp hos framkom följande:

En stor andel av de studerande, både i nej- och ja-grupperna, har vuxit upp hos och fostrats av båda föräldrarna, framförallt under de sex första levnadsåren.

Större skillnader i fostrarförhållanden kommer fram först i åldern 7 till 18 år. 87 % av nej-gruppens män har fram till 18 års ålder vuxit upp hos båda föräldrarna men bara 76 % i ja-gruppen (d % = 10,8 ± 7,8). Här sjunker också andelen med ökat bruk; män med minst fem bruksstillfällen har bara till 69 % vuxit upp hos båda föräldrarna och skiljer sig markant från nej-gruppen (d % = 22,9 ± 12,5).

Tabell 6.1. Fostrarförhållanden.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Uppfostrad av båda föräldrarna							
a) mellan 0–6 år	94	90	90	90	90	94	86
b) mellan 7–18 år	87	76	77	90	64	90	73

[1] För definition av benägenhet se kap. 4.

Hos en något större andel i ja-grupperna hade hemmen upplösts genom skilsmässa (ej sign.). Skillnaden var tydligare bland män med minst 5 brukstillfällen där 26 % uppgivit att föräldrarna skilt sig eller flyttat isär, jämfört med endast 11 % av nej-gruppen (d % = 15,0 ± 10,0).

Också när det gäller förlusten av en eller båda föräldrarna genom dödsfall finns skillnader endast mellan män med 5 brukstillfällen eller fler och nej-gruppen. 15 resp. 5 % i de två jämförelsegrupperna har förlorat en eller båda föräldrarna genom dödsfall innan respondenterna fyllt 15 år (d % = 10,7 ± 7,0).

Föräldrarnas socialgrupp och ekonomiska ställning

I enlighet med konventionella metoder har vi vid bedömningen av föräldrarnas socialgrupp gått efter faderns yrke och därvid använt oss av statistiska centralbyråns yrkesförteckning och dess gruppering av yrkena i tre kategorier. I hela materialet skiljer sig män och kvinnor genom att männen i mindre utsträckning (38 %) än kvinnorna (44 %) kommer från socialgrupp 1 och i någon mån mer från socialgrupp 3 (männen 14 %, kvinnorna 9 %).

Vad gäller de olika jämförelsegrupperna finns skillnader endast mellan män med minst 5 brukstillfällen och nej-gruppen, där de förstnämnda kommer mer från socialgrupp 1 (d % = 24,2 ± 14,7) och mindre från socialgrupp 2 (d % = 19,9 ± 15,3) än männen i nej-gruppen.

Beträffande modern ställdes följande fråga:

»Vilken var Din mors huvudsakliga sysselsättning/yrke under Din uppväxttid?»

Såväl kvinnor som män i nej-gruppen har i större utsträckning angivit att deras mödrar varit hemmafruar under respondenternas uppväxttid, för männens del i allt mindre utsträckning ju frekventare brukstillfällena varit (d % för skillnad mellan nej- och ja-grupp för kvinnorna = 71,2 ± 16,5, för männen d % = 12,4 ± 10,8).

En möjlig förklaring kan vara att respondenterna i ja-gruppen, som ju i större utsträckning kommer från högre socialgrupp, har angivit moderns yrke/utbildning även i de fall hon ej utövat det, och att nej-gruppen på motsvarande sätt underlåtit att rapportera lågstatus-yrken, eller att modern på deltid eller tidvis arbetat för att hjälpa till med familjens försörjning. Det bör också noteras (avsnitt 4.6.1), att män med många brukstillfällen oftare vuxit upp hos ensamstående mödrar.

För uppgifter om studenternas uppfattning om hemmets ekonomi ställdes frågan: »Hur hade Ni det ekonomiskt ställt hemma?» Endast hos kvinnorna framkom en skillnad på så sätt att ja-gruppen till 16 % uppgav att man hade det ganska eller mycket dåligt ekonomiskt ställt i hemmet mot 5 % i nej-gruppen (d % = 11,3 ± 9,2).

Tabell 6.2. Relationer mellan föräldrarna.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Mycket bra	51	33	45	35	21	54	46
Ganska bra	35	39	29	48	38	29	24
Inte så bra Ganska dåligt	11	24	19	13	36	14	24
Inte tillämpligt eller uppgift saknas	3	4	7	4	5	3	6
Totalt	100	100	100	100	100	100	100

Förhållandet mellan föräldrarna

Följande fråga ställdes: »Hur kom Dina föräldrar överens sinsemellan?»

Män med många brukstillfällen skiljer sig klart från nej-gruppen vad gäller relationerna mellan föräldrarna, dels så att de mer sällan uppgav att föräldrarna kom mycket bra överens (d % = 30,9 ± 15,3) dels så att de oftare uppgav att föräldrarna inte kom så bra eller ganska dåligt överens (d % = 25,3 ± 10,2). I ja- och nej-gruppen som helhet finns skillnader i samma riktning (d % = resp. 18,7 ± 11,0 och 13,2 ± 7,4). Kvinnorna visar en liknande tendens.

Samma tendens uppkom i jämförelsen inom nej-gruppen mellan benägna och icke benägna.

Problem inom familjen

På en fråga om någon av syskonen, föräldrarna eller andra fostrare vårdats för nervösa besvär eller varit alkoholmissbrukare fanns inga skillnader mellan grupperna betr. alkoholmissbruk. För männens del fanns däremot skillnader vad gäller familjemedlemmar som vårdats för nervösa besvär. 8 % i nej-gruppen och 19 i ja-gruppen svarar ja på denna fråga (d % = 10,5 ± 6,8).

Skolanpassning

För att belysa skolanpassningen ställdes fyra frågor.

a) »Hur trivdes Du på det hela taget i skolan under de senare skolåren?»

b) »Var Du skolsjuk eller skolkade Du under skoltiden?»

c) »Upplevde Du under skolåren att Du var avvikande från kamraterna?»

d) »Vilket medelbetyg fick Du i Ditt studentbetyg eller motsvarande betyg som gav Dig tillträde till universitet?»

a) Ja-gruppens män har dels i mindre omfattning än nej-gruppens trivts övervägande bra, dels i större omfattning trivts övervägande dåligt i skolan (d % = 14,6 ± 10,8 resp. 12,9 ± 7,5). Män med minst 5 brukstillfällen har trivts sämst i skolan och skiljer sig mycket klart från nej-gruppen (d % = 30,1 ± 10,6), medan få uppger sig ha trivts mycket bra (d % = 42,6 ± 15,1). Män som prövat cannabis bara en gång uppger den bästa skoltrivseln vid jämförelse med alla övriga grupper.

Tabell 6.3. Skolanpassning.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
a) Skoltrivsel							
Övervägande bra	63	49	74	58	21	59	49
Varken bra eller dåligt	26	27	20	23	38	27	37
Övervägande dåligt	11	24	6	19	41	14	14
	100	100	100	100	100	100	100
b) Skolkat							
Ja, många gånger per termin	9	30	13	35	38	8	32
c) Upplevt sig avvikande							
Ja	20	38	19	29	59	22	35
d) Medelstudentbetyg							
A–AB	48	53	52	48	59	57	65
BA–B	50	45	45	52	38	41	35

b) Ja-gruppens män uppger sig också ha skolkat mer, och i allt större utsträckning ju frekventare cannabisbruket varit. Vid jämförelse mellan ja- och nej-grupp är d % = 21,1 ± 7,3, och mellan män med minst 5 brukstillfällen och nej-gruppen 29,9 ± 11,1 %. Här skiljer sig också på samma sätt de kvinnliga jämförelsegrupperna (d % = 24,2 ± 11,6).

c) Män med 5 brukstillfällen eller fler har i stor utsträckning upplevt sig avvikande från sina skolkamrater, och skiljer sig härvidlag kraftigt från nej-gruppen (d % = 38,7 ± 12,9). Andelen som upplevt sig avvikande är större ju frekventare cannabisbruket varit. Skillnad visar sig också mellan nej- och ja-gruppen som helhet (d % = 18 ± 9,2). Kvinnorna visar en tendens i samma riktning.

d) I hela materialet har kvinnorna i genomsnitt något högre medelstudentbetyg än männen: 60 % av kvinnorna och 50 % av männen har lägst AB i medelbetyg.

Några säkra skillnader finns inte mellan jämförelsegrupperna vare sig för män eller kvinnor, men en tendens finns hos båda könen att ja-gruppen har väl så stor andel med höga medelstudentbetyg som nej-gruppen, speciellt män med många brukstillfällen.

Med säkerhet kan man i varje fall fastställa att ja-grupperna inte har sämre studentbetyg än nej-grupperna.

Även mellan benägna och obenägna i nej-gruppen förelåg skillnader i fråga om skolanpassning. Fler benägna uppgav att de hade trivts dåligt i skolan (16 % resp. 9 %, ej sign.), och uppgav att de hade uppfattat sig som avvikande från kamraterna (17 % resp. 9 % d % = 8 ± 7,1). Inte heller här uppkom skillnader i fråga om studentbetyg.

Relationer till föräldrarna och karakteristik av uppfostran

Ett antal frågor ställdes beträffande tidigare och aktuella relationer till föräldrarna.

Tabell 6.4. Relationer till föräldrarna.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Under uppväxten haft konfliktfyllt förhållande' till endera eller båda föräldrar	16	36 (d% = 20± 8,8)	19	28	56	27	46 (d% = 19± 16,1
'Trivts mycket bra i föräldrahemmet'	62	27 (d% = 35± 10,9)	42	35	8	60	49 (d% = 11± ej S)
Tycker att föräldrarna 'brukade lägga alltför stor vikt vid konventionella värderingar t. ex. i fråga om uppförande, anpassning och materiell standard'	44	70 (d% = 26± 11,0)	58	68	79	43	59 (d% = 16± 13,5)
Känner sig 'nu kritisk mot föräldrarnas normer och värderingar'	29	56 (d% = 27± 10,3)	48	48	69	30	51 (d% = 21± 16,5)
Upplever sig som 'i hög grad självständig i förhållandet till föräldrarna'	60	73 (d% = 13± 10,6)	74	65	79	54	65 (d% = 11; ej sign)
Kan inte diskutera personliga problem med någon av föräldrarna	25	36 (d% = 11± 9,8)	26	32	46	27	35 (d% = 8; ej sign)

Både männen och kvinnorna i ja-grupperna uppger i större utsträckning än nej-grupperna.

att de såväl under uppväxten som i nuvarande ålder haft dåligt förhållande till föräldrarna;

att de känner sig självständiga gentemot föräldrarna;

att de är kritiska mot föräldrarnas värderingar.

Generellt ökar dessa skillnader hos männen med antalet brukstillfällen.

De kanske mest markanta skillnaderna som framträdde i fråga om jämförelsegruppernas uppväxtförhållanden var skillnaderna i deras bedömningar av a) i vilken utsträckning deras förhållande till föräldrarna varit konfliktfyllt och b) hur de trivts i föräldrahemmet.

I båda dessa avseenden uttryckte studenterna som prövat cannabis – speciellt de med de flesta brukstillfällena – en synnerligen negativ reaktion. Bland männen ansåg 16 % i nej-gruppen att förhållandet till föräldrarna varit konfliktfyllt mot 36 % i ja-gruppen. Inte mindre än 56 % i gruppen med 5 eller fler brukstillfällen av cannabis uppgav detta. Bland kvinnorna var motsvarande värden 27 % resp. 46 %.

Ännu större skillnader framträdde i svaren på frågan om hur man på det hela taget trivts i föräldrahemmet. Andelarna som uppgav att de trivts bra var bland männen 62 % i nej-gruppen mot 27 % i ja-gruppen (d % = 35 ± 10,9), och bland kvinnorna 60 % resp. 49 % (ej sign.). Även här avvek bland männen de med 5 eller fler brukstillfällen kraftigt. Endast 8 % uppgav att de hade trivts mycket bra i föräldrahemmet.

Det är uppenbart att studenter med erfarenheter av cannabis upplever också sina aktuella relationer till föräldrarna på ett sätt som väsentligt avviker från andra studenters. För både manliga och kvinnliga studenter gällde att med ja-gruppens kritiska inställning sammanhängde en starkare känsla av självständighet i förhållandet till föräldrarna. Ett ytterligare tecken på detta relativa avståndstagande från föräldrarna framträder i den större andelen i ja-grupperna som ansåg sig ej kunna diskutera personliga problem med någon av (eller båda) föräldrarna.

Det kan i detta sammanhang nämnas att förhållandet var det omvända i svaren på en fråga om man hade någon annan (än förälder) att diskutera personliga problem med. Bland manliga studenter med erfarenhet av cannabis svarade 70 %, mot 47 % av de övriga, att de hade 2 eller fler bekanta av detta slag (d % = 23 ± 11,0). Även bland kvinnliga studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis framträdde denna skillnad (65 % resp. 56 %; ej sign.).

Jämförelser mellan studenter som var mer eller mindre intresserade av att pröva, eller fortsätta använda cannabis, gav skillnader mellan benägna och obenägna som motsvarade dem mellan ja- och nej-gruppen.

Vad beträffar *studenter utan erfarenhet av cannabis* förelåg följande skillnader mellan benägna och obenägna. De benägna var jämfört med de obenägna mer kritiska mot föräldrarnas normer och värderingar (40 % resp. 26 %; d % = 14 ± 10,5), tyckte i större utsträckning de lade för stor vikt vid konventionella värderingar (58 % resp. 40 %; d % = 18 ± 11,3), och ansåg oftare att de inte kunde diskutera personliga problem med någon förälder (43 % resp. 32 %; d % = 11 ± 10,8).

Motsvarande skillnader fanns mellan benägna och obenägna bland *studenter med erfarenhet av cannabis*. De benägna var också här jämfört med de obenägna: mer kritiska mot föräldrars normer etc. (72 % mot 36 %; d % = 36 ± 19,5); tyckte i större utsträckning föräldrarna var mycket konventionella (35 % mot 11 %; d % = 24 ± 17,0) och ansåg oftare att de inte kunde diskutera personliga problem med föräldrarna (47 % mot 20 %; d % = 27 ± 18,9).

Både männen och kvinnorna i ja-gruppen anser att deras mått av frihet under tonåren skilde sig från de jämnårigas. Hos männen finns två svarstendenser: dels mindre frihet än jämnåriga, dels större. Kvinnor-

Tabell 6.5. Karakteristik av uppfostran.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
»Hur stor frihet anser Du att Du fick i tonåren då det gällde val av kamrater, fritidssysselsättningar, att bestämma tider m. m.?»							
Större än de flesta jämnåriga	25	29	26	19	38	17	41
						(d% = 24± 14,5)	
Ungefär som de	68	58	65	68	46	72	49
						(d% = 23± 16,5)	
Mindre än de	6	13	10	13	15	11	11
	99	100	101	100	99	100	101
»Fick Du en mer demokratisk eller mer auktoritär uppfostran?»							
Utpräglad demokratisk	56	52	68	48	44	56	57
Utpräglat auktoritär	21	30	23	35	31	24	19

na uppger enbart större frihet.

I jämförelsen av uppfostran i termerna demokratisk resp. auktoritär uppstår inga säkerställda skillnader. Männen med 5 eller fler brukstillfällen tenderar att i mindre utsträckning karakterisera sin uppfostran som demokratisk, och i större utsträckning som auktoritär.

När det gäller auktoritär resp. demokratisk uppfostran visar uppgifter från de obenägna och de benägna större skillnader. Andelarna som uppfattade uppfostran som auktoritär var bland de benägna resp. obenägna:

a) Bland studenter *utan* erfarenhet av cannabis 29 % resp. 18 % (d % = 11 ± 9,3)

b) Bland studenter *med* erfarenhet av cannabis 39 % resp. 18 % (d % = 21 ± 18,0).

4.6.2 Några psykologiska karakteristika

Neuroticism

På grundval av antagandet att cannabisbrukare rekryteras ur en population med hög grad av neuroticism ställdes följande frågor. (Tabell 6.6.)

Ja-gruppen uppger sig i större utsträckning ha haft *nervösa besvär* (män d % 30,6 ± 10,9, för kvinnor ej säkerställd skillnad), ha varit *djupt deprimerade* (män d % 25,7 ± 11,0, för kvinnor ej säkerställd skillnad), ha haft *självmordsönskningar* (d % = 17,9 ± 6,9, för kvinnor ej säkerställd skillnad), ha gjort *självmordsförsök* (kvinnor d % 7,4 ±7,4), ha haft *sexuella problem* (män d % 12,6 ± 8,4, kvinnor d % 17,2 ± 14,2).

Generellt ökar frekvensen av ja-svar med antalet brukstillfällen till högsta värden i gruppen med 5 eller flera brukstillfällen.

Dessa frågor kompletterades med följande i tabell 6.7.

I denna tabell har redovisats de hopslagna svaren »ja, mycket ofta», »ja, ofta», »ja, ibland» (övriga alternativ »ja, sällan», »nej, aldrig»).

Signifikanta skillnader ($P \leq 0{,}05$) anges med fetstilta siffror. Sådana i kolumn 5 (motsv. gruppen män med 5 eller flera brukstillfällen) anger signifikant skillnad mellan dessa och männen i nej-gruppen.

Mönstret är likartat det i föregående ta-

Tabell 6.6. Neuroticism I.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
1) »Har Du haft nervösa besvär?» Ja:	17	498	29	45	64	34	43
2) »Har Du någon gång varit djupt deprimerad?» Ja:	39	64	58	58	74	59	78
d) »Har Du någon gång haft allvarliga funderingar på eller önskningar om självmord?» Ja:	9	27	13	32	33	21	32
4) »Har Du någon gång försökt begå självmord?» Ja:	1	5	3	3	8	3	11
5) »Har Du haft sexuella problem?» Ja:	16	29	16	10	54	18	35

bell. De två tvångsmässiga symtomen (nr 15 och 18) tenderar att vara överrepresenterade i nej-gruppen. Det verkar rimligt att anta att personer med tvångsneurotiska mekanismer i större utsträckning än andra tar avstånd från narkotika (på grund av det hot om förlust av kontroll – eller löfte om regression – som kan ligga i föreställningar om narkotika, och som kanske för andra kan vara lockande?).

För att indela studenterna med avseende på neuroticism (i fortsättningen »nervösa» resp. »icke nervösa» respondenter) användes frågan nr 11 om förekomst av nervösa besvär. Samstämmigheten mellan detta och övriga mått på neuroticism framgår av tabell 6.8, där signifikanta skillnader som tidigare markerats med fetstilta siffror.

Liksom vid jämförelsen mellan dem som använt och dem som ej använt cannabis framkom bland männen utan cannabiserfarenhet åtskilliga skillnader mellan *obenägna och benägna* i fråga om förekomsten av olika nervösa besvär. Fler benägna än obenägna rapporterade att de haft nervösa besvär (24 resp. 14 % d % = 10 ± 8,5) 50 % av de benägna mot 34 % av de obenägna (d % = 16 ± 11,1) uppgav att de någon gång hade varit djupt deprimerade. I fråga om förekomsten av en del mer specifika »nervösa» besvär noterades skillnader enligt tabell 6.9.

Det bör observeras att även om det genomgående framträder en del skillnader dessa endast i fyra fall kan betraktas som statistiskt signifikanta.

Sålunda förefaller antagandet att cannabis attraherar individer med ökad grad av neuroticism eller psykisk sårbarhet, att bekräftas åtminstone vad gäller männen. Den fåtaliga kvinnliga gruppen visade tämligen konsekventa men sällan säkerställda tendenser i samma riktning.

Den teoretiskt tänkbara tolkningen att denna ökade frekvens av symtom skulle vara orsakad av cannabisbruk är mycket osannolik bl. a. av följande skäl:

En analog skillnad i fråga om symtom föreligger mellan respondenter som aldrig tagit cannabis men förklarat sig benägna att göra det, respektive ej benägna. Dessa benägnas symtomfrekvens var dessutom högre än deras som tagit cannabis men ej var benägna att fortsätta.

Frekvensen och intensiteten av cannabis-

Tabell 6.7. Neuroticism II.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
6) »Besväras Du av huvudvärk?»	20	24	23	16	31	45	38
7) »Besväras Du av sömnsvårigheter?»	**12**	**25**	13	16	41	23	35
8) »Besväras Du av ont i magen (ej mensbesvär)?»	**21**	**35**	29	35	38	32	16
9) »Besväras Du av illamående?»	5	9	6	13	8	16	11
10) »Besväras Du av trötthet?»	**42**	**53**	45	52	62	64	70
11) »Besväras Du av koncentrationssvårigheter?»	**56**	66	45	74	**77**	64	70
12) »Besväras Du av självförebråelser?»	**35**	**48**	39	42	59	51	62
13) »Besväras Du av att Du lätt fattar humör och blir arg?»	22	23	19	19	28	34	43
14) »Känner Du Dig spänd och olustig utan påtaglig anledning?»	**25**	**37**	29	19	56	**43**	**62**
15) »Kontrollerar Du upprepade gånger att Du utfört även en obetydlig rutinsyssla riktigt?»	31	26	23	26	28	25	22
16) »Känner Du Dig osäker och otrygg i kontakten med folk som Du inte känner så väl?»	**36**	43	32	42	**51**	44	49
17) »Blir Du lätt jäktad och irriterad?»	**32**	38	26	35	**49**	43	54
18) »Är Du nästan pedantiskt noggrann med vad Du gör?»	**42**	**30**	23	39	28	25	11
19) »Är Du rastlös och har svårt att koppla av?»	**31**	**48**	35	52	54	37	46
20) »Känner Du Dig mindervärdig?»	**13**	20	10	10	**36**	32	30
21) »Blir Du missmodig inför motgångar och andra besvärligheter?»	**39**	**50**	32	58	59	60	76
22) »Oroar Du Dig för Din psykiska hälsa?»	**7**	**20**	10	16	31	16	24
23) »Oroar Du Dig för Din fysiska hälsa?»	**16**	**29**	26	29	31	22	30
24) »Har Du lätt att brista i gråt?»	**8**	11	3	10	**18**	43	43

bruket är låg. Även de med endast ett bruks-tillfälle uppger i större utsträckning symtom.

Liksom beträffande många andra skillnader mellan dem som tagit cannabis och dem som ej gjort det, kan man ifrågasätta i vilken mån dessa resultat skulle överensstämma med en mera objektiv bedömning. Det är nämligen, som påpekats i avsnitt 4.1.11, teoretiskt möjligt att skillnaden i själva verket gäller *benägenheten att deklarera* svårigheter (t. ex. under uppväxten eller i form av nervösa symtom etc.), kompromet-terande erfarenheter (t. ex. tabuerade beteenden som asocialitet eller narkotikabruk), negativa attityder (till sig själv, sin situation eller omgivningen) eller positiv inställning till normbrytande beteenden (t. ex. narkotikabruk). Ett aspekt av detta problem diskuteras i 4.6.2.

Bland dem som tagit cannabis finns sålunda en oproportionerligt stor andel med nervösa besvär. I detta kapitel redovisas en rad andra skillnader mellan dem som tagit

Tabell 6.8. Samstämmighet »nervösa besvär» och övriga mått på neuroticism.

	Män med nervösa besvär (n=114) %	Män utan nervösa besvär (n=372) %
2) »Har Du någon gång varit djupt deprimerad?»	76	34
3) »Har Du någon gång haft allvarliga funderingar på eller önskningar om självmord?»	38	5
4) »Har Du någon gång försökt begå självmord?»	4	0,8
5) »Har Du haft sexuella problem?»	37	13
6) »Besväras Du av huvudvärk?»	36	16
7) »Besväras Du av sömnsvårigheter?»	33	9
8) »Besväras Du av ont i magen (ej mensbesvär)?»	43	18
9) »Besväras Du av illamående?»	14	4
10) »Besväras Du av trötthet?»	63	39
11) »Besväras Du av koncentrationssvårigheter?»	77	53
12) »Besväras Du av självförebråelser?»	57	31
13) »Besväras Du av att Du lätt fattar humör och blir arg?»	31	19
14) »Känner Du Dig spänd och olustig utan påtaglig anledning?»	56	19
15) »Kontrollerar Du upprepade gånger att Du utfört även en obetydlig rutinsyssla riktigt?»	42	27
16) »Känner Du Dig osäker och otrygg i kontakten med folk som Du inte känner så väl?»	60	30
17) »Blir Du lätt jäktad och irriterad?»	56	26
18) »Är Du nästan pedantiskt noggrann med vad Du gör?»	43	38
19) »Är Du rastlös och har svårt att koppla av?»	61	27
20) »Känner Du Dig mindervärdig?»	30	10
21) »Blir Du missmodig inför motgångar och andra besvärligheter?»	60	36
22) »Oroar Du Dig för Din psykiska hälsa?»	29	4
23) »Oroar Du Dig för Din fysiska hälsa?»	37	13
24) »Har Du lätt att brista i gråt?»	13	8

Tabell 6.9. Andelen benägna och obenägna män i nejgruppen som uppgivit att de ibland eller ofta haft olika nervösa besvär.

	Benägna (n=101) %	Obenägna (n=283) %
Besväras av huvudvärk	26	18
Besväras av självförebråelser	41	33
Känner sig osäker och otrygg i kontakter med obekanta	41	34
Känner sig spänd och olustig utan anledning	38	21
Är rastlös och har svårt att koppla av	37	29
Känner sig mindervärdig	21	10
Blir missmodig inför motgångar	50	35
Oroar sig för sin psykiska hälsa	11	5
Oroar sig för sin fysiska hälsa	22	14
Har lätt för att gråta	14	6

cannabis resp. dem som ej gjort det.

Beror nu dessa skillnader på inslaget (48 % av manliga ja-gruppen) av studenter med nervösa besvär ibland dem som tagit cannabis?

Hur ser sambanden mellan cannabiserfarenhet och de olika bakgrundsfaktorerna ut när man konstanthåller förekomsten av nervösa besvär, dvs. när man undersöker dessa samband *dels* inom gruppen *med* nervösa besvär, och *dels* inom gruppen *utan* nervösa besvär?

Tabell 6.10 belyser denna frågeställning.

Även vid konstanthållandet kvarstår ett positivt – om än ibland svagt – samband mellan bakgrundsfaktorerna och cannabiserfarenhet. Sålunda kan inte i något fall sambandet helt bero på det stora inslaget av studenter med nervösa symtom bland de cannabiserfarna.

I flera fall är det dock uppenbart att den större andelen studenter med nervösa symtom bland dem med cannabiserfarenhet har stärkt sambandet mellan cannabiserfarenheter och faktorn i fråga. Följande samband mellan cannabiserfarenhet och en bakgrundsfaktor kan således sägas delvis bero på faktorns samband med förekomst av

Tabell 6.10. Sambanden[1] bland manliga studenter mellan cannabiserfarenhet och bakgrundsfaktorer[2], samt mellan nervösa besvär och bakgrundsfaktorer.

	Hela materialet	Bland dem utan nervösa besvär	Bland dem med nervösa besvär	Sambandet nervösa besvär — bakgrundsfaktorer
Uppväxt i Stockholm eller Stor-Stockholm	.11	.08	.20	.01
Från ofullständig familj	.13	.10	.09	.13
Förekomst av nervösa besvär i fam.	.14	.11	.04	.22
Mindre harmoniskt mellan föräldrarna	.15	.09	.11	.22
Konflikter med föräldrarna	.20	.15	.08	.31
Trivdes dåligt hemma	.29	.22	.22	.35
Kritisk mot föräldrarnas normer	.23	.23	.11	.25
Trivdes dåligt i skolan	.12	.09	.02	.20
Skolkade under skoltiden	.24	.21	.25	.15
Upprepat snatteri	.25	.16	.38	.15
Blivit föremål för utredning av polis, Bvn etc.	.15	.15	.20	.01
Rökare	.23	.14	.39	.11
Ofta hög alkoholkonsumtion	.32	.21	.45	.12
Olust inför auktoriteter	.24	.19	.24	.19
Ej yrkesmedveten	.24	.18	.28	.15
Har haft nervösa besvär	.29	—	—	.—

[1] Tetrakoriska koefficienter.
[2] Redovisade i föregående och följande avsnitt av kap. 6.

nervösa besvär: förekomst av nervösa besvär i familjen, mindre harmoniskt förhållande mellan föräldrarna, konflikter med föräldrarna, trivdes dåligt hemma, kritisk mot föräldrarnas normer samt trivdes dåligt i skolan.

Tabell 6.11. Korrelationer mellan bakgrundsvariabler och komponenterna A och B.

	Komponent A	Komponent B
Uppväxt i Stockholm eller Stor-Stockholm	.06	.29
Från ofullständig familj	.21	.14
Förekomst av nervösa besvär i familjen	.22	.01
Mindre harmoniskt mellan föräldrarna	.53	.09
Konflikter med föräldrarna	.67	.00
Trivdes dåligt hemma	.57	.13
Kritisk mot föräldrarnas normer	.54	.05
Trivdes dåligt i skolan	.34	.12
Skolkade under skoltiden	.17	.40
Upprepat snatteri	.18	.41
Blivit föremål för utredning av polis, Bvn etc.	.01	.22
Rökare	.09	.49
Ofta hög alkoholkonsumtion	.09	.55
Olust inför auktoriteter	.43	.23
Ej yrkesmedveten	.20	.33
Har prövat cannabis	.13	.71

I andra fall är situationen den att förekomsten av nervösa besvär haft en betingande effekt på sambandet mellan cannabisbruk och en faktor på så vis att detta samband blir särskilt starkt för de studenter som också uppgivit att de haft nervösa besvär. Detta gäller främst sambanden mellan cannabiserfarenheter och uppväxt i Stor-Stockholm, skolk under skoltiden, upprepat snatteri, utredning av polis eller Bvn, rökning, hög alkoholkonsumtion, samt avsaknad av yrkesmedvetenhet. I dessa fall är ej heller sambanden mellan faktorerna och förekomsten av nervösa besvär så starka.

Ovanstående uppgifter kan kompletteras genom resultatet av en faktoranalys av sambanden mellan de olika bakgrundsvariabler för dem som uppgivit att de haft nervösa symtom. Vid denna komponent- eller faktoranalys isolerades två bakomliggande komponenter. I tabell 6.11 presenteras de olika variablernas samband med de två komponenterna.

De högsta korrelationerna med komponent A hade: Konflikter med föräldrarna, trivdes dåligt hemma, kritisk mot föräldrarnas normer, mindre harmoniskt förhållan-

de mellan föräldrarna, olust inför auktoriteter, trivdes dåligt i skolan samt förekomst av nervösa besvär i familjen.

De högsta korrelationerna med komponent B hade: Erfarenheter av cannabis, hög alkoholkonsumtion, rökning, upprepat snatteri, skolkning, uppväxt i Stockholm eller i Stor-Stockholm, brist på yrkesmedvetenhet, samt utredning av polis eller Bvn.

Dessa två av varandra relativt oberoende komponenter belyser ytterligare de samband som erhålls bland dem som uppgivit nervösa symtom. A-komponenten karakteriseras framför allt av upplevelse av konflikter med föräldrarna och en i övrigt disharmonisk hemmiljö. B-komponenten karakteriseras framför allt av ett antal beteenden hos studenterna själva: cannabiserfarenheter, högre alkoholkonsumtion, rökning, skolkning, snatteri etc.

Det är intressant att notera att denna uppdelning i två mönster ganska nära sammanfaller med den traditionella uppdelningen mellan »neurotiska» och »utagerande» symtom. Observera dock att båda dessa komponenter återfinns i gruppen som uppgivit förekomst av nervösa besvär.

Reaktioner inför »auktoriteter»

Ett par frågor ställdes om studenternas sätt att uppleva konfrontation med konkreta »auktoriteter». Det antagande som motiverade frågorna var att studenter som experimenterat med cannabis skulle ha en mer olustbetonad reaktion inför personer i auktoritetsposition.

Det visade sig att både manliga och kvinnliga studenter med erfarenhet av cannabis oftare än de övriga studenterna upplevde »auktoritetsrelationer» som olustbetonade. Tydligast framträdde detta i gruppen med 5 eller fler brukstillfällen, hälften i denna grupp upplevde sådana relationer som olustbetonade.

En jämförelse mellan studenter som var benägna resp. obenägna att pröva (eller fortsätta använda) cannabis gav samma resultat. De *benägna med erfarenhet av cannabis* uppgav till 40 % olust inför sådana situationer mot 16 % bland de obenägna (d % = 24 ± 18,0). Även bland studenter *utan erfarenhet av cannabis* framkom en liknande skillnad (ej sign.).

Svårigheten att hävda den egna åsikten inför auktoriteter uppgavs i samma utsträckning i de manliga jämförelsegrupperna. Bland de kvinnliga studenterna – som för övrigt uppgav större svårigheter av detta slag än männen – uppgav dock nej-gruppen oftare (ej sign.) svårigheter än ja-gruppen.

Det förefaller rimligt att uppfatta denna reaktionsbenägenhet hos ja-grupperna som intimt relaterad till det tidigare beskrivna konfliktfyllda förhållandet till föräldrarna.

Tabell 6.12. Reaktion inför »auktoriteter».

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
»Hur Du känner Du Dig i allmänhet inför överordnade eller personer som i något avseende bestämmer över Dig»							
a) Upplever ofta sådana situationer som olustbetonade	9	30 (d% = 23± 7,4)	13	23	49	11	24 (d% = 13± 11,6)
b) Har då svårt att hävda sin egen åsikt	34	34	32	29	38	52	41

Tabell 6.13. Självuppfattning.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Ansåg sig under skoltiden ha varit avvikande från kamraterna	20	38	19	29	59	22	35

Självuppfattning

Upplever sig studenter som prövat cannabis på något sätt avvikande från andra, t. ex. andra jämnåriga? Frågan blev mycket ofullständigt belyst men tillgång fanns på uppgifter – av mycket allmän art – om hur de upplevde sig själva i förhållande till kamraterna under skoltiden. I enkäten ställdes följande fråga: »Upplevde Du under skolåren att Du var avvikande från kamraterna?»

Bearbetningen av svaren var planerad att ge uppgifter om självvärderingen var av mer positiv eller negativ art, men en analys av kodningsarbetet visade tyvärr att det gett föga reliabla resultat varför tabell 6.13 endast ger uppgifter om andelen som besvarat frågan jakande.

Uppfattningen om sig själv som avvikande från kamraterna hade varit vanligare bland studenter med erfarenhet av cannabis, och särskilt bland dem som prövat cannabis ett flertal gånger (59 %). Andelen som upplevt sig som avvikande var bland männen i nej-gruppen 20 % och i ja-gruppen 38 % (d % = 18 ± 9,4). Bland de kvinnliga studenterna var motsvarande värden 22 % resp. 35 % (ej sign.).

Också de mer benägna bland dem som ej tagit cannabis uppgav att de upplevt sig som avvikande från jämnåriga (17 % resp. 9 %, d % = 8 ± 7,1).

Avskärmningstendenser

En precis definition eller karakteristik av begreppet »avskärmningstendens» är svår att göra. Vi har utgått från föreställningen att hos individer i varierande grad kan föreligga tendenser att »censurera verkligheten», genom att t. ex. borttränga obehagliga fakta, förneka förekomsten av förhållanden som är oförenliga med det egna värdesystemet, eller att på olika sätt göra motstånd mot företeelser som utifrån en auktoritärt betonad stereotyp inte kan värderas positivt.

Innehållet i begreppet belyses kanske bäst av de items[1] som vi tyckte kunde betraktas som uttryck för denna tendens.

1. Det lönar sig inte att fundera över varför man gör saker och ting.
2. Det finns många åsikter som inte borde framföras i massmedia.
3. Det är bara önsketänkande att tro att man skulle kunna ha något inflytande på samhället i stort.
4. Böcker och film nuförtiden handlar för mycket om livets skuggsidor i stället för att ge underhållning och avkoppling.
5. Det värsta jag vet är personer som inte kan vara som folk är mest.
6. Hjälpen till u-länderna bör ökas även om det medför att skatterna måste höjas.
7. Jag har nog mindre psykologiska problem och komplex än de flesta.
8. Alla barn har någon gång hatat sina föräldrar.

Tabellerna 6.14–6.16 visar endast uppkomna skillnader mellan olika jämförelsegrupper. Procenttalen anger andelen instämmanden i påståendet.

Tabellerna visar åtskilliga konsekventa skillnader mellan ja- och nej-grupper, och mellan benägna och obenägna, som tycks

[1] Ett urval av sådana som använts av dr N. Gustavsson, soc. med.inst. i Stockholm.

Tabell 6.14. Avskärmningstendenser och cannabiserfarenhet.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
4. Böcker och film nuförtiden, etc.	33	22 (d% = 11 ± 10,1)	45	23	3	33	5 (d% = 28 ± 16,1)
5. Det värsta jag vet etc.	10	4	10	3	0	5	3
7. Jag har nog mindre psykologiska problem och komplex än de flesta	55	40 (d% = 15 ± 11,0)	45	45	31	46	38 (d% = 8 ej sign.)

Tabell 6.15. Avskärmningstendenser och benägenhet i nej-gruppen.

Item	Benägna (n=101) %	Obenägna (n=283) %	
2. Det finns många åsikter som inte borde få framföras i massmedia	7	26	(d% = 19 ± 9,3)
4. Böcker och film nuförtiden handlar för mycket om livets skuggsidor i stället för att ge underhållning och avkoppling	20	58	(d% = 18 ± 10,7)
6. Hjälpen till u-länderna bör ökas även om det medför att skatterna måste höjas	80	62	(d% = 18 ± 10,7)
8. Alla barn har någon gång hatat sina föräldrar	76	67	(d% = 9 ej sign.)

Tabell 6.16. Avskärmningstendens och benägenhet i ja-gruppen.

Item	Benägna (n=44) %	Obenägna (n=57) %	
4. Böcker och film nuförtiden handlar för mycket om livets skuggsidor i stället för att ge underhållning och avkoppling	14	32	(d% = 18 ± 16,3)
6. Hjälpen till u-länderna bör ökas även om det medför att skatterna måste höjas	81	52	(d% = 29 ± 18,2)
7. Jag har nog mindre psykologiska problem och komplex än de flesta	30	52	(d% = 22 ± 19,3)

tala för att avståndstagande till cannabis sammanhänger med en ökad tendens till avskärmning. I avsaknad av jämförbara undersökningar vill vi inte göra några mera bestämda tolkningar. Vi vill dock påpeka att denna tendens också kan inverka på rapporteringen av egna ogillade beteenden och av obehagliga erfarenheter, så att de som tagit avstånd från cannabis i större utsträckning underrapporterar, och därmed ökar skillnaderna i dessa avseenden mellan ja- och nej-grupper, och mellan benägna och obenägna.

Målinriktning

Vi antog att studenter som prövat cannabis skulle kännetecknas av en mindre be-

Tabell 6.17. Målinriktning.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
a) Anger bestämd yrkesinriktning	89	83	94	90	69	89	70
b) Upplever en stor del av studierna som relevanta för framtida syssel-sysselsättn.	46	37	45	48	21	41	30
c) Upplever det som mycket viktigt att förbereda en framtida yrkesroll	53	25	45	16	15	58	46

stämd målinriktning än övriga: att de skulle vara mer »alienerade», mindre definitivt inställda på en bestämd position i samhället (bl. a. på grund av en mer negativ inställning till det nuvarande samhällets konstruktion, till auktoriteter etc.).

Tre frågor bedömdes ge data, relevanta för en belysning av detta antagande:

a) »Vilket yrkesområde inriktar Du dig på?»

b) »Hur stor del av undervisningen och studiearbetet upplever Du som meningsfullt relaterad till det Du planerar att syssla med i framtiden?»

c) »Upplever Du det som mycket viktigt att förbereda en framtida yrkesroll?»

Resultatet av frågorna redovisas i tabell 6.17.

Studenter som prövat cannabis skiljer sig klart från de övriga med avseende på det vi här kallat målinriktning. De anger i mindre utsträckning att de har en bestämd yrkesinriktning, att de upplever studierna som relevanta etc., och att de anser det viktigt att förbereda en framtida yrkesroll. Vidare bör man observera den markanta skillnaden i dessa avseenden mellan studenter med mer omfattande cannabiserfarenheter (5 eller fler gånger) och övriga studenter.

Den största skillnaden mellan jämförelsegrupperna framträdde vid frågan om den framtida yrkesrollen (punkt c). 53 % av »nej-gruppen» uppgav att de ansåg det mycket viktigt att förbereda sig för yrkesrollen, mot 25 % i ja-gruppen (d % = 28 ± 10,9). Bland de kvinnliga studenterna var motsvarande värden 58 % resp. 46 % (d % = 12 ej sign.).

Vi har på denna punkt också skillnader mellan »benägna» och »obenägna». Bland studenter *utan erfarenhet av cannabis* gav 58 % av de obenägna positiva svar på denna fråga mot 39 % av de benägna (d % = 19 ± 11,4). Bland studenter *med erfarenhet av cannabis* gav 36 % av dem som var obenägna att fortsätta använda cannabis positiva svar, mot 16 % av de benägna (d % = 20 ± 17,0).

Beträffande yrkesinriktning förelåg skillnader bland männen främst mellan »nej-gruppen» och de mer erfarna i ja-gruppen (5 ell. fler gånger). Andelen som angett en bestämd yrkesinriktning var 89 % resp. 69 % (d % = 20 ± 11,1). För kvinnornas del var skillnaden mellan »nej-gruppen» och »ja-gruppen» ungefär lika stor, 89 % i nej-gruppen mot 70 % i ja-gruppen uppgav en bestämd yrkesinriktning (d % = 19 ± 12,2).

Även på frågan om man upplevde studierna som relevanta för den framtida sysselsättningen framträdde skillnader främst mellan nej-grupp och gruppen med 5 eller fler gångers cannabisbruk. Andelarna som upplevde studierna som relevanta var här 46 % resp. 21 % (d % = 25 ± 16,4). Bland de kvinnliga studenterna gav 41 % i nej-gruppen detta svar mot 30 % i ja-gruppen (d % = 11, ej sign.).

4.6.3 Alkohol-, tobaks- och läkemedelsvanor

Alkohol- och rökvanor

Förutom ett rent allmänt intresse från vår sida att belysa studenternas alkohol- och rökvanor, ställdes också av andra skäl frågor om alkohol och tobak.

Beträffande alkoholvanorna ansåg vi att det fanns skäl att anta skillnader mellan studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis och mellan mer eller mindre »benägna».

a) Bland studenter som tar avstånd från eller som mycket »försiktigt» använder alkohol räknade vi med ett motsvarande motstånd eller en motsvarande försiktighet också beträffande andra medel. Redan av detta skäl kan icke-brukarna antas ha lägre alkoholkonsumtion.

b) Med ökad benägenhet att använda alkohol (vilka »skälen» för detta än må vara) antog vi ett mindre motstånd mot experiment med andra medel som av studenterna kan uppfattas ha en liknande funktion.

c) Möjligen kan bristande respekt för eller övertygelse om skadligheten av en kraftig alkoholkonsumtion också vara förenad med en motsvarande brist på övertygelse om att narkotika, som t. ex. cannabis, skulle vara skadliga.

Kombinationen av ovannämnda faktorer antogs alltså verka för skillnader mellan grupperna i fråga om alkoholvanor. Man kan givetvis tänka sig att cannabis kan komma att ersätta alkohol, men ytterst få av studenterna var så pass avancerade cannabisbrukare att detta kan antas ha någon större betydelse i sammanhanget.

Beträffande tobakskonsumtion antog vi att samtliga ovannämnda argument var tillämpliga, och dessutom tillkommer ett ytterligare skäl för att anta en kraftigare tobakskonsumtion bland studenter med erfarenhet av cannabis. Cannabis intas genom rökning och därför antog vi att sannolikheten för en icke-rökare att börja röka cannabis skulle vara betydligt mindre än för en rökare.

Alkoholvanorna

I nedanstående tabell följer ett antal uppgifter om alkoholvanorna i våra jämförelsegrupper. Uppgifterna gäller omfattningen av studenternas vin- och spritkonsumtion.

Ja-gruppen drack betydligt oftare vin än de övriga. Bland de manliga studenterna drack 49 % i ja-gruppen vin minst 1 gång i veckan, mot 21 % i nej-gruppen (d % = 28 ± 9,6). Bland de kvinnliga studenterna var motsvarande värden 41 % resp. 26 % (d % = 15, ej sign.).

I fråga om spritkonsumtion fanns ingen skillnad när det gällde antalet konsumtionstillfällen, men väl när det gällde de konsumerade mängderna. Bland männen med erfarenhet av cannabis brukade 39 % dricka

Tabell 6.18. Alkoholvanor bland studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
a) Dricker vin minst 1 gång i v.	21	49	45	48	51	26	41
b) Dricker minst 15 cl sprit vid varje konsumtionstillfälle	22	39	39	58	23	1	3
c) Dricker 1 flaska vin el. 1 flaska starksprit vid ett och samma tillfälle minst 1 gång i månaden	18	52	52	48	56	9	16
d) Anser sig dricka *mindre* alkohol än andra studenter	58	29	32	26	28	70	38

minst 15 cl sprit vid varje konsumtionstillfälle, bland dem utan erfarenhet 22 % (d % = 17 ± 9,5). »Högkonsumtion» (se tabell 6.17 c) förekom hos 52 % i ja-gruppen, mot 18 % i nej-gruppen (d % = 34 ± 9,5). Även mellan de kvinnliga jämförelsegrupperna fanns här vissa skillnader.

Slutligen visade det sig också att ja-grupperna var klart medvetna om sin högre vin- och spritkonsumtion. Bland männen med erfarenhet av cannabis sade sig endast 29 % dricka mindre än andra studenter mot 58 % bland de övriga (d % = 29 ± 11,0). I de kvinnliga jämförelsegrupperna var motsvarande värden 38 % mot 70 % (d % = 32 ± 16,9).

När vi delade upp den manliga nejgruppen i »benägna» och »obenägna» att pröva cannabis visade sig motsvarande skillnader. 29 % av de benägna drack vin minst 1 gång i veckan mot 18 % av de obenägna (d % = 11 ± 9,3). 49 % av de benägna drack sprit minst 2 gånger i månaden mot 31 % av de obenägna (d % = 18 ± 10,9). Även övriga mått på alkoholkonsumtion gav liknande skillnader.

Slutligen kan nämnas att även mellan benägna och obenägna bland männen med erfarenhet av cannabis fanns liknande skillnader. De benägna konsumerade mer alkohol än de obenägna (skillnaderna dock ej signifikanta).

Rökvanor

De förväntade skillnaderna i fråga om rökvanor framgick klart. Bland män som prövat cannabis var 89 % rökare mot 61 % av de övriga (d % = 28 ± 10,3) och motsvarande värden bland kvinnorna var 80 % resp. 61 % (d % = 19 ± 16,9).

Även debutåldern var olika för de båda jämförelsegrupperna. Män och kvinnor med erfarenhet av cannabis hade debuterat betydligt tidigare än andra.

En analys av *obenägna och benägna utan erfarenhet* av cannabis visade att de benägna oftare var rökare än de obenägna (78 % mot 56 %; d % = 22 ± 11,0).

Både alkohol- och rökvanor var mer avancerade hos män och kvinnor med erfarenhet av cannabis och hos dem som var mer benägna att pröva cannabis.

Läkemedelsvanor

Ofta antas ett samband föreligga mellan användningen av vissa typer av läkemedel

Tabell 6.19. Läkemedelsvanor.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja n(=101) %	1 gång (n=31) %	1–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
»Använde någon av Dina föräldrar under Din uppväxt							
a) sömnmedel? (alt. 1–3)	**32**	**53**	42	55	62	43	43
b) nervlugnande medel? (alt. 1–3)	**24**	**50**	32	68	51	32	32
c) smärtstillande eller febernedsättande medel?» (alt. 1–2)	**24**	**35**	19	42	41	29	24
Fick Du av Dina föräldrar under Din uppväxt							
a) sömnmedel? (alt. 1–3)	**7**	**14**	6	16	18	11	5
b) nervlugn.? (alt. 1–3)	11	12	3	13	18	14	14
c) smärtst.?» (alt. 1–2)	**20**	**34**	42	32	28	29	35
»Använder Du							
a) sömnmedel? (Ja)	**10**	**17**	6	26	18	20	30
b) nervlugn.? (Ja)	**14**	**23**	6	32	28	29	19
c) smärtst.?» (Ja)	7	**14**	10	10	21	29	27

och användningen av narkotika. Därför ställdes följande frågor, med svarsalternativen 1) ofta, 2) ibland, 3) sällan, 4) aldrig, 5) vet ej. (Tabell 6.19.)

Säkerställda skillnader ($p \leq 0{,}05$) anges med fetstilta siffror. Ja-gruppens män uppger i större utsträckning än nej-gruppens män:

att deras föräldrar hade använt de tre typerna av läkemedel,

att de under sin uppväxt fått nervlugnande och smärtstillande medel,

att de själva använder de tre typerna av läkemedel.

För kvinnorna framkommer inga skillnader.

Det kan även nämnas att skillnader uppkom vid jämförelser mellan benägna resp. ej benägna i nej-gruppen, för såväl föräldrarnas egna läkemedelsvanor som för deras vana att ge alla medlen till barnet (ej signifikanta skillnader).

Klart (signifikanta skillnader) var att de benägna själva i större utsträckning använder sömnmedel och nervlugnande medel.

Samma skillnader uppkom vid jämförelser mellan benägna och ej benägna inom ja-gruppen, särskilt då det gällde om föräldrarna ofta gav nervlugnande medel (25 % resp. 0 %, $d\ \% = 25 \pm 13{,}6$) och smärtstillande medel (42 % resp. 23 %, ($d\ \% = 19 \pm 18{,}0$). De benägna i ja-gruppen använde också själva oftare alla tre medlen.

Kommentar

Ja-gruppens män har uppgivit högre frekvens av bl. a. nervösa besvär, sömnsvårigheter, spänning, och av nervösa besvär i familjen. Detta kan vara en tillräcklig förklaring av skillnaden mellan ja- och nej-gruppens (föräldrars och egna) läkemedelsvanor.

Det förefaller rimligt att hävda att en del av ja-gruppens män har genomgått en tidig inlärning av användningen av dessa läkemedel vid t. ex. sömnsvårigheter, mer eller mindre diffusa obehagstillstånd, och spänning. I vuxen ålder fortsätter de – som här redovisats – att använda dessa läkemedel. Kan en – eventuellt omedveten – förväntan på en särskild farmakologisk effekt kommit att omfatta också cannabis? Klinisk erfarenhet talar för att en sådan förväntan på narkotika finns åtminstone hos en del narkotikamissbrukare.

Vi har därför jämfört dem som har uppgivit nervösa besvär med dem som inte uppgivit nervösa besvär. Denna jämförelse redovisas i nedanstående tabell, som endast gäller männen. Signifikansberäkning har ej utförts.

Det visar sig att skillnaden mellan ja- och nej-grupp mest beror på inslaget i ja-gruppen av respondenter med nervösa besvär. Skillnad föreligger sålunda tydligare mellan respondenter med resp. utan ner-

Tabell 6.20. Läkemedelsvanor och nervösa besvär.

		Tagit cannabis		Ej tagit cannabis	
		»Nervösa» (n=48) %	»Ej nervösa» (n=52) %	»Nervösa» (n=65) %	»Ej nervösa» (n=302) %
Fld tog	sömnmedel	63	44	55	28
	nervlugnande m.	60	40	46	20
	smärtstillande m.	44	27	40	21
Fld gav	sömnmedel	17	8	18	9
	nervlugnande m.	19	10	20	4
	smärtstillande m.	42	27	26	19
Tar själv	sömnmedel	27	8	32	5
	nervlugnande m.	40	8	49	6
	smärtstillande m.	19	10	15	5

vösa besvär, än mellan respondenter med resp. utan cannabiserfarenhet.

Dessa resultat ger inget säkert stöd för hypotesen att tidig läkemedelsinlärning skulle disponera för att pröva cannabis.

4.6.4 Normavvikelser

Vid undersökningen ställdes ett antal frågor om studenterna under uppväxten hade skolkat, rymt hemifrån, gjort sig skyldiga till snatteri, stöld, förfalskning, otillåten körning, kört med otillåten mängd alkohol i kroppen (i forts. = »rattfylleri») etc. I detta sammanhang frågades också om studenterna någon gång blivit föremål för utredning eller andra åtgärder från myndigheternas sida.

Markanta skillnader framträdde både bland manliga och kvinnliga studenter mellan ja- och nej-gruppen i fråga om skolk under skoltiden. Bland männen var andelen med *upprepat* skolk 30 % resp. 9 % (d % = 21 ± 7,4) och bland kvinnorna 32 % resp. 8 % (d % = 24 ± 11,6).

Även i fråga om upprepat snatteri och upprepat rattfylleri förelåg skillnader. Andelen med upprepat snatteri var bland männen i ja-gruppen 49 % och i nej-gruppen 21 % (d % = 28 ± 7,4), och bland kvinnorna i ja-gruppen 38 % och i nej-gruppen 11 % (d % = 27 ± 12,5). Motsvarande värden beträffande upprepat rattfylleri var för männen 30 % resp. 20 % (d % = 10 ± 9,3) och för kvinnorna 14 % resp. 4 % (d % = 10 ± 8,6).

För männens del återspeglades dessa skillnader också i uppgifterna om åtgärder från myndigheternas sida; i ja-gruppen hade 22 % blivit föremål för utredning mot 10 % i nej-gruppen (d % = 12 ± 7,1). I ja-gruppen hade 16 % blivit åtalade mot 8 % i nej-gruppen (d % = 8 ± 6,3). Det kan påpekas att det i inget fall rörde sig om åtal för narkotikabrott.

På samtliga ovannämnda punkter förelåg påtagliga skillnader mellan studenter med 1-gångs-erfarenhet och med upprepade erfarenheter. Frekvensen ogillade beteenden och åtgärder från myndighets sida ökade tydligt med antalet brukstillfällen.

Även mellan studenter *utan erfarenhet av cannabis men med större eller mindre benägenhet* att pröva cannabis förelåg skillnader i fråga om normavvikelser.

Upprepat snatteri hade oftare förekommit bland de benägna (28 % mot 19 %; d % = 9 ± 9,3; ej sign.) likaså upprepad olaga körning (39 % resp. 22 %; d % = 17 ± 10,1) och upprepat rattfylleri (32 % resp. 16 %; d % = 16 ± 9,1).

En jämförelse mellan *benägna och obenägna bland studenter med erfarenhet av cannabis* gav ytterligare belysning åt de här analyserade sambanden. Upprepat snatteri t. ex. var vanligare bland de benägna än bland de obenägna (56 % resp. 39 %). Utredning hade varit aktuellt för 32 % av de benägna, mot 9 % av de obenägna (d % = 23 ± 16,3). När det gällde åtal

Tabell 6.21. Ogillade och avvikande beteenden bland studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Upprepat skolk från skolan	9	30	13	35	38	8	32
Upprepat snatteri	21	49	29	52	62	11	38
Upprepat rattfylleri	20	30	26	29	33	4	14
Åtgärder från myndigheter							
Blivit föremål för utredning	10	22	16	26	23	—	5
Blivit åtalad	8	16	3	19	23	1	3

var motsvarande värden 25 % resp. 5 % (d % = 20 ± 14,4).

Även i fråga om vad vi här kallat normavvikelser framträder alltså skillnader mellan studenter med och utan erfarenhet av cannabis, och i viss mån också mellan mer eller mindre benägna.

4.6.5 Bostad, kamratkontakter och studieinriktning

Boendeförhållanden

Vissa skillnader mellan studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis kunde noteras beträffande nuvarande hemort och bostadsförhållanden. Både manliga och kvinnliga studenter med erfarenhet av cannabis bodde i större utsträckning än andra i egentliga Stockholm (alltså ej i Stor-Stockholm). 51 % av de manliga studenterna i nej-gruppen bodde i Stockholm mot 74 % av dem som använt cannabis 5 eller fler gånger (d % = 23 ± 16,4). I den kvinnliga nej-gruppen bodde 46 % i Stockholm mot 65 % i ja-gruppen (d % = 19 ± 17,4).

Det var också något vanligare att studenter som prövat cannabis eller var benägna att pröva det bodde i egen lägenhet.

Manliga studenter som prövat cannabis 2 eller fler gånger bodde till ca 65 % i egen lägenhet mot 52 % av dem som ej prövat cannabis. Bland de kvinnliga studenterna var motsvarande värden 73 % resp. 57 %.

Manliga studenter som ej prövat cannabis men som var benägna att göra det bodde också i klart större utsträckning (63 %) i egen lägenhet än de som var obenägna (49 %) (d % = 14 ± 11,4).

Det förefaller möjligt att mot dessa skillnader svarar skillnader i fråga om umgänge eller möjligheter till umgänge med bekanta av *mer skiftande slag* (eller möjligheter att träffa och umgås med cannabis-intresserade bekanta).

Kamratkontakter

En jämförelse mellan studenter med resp. utan egna erfarenheter av cannabisbruk tydde på vissa skillnader i fråga om antalet bekanta och också på skillnader i fråga om umgängeskretsens art.

Endast bland männen förelåg skillnader mellan studenter med resp. utan erfarenhet av cannabis. Ja-gruppen kännetecknades jämfört med nej-gruppen av att oftare besöka kårhuset (35 % resp. 22 %); d % = 13 ± 9,4), av att oftare ha en större bekantskaps- eller vänkrets (57 % resp. 41 %; d % = 16 ± 10,9) samt också i större utsträckning umgås med andra universitetsstuderande (28 % resp. 15 %; d % = 13 ± 8,2). I fråga om antalet bekanta var skillnaden speciellt uttalad mellan studenter med mer omfattande erfarenheter av cannabis och studenter som helt saknade sådana. Det kan i detta sammanhang också påpekas att vi vet att en stor del

Tabell 6.22. Sociala kontakter m. m. bland studenter med resp. utan erfarenheter av cannabis.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Besöker ibland eller ofta kårhuset	22	35	42	29	33	11	8
Har 6 eller flera regelbundna umgängesbekanta	41	57	45	58	67	53	38
Har 6 eller flera universitetsstuderande i umgängeskretsen	15	28	16	32	33	21	19

Tabell 6.23. Fakultetstillhörighet.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Humanistisk	13	26	13	26	36	46	49
Samhällsvetenskaplig	45	41	48	41	33	39	41
Naturvetenskaplig	26	23	23	13	31	8	5
Juridisk	15	11	16	19	0	6	3
	100	100	100	100	100	100	100

av de bekanta som ja-gruppen avsåg även de var studenter med erfarenheter av cannabis (jfr tabell 5.5).

För att belysa några aspekter av relationerna till kamraterna ställdes frågor om hur många verkligt goda vänner man ansåg sig ha och om man upplevde sig som självständig i förhållande till kamraterna. Inga klara skillnader förelåg emellertid mellan ja-grupp och nej-grupp i dessa avseenden.

Studieinriktning

Studieinriktningen belystes genom uppgifter om fakultetstillhörighet och om huvudämne.

Beträffande fakulteterna förelåg skillnader mellan ja- och nej-gruppen endast för männens del och beträffande humanistisk fakultet. Av alla män i materialet var 16 % inskrivna vid humanistisk fakultet. Motsvarande siffror för nej-gruppen var 13 % och för ja-gruppen 26 % (d % = 13,0 ± 7,8). Samma förhållande gällde män med minst fem brukstillfällen, som till 36 % tillhörde denna fakultet (d % = 23,2 ± 10,6).

Beträffande studieämne framkom att männen i ja-gruppen oftare än männen i nej-gruppen läste ämnena pedagogik, psykologi och sociologi. 26 % av männen med minst fem brukstillfällen läste dessa ämnen. Vid jämförelse med nej-gruppen är detta en klar skillnad.

4.6.6 Politiska sympatier och politiskt intresse

Respondenterna fick i svarsformuläret ange med vilket av de politiska partierna de sympatiserade mest. Resultaten framgår av

Tabell 6.24. Politiska sympatier.

	Erfarenhet av cannabis						
	Män					Kvinnor	
	Nej (n=385) %	Ja (n=101) %	1 gång (n=31) %	2–4 ggr (n=31) %	5– ggr (n=39) %	Nej (n=207) %	Ja (n=37) %
Vpk	4	31	6	16	62	8	35
Soc. dem.	22	20	26	23	13	19	19
Fp	32	16	29	16	5	30	19
Cp	3	1	—	3	—	2	—
Högern	29	21	26	29	10	24	16
KDS	1	—	—	—	—	—	—
Vet ej	10	12	13	13	10	15	11
	100	100	100	100	100	98	100

tabell 6.24.

För både män och kvinnor förelåg skillnader mellan ja- och nej-grupper i fråga om vpk-, fp- och högersympatier. Bland männen var andelen vpk-sympatisörer i nej-gruppen 4 % och i ja-gruppen 31 % (d % = 27 ± 6,6). Andelen vpk-sympatisörer ökade starkt med antalet brukstillfällen, gruppen med störst antal brukstillfällen svarar i huvudsak för skillnaden mellan nej- och ja-grupp.

Omvända förhållanden förelåg betr. borgerliga sympatier. Andelen fp-sympatisörer var t. ex. 32 % i nej-gruppen mot 16 % i ja-gruppen (d % =16 ± 9,8).

Liknande skillnader framkom mellan kvinnliga nej- och ja-grupper. Andelen vpk-sympatisörer var 8 % resp. 35 % (d % = 27 ± 11,6).

Samma mönster visade sig vid jämförelser mellan benägna och obenägna, såväl bland dem med som bland dem utan erfarenhet av cannabis. Bland de *benägna med erfarenhet av cannabis* sympatiserade 44 % med vpk mot 14 % bland de obenägna (d % = 30 ± 18,7). Bland dem *utan erfarenhet av cannabis* framträdde en klar skillnad mellan grupperna när det gällde höger–vänster-sympatier. En större del av de benägna sympatiserade med soc.dem. och vpk (37 % resp. 22 %, d % = 15 ± 10,6) och en betydligt större del av de obenägna sympatiserade med högern (34 % resp. 14 %, d % = 20 ± 10,2).

Skattning av *det politiska intresset* gjordes med hjälp av frågan: »Hur skulle Du vilja bedöma Ditt politiska intresse?» (svarsalternativ: »Mycket intresserad», »Intresserad», »Följer med», »Ganska ointresserad,» »Mycket ointresserad»).

Bland männen framträdde skillnad endast mellan nej-gruppen och gruppen med fem eller flera brukstillfällen. Andelen som uttryckte intresse (»Mycket intresserad» + »Intresserad») var 61 % i nej-gruppen mot 79 % i den andra (d % = 18 ± 16,0).

Bland kvinnorna var motsvarande värden 32 % resp. 51 %, (d % = 19 ± 16,9).

Det är för männens del alltså tydligt att de stora skillnaderna i fråga om politiska sympatier och politiskt intresse förelåg framför allt mellan gruppen med fem eller flera brukstillfällen och de övriga grupperna.

Det kan påpekas att analysen också visade att *benägenheten* att pröva eller fortsätta att ta cannabis följde en »höger–vänster-skala», där de som sympatiserade med soc.dem. intog en mellanposition.

Slutligen vill vi understryka att man utifrån uppgifter om prefererat parti inte kan dra slutsatser om partitillhörighet eller aktivt politiskt deltagande. Naturligtvis kan man inte heller dra slutsatser om attityder till och erfarenheter av cannabis bland anslutna till olika partier eller bland politiskt aktiva.

4.6.7 Sammanfattning

Män med erfarenhet av cannabis (ja-gruppen) har i något större utsträckning vuxit upp i större samhällen (> 50 000 inv.). Som visades i avsnitt 4.3 var också expositionen för cannabis betydligt större i större samhällen.

Både män och kvinnor i ja-gruppen hade i mindre utsträckning vuxit upp hos båda föräldrarna, särskilt gällde detta män med större erfarenhet av cannabis.

I hela materialet kommer 14 % av männen och 9 % av kvinnorna från socialgrupp 3. Män med större erfarenhet av cannabis kommer i något större utsträckning än övriga från socialgrupp 1.

Ja-grupperna uppgav i betydligt större omfattning att föräldrarna inte kommit bra överens under deras uppväxt, särskilt gällde detta männen med större erfarenhet av cannabis. Liknande tendens fanns också inom nej-gruppen, där de som var benägna för cannabis oftare än obenägna uppgav sämre relationer mellan föräldrarna.

Männen i ja-gruppen uppgav oftare att nervösa besvär förekommit i familjen.

Stora skillnader uppkom i fråga om skolanpassning: ja-grupperna, och de benägna i nej-gruppen, uppgav sämre skoltrivsel, mera skolk och oftare att de under skoltiden upplevt sig som avvikande från kamraterna. Däremot hade de inte sämre studentbetyg

än nej-grupperna resp. de obenägna.

Likaså uppkom stora skillnader i fråga om relationer till föräldrarna, fr. a. när det gällde trivsel i hemmet och konflikter med föräldrarna under uppväxten, men också när det gällde kritik av föräldrarnas värderingar, grad av självständighet gentemot föräldrarna och svårigheter att i nuvarande ålder diskutera personliga problem med dem. Genomgående uppgav ja-grupperna, och de benägna sämre relationer, större kritik och större självständighet.

Ja-grupperna och benägna angav i större utsträckning att deras grad av frihet under uppväxten skilt sig från jämnårigas, och tenderade att karakterisera sin uppfostran som auktoritär snarare än demokratisk.

Ja-grupperna och de benägna uppgav oftare nervösa besvär av olika slag.

Ja-grupperna och de benägna uppgav oftare olust inför personer i auktoritetsposition.

Resultaten av en »avskärmningsskala» talar för att studenter som tar avstånd från cannabis också uppvisar en större grad av »avskärmning» eller »censurering av verkligheten».

Ja-grupperna och de benägna var mindre yrkesinriktade än övriga. De uppgav också i mindre utsträckning än de övriga att studierna var relevanta för framtiden och att det är mycket viktigt att förbereda den framtida yrkesrollen.

Dessa grupper uppgav betydligt större alkohol- och tobakskonsumtion. De hade också börjat röka tobak vid yngre ålder.

De använde också i större utsträckning sömnmedel, nervlugnande och smärtstillande medel, och uppgav oftare att de som barn fått dessa medel av sina föräldrar, och dessutom oftare att deras egna föräldrar själva använt dessa medel.

Även frekvensen av uppgivna »normavvikelser» (t. ex. snatteri, skolk, att ha kört motorfordon med otillåten mängd alkohol i kroppen, och att blivit föremål för utredning av polis/barnavårdsnämnd) var högre i ja-grupperna, och i viss mån bland benägna utan erfarenhet av cannabis.

Dessa grupper hade ett större umgänge, även mera umgänge med andra studenter, än de övriga. De uppgav också oftare att de hade egen bostad och att de bodde i själva Stockholm.

Beträffande fakultet och studieämne visade sig männen i ja-gruppen överrepresenterade på humanistisk fakultet och i ämnesgruppen pedagogik–psykologi–sociologi.

Också när det gällde politiskt intresse och politiska sympatier fanns skillnader. Män och kvinnor i ja-gruppen angav i långt större utsträckning än övriga att de mest sympatiserade med vänsterpartiet kommunisterna, särskilt gällde detta männen med många brukstillfällen. Denna sistnämnda grupp angav också starkare politiskt intresse.

4.6.8 Kommentarer

Av de 491 männen har 101 uppgivit att de åtminstone någon gång tagit cannabis. Ytterligare 101 har uppgivit att de aldrig gjort det, men att de inte heller tar kategoriskt avstånd från tanken att göra det. Tillsammans skiljer sig en stor del av dessa 202 studenter – i denna kommentar för enkelhetens skull kallade cannabisbenägna – från de övriga, som tar bestämt avstånd från cannabis (uttryckt dels genom att de aldrig tagit medlet och dels genom att de kategoriskt deklarerar sig inte heller vilja göra det), i fråga om en rad erfarenheter, egenskaper och attityder.

Detta mönster av erfarenheter, egenskaper och attityder antyder, tror vi, en psykologisk och social bakgrund till det som denna undersökning gällt: benägenhet att använda eller åtminstone pröva cannabis. Benägenheten är med andra ord en liten del av ett sammanhängande personlighetsmönster som delvis funnits redan under uppväxten.

Vi kan kommentera detta mönster på följande sätt: Som vi har sett ingår inte några handikapp i form av sämre studiebegåvning (eller i varje fall sämre studentbetyg) eller sämre ekonomisk bakgrund. Däremot är en betydligt lägre grad av harmoni i relationerna till föräldrarna, och inom studenterna själva, ett framträdande drag. Hög-

re frekvens av nervösa symtom och av (åtminstone under uppväxten) normbrytande beteenden, och större konsumtion av tobak, alkohol och läkemedel, ingår också.

Vidare ingår i mönstret en radikal politisk inriktning, och en mera vag studie- och yrkesinriktning som kan sägas snarare syfta till att explorera sig själv och omvärlden än till att förbereda en karriär.

Det bör nu noteras att denna beskrivning inte grundar sig på uppgifter om vad som faktiskt skett, utan på vad studenterna minns eller vill uppge. Det är därför inte otroligt att denna negativt färgade rapportering är påverkad av studenternas egna inställningar eller tolkningar av vad som skett, och att skillnaden i t. ex. uppväxtvillkor därför inte i realiteten varit så stor som den ter sig i studenternas uppgifter. De som av någon anledning är måna om att ge en ur konventionella synpunkter avvikande eller klandervärd bild av sig och sin situation kan överdriva åt ett håll, medan de som har den motsatta tendensen kan överdriva åt motsatt håll, och därmed förstärka skillnaden.

Det är frestande att försöka ge en generaliserande beskrivning eller tolkning av detta mönster. Givetvis utgör det bara en del av det eller de sammanhang som skulle kunna erhållas med andra undersökningsinstrument. Sådana generaliserande beskrivningar eller tolkningar kan därför bara betraktas som försöksvisa extrapoleringar av undersökningens resultat. De kan också göras på många sätt.

Vi tror att det är viktigt att uppmärksamma den betydelse som inte bara olika terminologier, utan också olika – och ofta implicita – värderingar, har för valet av beskrivning.

En nära till hands liggande beskrivningsmodell är den psykiatriska, enligt vilken mönstret får rollen av symtom på intrapsykiska störningar: dessa cannabisbenägna studenter är (tidigt) emotionellt störda i större utsträckning än de icke cannabisbenägna. Dels uppvisar de neurotiska symtom, dels mera utagerande eller karaktärsstörda sådana. Intresset för cannabis är bara ett av många tecken på omogenhet, adolescensproblematik, neurotiska konflikter, bristande impulskontroll och bristande överjagsfunktioner.

En sociologisk modell karakteriserar inte de cannabisbenägna som abnorma, utan strukturerar beskrivningen som en förklaring av avvikande beteenden: dessa studenter är i hög grad alienerade med karakteristiska attityder, och de har lärt in vissa beteenden i delgrupper med avvikande och protestbetonade delnormer. Deras reaktioner på normkonflikter i samhället är annorlunda och starkare än de övrigas.

En annan beskrivning, i vardagstermer, är »neutral» både vad gäller värderingen av och förklaringen till de avvikande beteendena: Med benägenheten att pröva cannabis sammanhänger en tendens att betrakta sin tidigare och aktuella situation – liksom samhällssituationen i stort – som otillfredsställande, och att generellt betrakta tillvaron som mera problemfylld. De benägna uppvisar en kritisk och sensibel, eller »överkänslig», inställning till sig själva, till sin uppväxt och till omvärlden. De tycks således vara missnöjda med sitt förflutna, med sitt närvarande och med de framtidsperspektiv som erbjuds, och visar tecken till att på olika sätt – medvetet och omedvetet – söka förändringar.

En fjärde beskrivning, slutligen, är »neutral» på förklaringsplanet men snarast positiv i värderingen av beteendena och attityderna: de cannabisbenägna uppvisar en lägre tendens att skärma av obehagliga erfarenheter och att »censurera verkligheten», större självständighet och mindre stereotypt rolltagande, större nyfikenhet på upplevelser och större behov att explorera sig själva och omvärlden. De skulle kanske kunna kallas tabuprövare.

Till sist vill vi ge några reflexioner om samspelet mellan sådana »cannabisintresserade» som beskrivits här och personer eller auktoriteter (myndigheter) som har motsatta attityder.

Sannolikt reagerar de »cannabisintresserade» inte på samma sätt som andra på åtgärder mot cannabisbruk (t. ex. kriminal-

politiska åtgärder, information av olika slag, officiella deklarationer). Deras beteenden och attityder formas delvis som protest och/eller som »självuppfyllande profetia» på grund av omgivningens karakteristik och bemötande av dem själva. Åtgärder för att motverka intresset för cannabis måste utformas med hänsyn till – det ofullständigt kända – sammanhanget mellan detta intresse och andra egenskaper.

Appendix

Sedan denna rapport sammanställts har resultaten av två likartade undersökningar kommit oss tillhanda. Då båda gäller narkotikabruk bland studenter, och båda har med vår undersökning anmärkningsvärt parallella resultat, återger vi här i kort sammandrag de viktigaste fynden.

1. »Narkotikaundersökning», Eriksson, E., Gustafsson, I. och Ågerup, B., Hälsovårdsdelegationen, Stiftelsen Göteborgsstudenternas Hälsovårds- och motionsidrottsnämnd, Stencil (Preliminär rapport) 1969.

Undersökningen syftade till att kartlägga inställningen till och spridningen av narkotika och jämställda medel bland studenter i Göteborg, samt att försöka beskriva gruppen cannabisbrukare.

Ur en undersökningspopulation definierad som studerande födda 1934 eller senare, inskrivna vid Göteborgs Universitet och högskolor, drogs ett stickprov (obundet slumpmässigt urva') av 514 personer. Till dessa utsändes ett frågeformulär med frågor delvis hämtade ur vårt formulär. Bortfallet var ca 13 %. En jämförelse mellan dem som svarat tidigt resp. sent med avseende på rapporterad användning av narkotika gav inga skillnader. Detta tolkades som ett visst stöd för antagandet att bortfallsgruppen inte varit särskilt belastad av personer med sådan användning.

Resultat: 1. *Förekomst:* Cannabis hade tagits av männen i 12 % (över 10 gånger av 4 %), av kvinnorna i 8 %. Centralstimulerande medel peroralt hade tagits av männen i 6 %, kvinnorna 5 %. Centralstimulerande medel i injektion hade tagits i hela materialet av ca 0,5 %, samma storleksordning gäller erfarenheter av morfin, opium och LSD. Cannabisbruket verkade att som regel vara sporadiskt.

2. *Debutomständigheter* (cannabis): 25 % hade debuterat utomlands, en tredjedel före 20-årsåldern, ungefär lika många före som efter påbörjandet av högre studier. Så gott som samtliga hade försetts med medlet av vänner.

Rekryteringen uppvisade lika stora andelar (30 %) för 1966 och tidigare, 1967, och vårterminen och sommaren 1968. Tidsperioden höstterminen 1968 – mars 1969 (då undersökningen gjordes) uppvisar proportionsvis betydligt lägre siffra (11 %).

3. *Exposition:* 65 % uppgav sig känna någon som prövat cannabis, 12 % uppgav sig ha bekanta som »ofta använder» cannabis. 19 % uppgav sig ha blivit erbjudna pröva cannabis före 1968, 18 % under tiden 1968–1969.

4. *Studenternas skattning av förekomsten* av narkotikabruk bland studenter i Göteborg visade en grov överskattning av cannabisbruket, och i viss mån också betr. bruket av andra medel.

5. *Data betr. dem som tagit cannabis:* Flertalet kom från storstad, tillhörde de yngre studenterna och var inskrivna 1965 och senare. De var överrepresenterade bland studerande på den »beteendevetenskapliga sektionen» (pedagogik, psykologi, sociolo-

gi). De som tagit cannabis (och de för cannabis benägna bland dem som inte tagit cannabis) var i högre grad kritiska mot föräldrarnas normer och värderingar, ansåg i mindre utsträckning det vara viktigt att förbereda den framtida yrkesrollen, och hade i stor utsträckning politiska vänstersympatier.

2. »Students and Drugs». Drugs II: College and High School Observations», Blum R. H. and Associates, Jossey-Bass Inc., San Francisco 1969.

Denna undersökning, vars frågeformulär till innehåll och konstruktion givit många uppslag till det formulär som vi använt, är en intervjuundersökning av drygt 1300 college- och high school-studerande övervägande i åldern 18–21 år. Bortfallet var obetydligt.

Frekvensen av rapporterad användning av narkotika var i starkt stigande jämfört med tidigare undersökningar, och högre än i vår undersökning. Särskilt gäller detta hallucinogener (LSD m. fl.) och centralstimulantia peroralt, men också cannabis (dvs. marihuana).

Blum fann ett konsekvent mönster av skillnader i erfarenheter och attityder mellan dem som tagit narkotika och dem som inte gjort det. De förra kom i större utsträckning från familjer med hög inkomst, med konflikt mellan föräldrars och studenters värderingar, och från familjer som flyttat omkring. De karakteriserades bl. a. av att i större utsträckning läsa humaniora och beteendevetenskaper, vara missnöjda med sin studiesituation, och att inte finna utbildningen relevant för livs- och yrkesmål. Däremot fanns inga skillnader i fråga om betyg. De var pessimistiska om sin framtid, religiöst ointresserade och tyckte att livet tedde sig annorlunda än de väntat. Vidare hyste de oftare misstro mot auktoriteter, ansåg politiskt deltagande och aktivism mycket viktiga, upplevde en förändring av sina politiska sympatier från föräldrarnas och i riktning åt vänster, och sympatiserade mycket ofta med vänsterriktningar. De upplevde sig som utanför en rad sociala identiteter av lägre och högre ordning (familjen, ämneskamrater, studenter, amerikaner, medlemmar av den västerländska kulturen osv.). Ett mycket utmärkande drag för dem som tagit narkotika var också att lägga stor vikt vid att söka efter nya erfarenheter (»extremely important to seek new experience»).

13—914398

5 Case-finding survey angående narkotikamissbrukare kända av olika myndigheter i Stor-Stockholm under tiden den 1 juli—31 december 1967

Gunborg Frej

5.1 *Inledning*

Denna undersökningsrapport behandlar en s. k. case-finding survey av narkotikamissbruksfall, som under en viss bestämd tidsperiod inom ett visst bestämt område var kända av olika myndigheter, främst med sociala eller sjukvårdande uppgifter.

Undersökningen omfattade tidsmässigt sista halvåret 1967 och geografiskt det s. k. storstockholmsområdet.[1]

Målsättningen var att få en grov uppskattning hur många narkotikamissbrukare av olika slag, som var kända av olika myndighetstyper inom ovan angivna tidsperiod och område.

5.2 *Undervisningens planläggning*

Undersökningen beslöts av narkomanvårdskommittén. Genomförandet uppdrogs till Socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet. Planläggningen påbörjades våren 1967.

Ett enkätformulär utformades.[2] Vid de berörda myndigheterna[3] skulle alla tjänstemän, som i sin arbetsutövning kom i kontakt med narkotikamissbrukare,[4] rapportera dessa fall på enkätformulären till Socialmedicinska institutionen.

Efter skrivelser till förvaltningscheferna för de olika myndigheterna insände dessa namn- och adressförteckningar på den personal som skulle deltaga i undersökningen.[5] Förteckning med namn och adresser på alla läkare inom det aktuella området införskaffades också.

I juni månad 1967 utsändes skrivelser och enkätformulär till de personer som enligt ovan skulle tjänstgöra som uppgiftslämnare vid undersökningen.

Den 8 september 1967 övertog författaren till denna rapport administreringen av undersökningen.

5.3 *Tillvägagångssättet vid genomförandet av undersökningen*

Undersökningsmaterialet kan sägas avgränsas genom följande steg vid bestämningen av undersökningens geografiska område

[1] Exakt redogörelse för undersökningsområdet lämnas i avsnittet »Tillvägagångssättet vid genomförandet av undersökningen».

[2] För enkätformulärets innehåll redogörs i avsnittet »Tillvägagångssättet vid genomförandet av undersökningen».

[3] De myndigheter som deltog i undersökningen anges i avsnittet »Tillvägagångssättet vid genomförandet av undersökningen».

[4] Någon definition av begreppet narkotikamissbruk resp. -missbrukare lämnades ej till de personer som skulle deltaga i undersökningen. Enkätformuläret har som rubrik: »Kartläggning av Medicin- och Giftmissbruk». I själva formuläret meddelas som upplysning till dem som skall fylla i formulären, att »allt bruk av marihuana, haschisch och LSD klassas som missbruk».

[5] Dock ej barnavårdsnämnden och skolorna i Stockholm samt polisdistrikten inom undersökningsområdet. Dessa myndigheter ville själva sköta informationen till tjänstemännen.

och myndighetstyper samt genom sättet att insamla materialet med hjälp av vissa nyckelpersoner.

I. Det geografiska område som denna »case-finding survey» eller kartläggning omfattar är Stockholms stad och den s. k. inre förortszonen i storstockholmsområdet. I denna zon ingår följande kommuner: Boo, Botkyrka, Danderyds köping, Djursholms stad, Huddinge, Järfälla, Lidingö stad, Märsta, Nacka stad, Saltsjöbadens köping, Sollentuna köping, Solna stad, Sundbybergs stad, Tyresö, Täby köping, Upplands Väsby, Österhaninge.

II. Uppgiftslämnande myndigheter i de ovan nämnda kommunerna har indelats i följande grupper:

1. Socialvårdsmyndigheter.
2. Polisen.
3. Kriminalvårdsmyndigheter.
4. Skolor.
5. Sjukhus och privatpraktiserande läkare som bedriver psykiatrisk sjukvård.
6. Somatisk sjukvård.
7. Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare (RFHL).

1. Socialvårdsmyndigheterna är utanför Stockholms stad samtliga socialvårdsbyråer i egenskap av verkställande organ för barnavårdsnämnd, socialnämnd och nykterhetsnämnd. Uppgiftslämnande myndigheter för socialvården i Stockholms stad består av arbetsvårdsnämnden, barnavårdsnämnden, nykterhetsnämnden och socialnämnden. Dåvarande Kungl. Socialstyrelsens skolbyrå har även lämnat uppgifter och har förts till denna grupp.

2. De polisdistrikt som omfattar eller berör delar av undersökningsområdet är Stockholm,[1] Danderyd, Handen (kommunerna Tyresö och Österhaninge),[2] Huddinge (kommunerna Huddinge och Botkyrka), Jakobsberg, Lidingö, Märsta (Märsta kommun), Nacka (Boo kommun, Nacka stad och Saltsjöbadens köping), Sollentuna, Solna (städerna Solna och Sundbyberg), Täby (Täby köping).

3. Fångvårdsanstalten Långholmen, skyddskonsulenterna inom undersökningsområdet samt Skyddsvärnet i Stockholm.

4. Samtliga skolor som faller under de kommunala skolmyndigheterna.

5. Förutom samtliga mentalsjukhus, psykiatriska och barnpsykiatriska kliniker samt läkare som uppgivit att de utövar psykiatrisk sjukvård ingår i denna grupp även specialpolikliniken vid Rålambshovs sjukhus, alkoholpolikliniken vid Mariapolikliniken (utom vad gäller personer under 21 år, då uppgifterna kommit via barnavårdsnämnden i Stockholm), Norra polikliniken och Stadshagspolikliniken.

6. I denna grupp ingår alla andra sjukhus och läkare som inte tillhör någon av de föregående grupperna.

7. RFHL har fått utgöra en egen grupp, då det inte är underställt någon myndighet.

III. Uppgiftslämnarna inom de ovan angivna myndighetsgrupperna fördelar sig efter yrkeskategori enligt tabell 1 nedan.

Ett visst »bortfall» av uppgiftslämnare skedde under tiden undersökningen pågick. Tabell 2 nedan visar hur många personer av olika yrkeskategorier som meddelat, att de av olika anledningar ej skulle räknas som uppgiftslämnare. Som framgår av tabell 7 är det många uppgiftslämnare som

Tabell 1. Antal personer i olika yrkeskategorier som erhöll enkätformulär.

Yrkeskategori	Antal personer	Procent
Läkare	2 440[3]	43
Socialvårdstjänstemän (inkl. kuratorer)	654	12
Sjuksköterskor	221	4
Psykologer	81	1
Rektorer, lärare	80	1
Poliser	2 127[4]	38
Andra yrken	25	0
Totalt antal personer	5 628	100

[1] Polisen i Stockholm deltog endast under tiden den 1/10–31/12 1967.

[2] De aktuella kommunerna inom distrikten anges inom parenteserna.

[3] Det stora antalet läkare beror på att skrivelser och enkätformulär utgick till samtliga läkare inom undersökningsområdet.

[4] Som tidigare nämnts i not 4 sid 194 ombesörjde polisen distributionen av enkätformulären och informationen angående undersökningen internt. Den angivna siffran härrör från uppgifter från polisen efter undersökningstidens slut.

Tabell 2. »Bortfallets» fördelning på yrkeskategorier och orsak.

Yrke	Ej kontakt med nark.	Arbetar ej nu	Ej angiven orsak	Adressaten okänd	Totalt
Läkare	205	57	17	2	281 (12%)[1]
Soc.-vårdare	14	—	1	3	18 (3%)
Sjuksköterskor	4	—	—	2	6 (3%)
Psykologer	—	—	—	—	0 (0%)
Rektorer	7	—	—	—	7 (8%)
Poliser	—	—	—	—	0 (0%)
Övrigt	—	—	3	—	3 (1%)
Totalt	230	57	21	7	315 (6%)

[1] Procenttalen inom parentes anger »bortfallsprocenten» för de olika yrkeskategorierna.

inte insänt några formulär men ej meddelat, att de inte har haft kontakt med narkotikamissbrukare i sitt arbete under den aktuella tidsperioden.

Totalt var det endast 6 % av de 5 628 personer, som engagerades i undersökningen, som meddelade, att de ej kunde lämna några uppgifter.

Som väntat är det i huvudsak läkare som meddelat, att de ej kommer i kontakt med narkotikamissbrukare i sitt arbete. Läkare av alla kategorier fick, som tidigare angetts i not 1 under tabell 1, enkätformulär utan att först tillfrågas, om de kunde ha uppgifter att lämna. Övriga yrkeskategorier fick formulär endast om chefen för myndigheten i fråga ansåg, att de kunde komma i kontakt med narkotikamissbrukare i sitt arbete. Att inte någon polis meddelat, att han inte har några uppgifter att insända kan förklaras med att de enskilda poliserna inte haft någon direkt kontakt med undersökningsadministrationen.

Som angavs i avsnittet »Undersökningens planläggning», utsändes i samband med att undersökningen började en informationsskrivelse och enkätformulär till varje uppgiftslämnare; med de i samma avsnitt angivna undantagen. Påminnelsebrev med förnyad information om undersökningens syfte och metod utsändes den 27 september och den 15 december 1967.

5.4 *Bearbetning*

Som tidigare nämnts är undersökningen en case-finding survey. Undersökningsinstrumentet är ett enkätformulär, innehållande följande *undersökningsvariabler:*

I. Bakgrundsvariabler:
Kön, ålder, civilstånd, nationalitet, yrke, kommun, församling (endast för Stockholms stad).

II. Narkotikavariabler:
Preparat, intagningssätt, missbrukstid, missbrukstyp,[1] gulsot, spritmissbruk.

III. Övriga undersökningsvariabler:
Grund till uppgifterna, uppgifternas tillförlitlighet, uppgiftsmyndighet, uppgiftslämnarens tjänsteställning.

Undersökningsenhet är individen vilken rapporterats som narkotikamissbrukare. Samma individ kan ha rapporterats av flera uppgiftslämnare.

Först sorterades enkätformulären för varje uppgiftslämnande myndighet efter individernas födelsedata. Endast en uppgift för varje individ från samma myndighet medtogs vid bearbetningen. Därefter jämfördes varje myndighet parvis med övriga myndigheter. Antalet uppgiftslämnande myndighet per individ varierade mellan en till fem.

Alla uppgifter som inkom efter den 1 januari 1968 har kontrollerats angående tidpunkten då personen ifråga hade kontakt med den myndighet som insänt uppgifterna. De uppgifter som ej avsåg undersökningstiden den 1/7–31/12 1967 medtogs ej i bearbetningen.

Nästa steg i bearbetningen var att utarbeta ett kodschema för ovannämnda undersökningsvariabler. De insamlade uppgif-

[1] Om missbruket sker tillfälligt, periodiskt eller vanemässigt.

terna överfördes enligt detta kodschema till ett särskilt stansunderlag, varefter materialet bearbetades maskinellt.

Då det förekom mer än en uppgiftslämnare för samma individ, fanns det ofta olika svar på frågorna (vilket kan ses som bevis för att reliabiliteten är låg). Då olika uppgifter förekom skulle följande kodningsregler tillämpas: Först skulle hänsyn tagas till uppgiftslämnarnas möjlighet eller förmåga att bedöma ett tillstånd eller företeelse. Om det t. ex. från en infektionsklinik meddelats, att en person haft gulsot, men andra uppgiftslämnare uppgivit, att så ej varit fallet, har uppgiften från infektionskliniken bedömts som den korrekta. Samma har varit förhållandet vad gäller uppgiften angående spritmissbruk. Uppgifter från nykterhetsnämnder, psykiatrer och dylika uppgiftslämnare, som är uppmärksamma på patienters alkoholvanor, har ansetts vara mer tillförlitliga än andra myndigheters. Då olika uppgifter förekommit från två likställda myndigheter, vilket varit sällsynt med undantag av svar som avser missbrukstidens längd och missbrukstypen, följdes nedanstående principer. Vid den förstnämnda variabeln, missbrukstidens längd, har s. k. »fällande» princip använts och vid variabeln missbrukstyp »friande». Detta innebär att vid två olika tidsangivelser har den längsta tiden kodats och vid missbrukstypen svaret »tillfälligt» i stället för »periodiskt» och det sistnämnda i stället för »vanemässigt». Med undantag av dessa fyra omnämnda variabler är svarskoderna inte exklusiva, varför man kunnat ta hänsyn till olika uppgifter från olika uppgiftslämnare. Då det i enstaka fall förekom olika uppgifter för bakgrundsvariablerna, kontrollerades uppgifterna i folkbokföringsregisterna.

Brist på information och motivation hos den enskilde uppgiftslämnaren, liksom den extra arbetsbörda ifyllandet och insamlingen av data innebär, är faktorer som man hela tiden måste beakta vid bedömningen av undersökningsresultaten. Det är en felkälla som ej kan kontrolleras eller mätas. Validiteten och reliabiliteten i de uppgifter som sänts in går inte heller att mäta i denna undersökning. Här skall endast påpekas vissa brister i undersökningsinstrumentet och i samband därmed upplysningar som lämnats av uppgiftslämnare samt iakttagelser vid bearbetningen (kodningen, se även föregående stycke).

Formuleringarna av vissa frågor och i synnerhet svarsalternativ i enkätformuläret är ur metodisk synpunkt inte invändningsfria. Definitioner eller information om vad som skall mätas med de olika frågorna har, med undantag av en fråga, ej lämnats till de personer som skulle fylla i formulären. Då det t. ex. finns svarsalternativ som lätt kan uppfattas på olika sätt av uppgiftslämnarna påverkar detta naturligtvis resultatens tillförlitlighet i negativ riktning. Det begränsade utrymmet vid s. k. öppna svar har gjort att det ibland varit svårt att veta till vilken delfråga svaren skall hänföras. Detta gäller främst fråga 1, där även delfrågorna är oklart formulerade.[1] Även vid fråga 5 kan kritik i detta avseende framställas.[1]

Uppgifter inkom på 3 027 individer men för 368 var formulären ifyllda endast vad avser variablerna kön, ålder, nationalitet, intagningssätt, missbrukstid, grund till uppgifterna, myndighet och uppgiftslämnarens tjänsteställning. »Uppgiftsmyndighet» för dessa individer är dr. Nils Bejerots »stickmärkesundersökning» vid kriminalpolisen i Stockholm. Sammanlagt inkom uppgifter för 844 individer från denna »myndighet». För 476 individer förekom uppgifter även från andra myndigheter, varför samtliga variabler kunde bearbetas för dessa individer. De resterande 368 enkätformulären har emellertid inte kunnat bearbetas mer än vad avser de ovan uppräknade variablerna. Denna brist i materialet bör ihågkommas vid tolkningen av procenttalen, då dessa av ovannämnda anledning är beräknade på basen 2 659 individer för de variabler på vilka uppgift saknas i de nämnda 368 fallen. Vid bearbetningen sammanfördes uppgifterna från stickmärkesundersökningen

[1] Se bilaga A, enkätformuläret.

Tabell 3. Uppgiftslämnarnas bedömning av svarens tillförlitlighet.

	Antal	Procent
Tillförlitliga	2 304	87
Osäkra	220	8
Vet ej	135	5
Totalt	2 659	100

med dem från polisen i Stockholms stad, då de individer som blir föremål för stickmärkesundersökning är anhållna och intagna på arrestavdelningen vid kriminalpolisen i Stockholm.

Graden av tillförlitlighet för de lämnade uppgifterna har skattats av uppgiftslämnarna. Tabell 3 visar resultatet härav.

Många uppgiftslämnare har meddelat undersökningsledaren, att de ansåg det ytterst svårt att fylla i frågeformuläret, då de ansåg sig sakna information angående sina klienters narkotikavanor och situation. Det är därför överraskande att i tabell 3 finna, att uppgifterna för 87 % av de fullständigt ifyllda formulären har ansetts som tillförlitliga av uppgiftslämnarna. Man kan tänka sig två olika förklaringar härtill: om en tjänsteman med tystnadsplikt lämnar uppgifter till en undersökning av detta slag, gör han det endast för sådana fall som är säkert dokumenterade. Vidare kan man tänka sig att uppgifterna angetts som tillförlitliga i så stor utsträckning, antingen på grund av att uppgiftslämnarnas beteende påverkats av den vanliga benägenheten att försöka tillfredsställa undersökarens krav på honom, eller på grund av att det för uppgiftslämnaren själv känns otillfredsställande att uppge att uppgifterna är otillförlitliga, då det gäller upplysningar av konfidentiellt slag.

Resultatet i tabell 4 styrker det förstnämnda antagandet, att uppgiftslämnarna huvudsakligen sänt in uppgifter angående narkotikamissbruk som är klart dokumenterat i journal- eller aktmaterial.

Tabell 4. Källorna till uppgifterna.

Källa	Antal	Procent
Personlig kännedom	201	7
Akt- eller journalmaterial	955	32
Intervju	721	24
Personlig kännedom och akt- eller journalmaterial	233	8
Personlig kännedom och intervju	120	4
Akt- eller journalmaterial och intervju	395	13
Alla tre typerna av källor	294	10
Annan källa	82	3
Ej angiven källa	26	1
Totalt	3 027	100

5.5 *Rapporterade narkotikamissbruksfall i förhållande till uppgiftsmyndighet och uppgiftslämnare*

Som uppgavs i föregående avsnitt inkom uppgifter på 3 027 individer. Antalet inkomna enkätblanketter var, efter makulering vid mer än en uppgift från samma myndighet, 4 392.

Tabell 5 visar hur antalet uppgifter fördelar sig på de 3 027 individer uppgifterna avsåg.

Denna tabell visar att hela 69 % av individerna rapporterats endast från en myndighet. I tabell 6 kan man se hur de inkomna uppgifterna fördelar sig på de olika uppgiftsmyndigheterna.

Den »myndighet» som lämnat de flesta uppgifterna är stickmärkesundersökningen, som svarar för 19 % av det totala antalet uppgifter. Fall som därutöver rapporterats från polisen i Stockholm är endast 95. Detta resultat beror förmodligen på att poliserna i Stockholm känner till Nils Bejerots stickmärkesundersökning och ansett

Tabell 5. Antal uppgifter per individ.

	Antal	Procent
En uppgift	2 081	69
Två uppgifter	633	21
Tre uppgifter	232	8
Fyra uppgifter	56	2
Fem uppgifter	25	1
Totalt	3 027	100

Tabell 6. Antal uppgifter per myndighet.

Myndighet	Totalt antal uppg.	Procent	Antal uppgifter gemensamma med andra myndigheter
Barnavårdsnämnden i Stockholm	428	10	201
Socialnämnden i Stockholm	434	10	226
Nykterhetsnämnden i Stockholm	167	4	63
Polisen i Stockholm	95	2	24
Stickmärkesundersökningen	844	19	476
Skolarna i Stockholm	85	2	33
Socialvården utanför Stockholm	105	2	67
Polisen utanför Stockholm	182	4	112
Skolorna utanför Stockholm	54	1	18
Mentalsjukhus och psykiatriska kliniker	492	11	204
Specialpolikliniken vid Rålambshovs sjukhus	60	1	38
Poliklinik 6 vid Roslagstulls sjukhus	448	10	250
Andra infektionskliniker	55	1	25
Övriga sjukhus och mottagningar	155	4	66
Privatläkarmottagningar	80	2	16
Fångvårdsanstalten Långholmen	347	8	246
Kriminalvårdens frivård	228	5	160
Socialstyrelsens skolbyrå	70	2	56
Arbetsvårdsnämnden i Stockholm	19	0	8
RFHL	17	0	8
Okänd uppgiftslämnare	27	1	14
Totalt	4 392	100	2 311

att det varit tillfyllest att fallen rapporterats av honom. En annan förklaring till denna bristfälliga rapportering från polisen i Stockholm, som uppgivit, att ett mycket stort antal personer engagerats i denna undersökning,[1] kan vara, att det inte förekom någon direktkontakt mellan Socialmedicinska institutionen och de enskilda uppgiftslämnarna vid polisen. Några informations- eller påminnelsebrev har därför inte utgått till dessa. Ju fler led och anhalter som förekommer mellan en kommunikationskälla och mottagaren av ett meddelande, ju större risk föreligger för att meddelandet aldrig skall nå fram eller nå mottagaren i förvanskat skick. Mot detta kan man invända, att polisen utanför Stockholm sänt in ett ganska stort antal fall. Inte heller här förekom någon direktkontakt mellan den enskilda uppgiftslämnaren och undersökningsledningen. Polisen utanför Stockholm hade emellertid ordnat sin information och distribution av enkätformuläret på ett annat sätt än polisen i Stockholm. Man hade inom de olika distrikten utsett en person som hade kontakt med undersökningsledaren och som skötte kontakten med sina kolleger.

Bland myndigheter som tycks ha kontakt med ett stort antal narkotikamissbrukare kan nämnas barnavårdsnämnden i Stockholm, socialnämnden i Stockholm, hepatitmottagningen vid Roslagstulls sjukhus, psykiatriska sjukvårdsorgan samt kriminalvården. Vad gäller den sistnämnda kan påpekas, att det är anmärkningsvärt få rapporter från frivården i förhållande till antalet från Långholmen. Anmärkningsvärt få uppgifter har lämnats från skolorna. Det kan även här påpekas, att någon direktkontakt förekom ej mellan uppgiftslämnarna vid skolorna i Stockholm och undersökningsledningen.[2] Detta kan således vara en orsak till att antalet rapporterade fall är så lågt från denna uppgiftsmyndighet.

[1] Se tabell 1 och not 2 där under.
[2] Se not 4 sid. 195.

I kolumnen längst till höger i tabell 6 kan man se hur många rapporter de olika uppgiftsmyndigheterna har gemensamt med andra myndigheter. Det bör påpekas att det inte är antalet gemensamma individer. Av tabell 5 har det framgått att antalet individer som rapporterats från mer än en uppgiftsmyndighet är 946. Narkotikamissbrukare som är rapporterade från myndigheter med polisiära eller kriminalvårdande uppgifter är kända av andra myndigheter i större utsträckning än vad som genomsnittligt gäller. De personer som rapporterats av privatpraktiserande läkare är minst kända hos andra institutioner.

För att se vilka myndighetskombinationer som var vanligast utfördes korstabuleringar mellan de olika myndighetstyperna efter den indelning i sju grupper, för vilken redogjorts i avsnittet »Tillvägagångssättet vid genomförandet av undersökningen». I korthet blev resultaten följande: Vid två uppgiftslämnare är kombinationen polis–kriminalvård den vanligaste, därnäst polis–socialvård. Då det förekommer tre uppgiftslämnare för samma individ kommer de flesta uppgifterna från socialvård och polis, i nämnd ordning. En stor del av uppgifterna härrör från kriminalvårdande och sjukvårdande myndigheter. Även då det gäller personer som rapporterats från fyra eller fem myndigheter har de flesta uppgifterna inkommit från socialvård, polis och kriminalvård. Som sammanfattning av denna bearbetning kan man således konstatera, att ju fler rapporter som inflöt om en individ desto oftare befanns denne både erhålla socialhjälp och vara kriminaliserad.

I tabell 1 har angivits hur uppgiftslämnarna fördelade sig på olika yrkeskategorier. Tabell 7 skildrar hur många uppgifter som inkommit från dessa olika yrkeskategorier.

Om man jämför denna tabell med tabell 1 kan man se att den yrkeskategori som mest kommer i kontakt med narkotikamissbrukare i sitt arbete är socialarbetarna. 41 % av uppgifterna har lämnats av läkare. 865 uppgifter, ca hälften av alla läkaruppgifterna, har lämnats av en läkare vid vardera av uppgiftsmyndigheterna poliklinik 6 vid Roslagstulls sjukhus, fångvårdsanstalten Långholmen och Socialstyrelsens skolbyrå. Antalet läkare, i förhållande till yrkeskårens storlek, som deltagit i undersökningen är därför inte stort. Antalet sjuksköterskor är ännu mindre. 92 % av de uppgifter som i tabell 7 uppgivits ha lämnats av sjuksköterskor har lämnats från stickmärkesundersökningen, där en sjuksköterska har skött rapporteringen. Som redan nämnts under tabell 6 har poliser och rektorer/lärare lämnat anmärkningsvärt få uppgifter.

Tabell 7. Antal uppgifter per yrkestyp.

Yrkestyp	Antal uppg.	Procent
Läkare	1 793	41
Socialvårdstjänstemän (inkl. kuratorer)	1 225	28
Sjuksköterskor	920	21
Psykologer	62	1
Rektorer, lärare	12	0
Poliser	277	6
Övervakare	54	1
Övriga yrken	18	0
Okänt	31	1
Totalt antal uppgifter	4 392	100

5.6 *De rapporterade narkotikamissbrukarna*

Undersökningsvariablerna, som avser de enskilda narkotikamissbruksfallen, har presenterats i avsnittet »Bearbetning». De har där delats in i två grupper: bakgrundsvariabler och narkotikavariabler. Undersökningsresultaten skall här presenteras i samma ordning.

Frågeställningarna har varit följande:

1. Vad är det för grupper i samhället som är kända som narkotikamissbrukare av olika samhällsorgan?
2. Vilka missbruksvanor förekommer?

5.6.1 Bakgrundsvariablerna

Antalet män är ungefär tre gånger så stort som antalet kvinnor. Om man jämför med normalpopulationen i undersöknings-

Tabell 8. Bakgrundsvariabler.

Kön

Män	Kvinnor	Totalt
2 254 (74 %)	773 (26 %)	3 027 (100 %)

Ålder

—15 år	16—17	18—20	21—25	26—30	31—40	41—	Totalt
221 (7 %)	333 (11 %)	579 (19 %)	737 (24 %)	409 (14 %)	447 (15 %)	301 (10 %)	3 027 (100 %)

Civilstånd

Ogift	Gift	Frånskild	Änka/änkl.	Okänt	Totalt
1 948 (73 %)	271 (10 %)	341 (13 %)	23 (1 %)	76 (3 %)	2 659 (100 %)

Nationalitet

Svensk	Övriga Norden	Övriga Europa	Utom-europeisk	Okänt	Totalt
2 973 (98 %)	39 (1 %)	7 (0 %)	2 (0 %)	6 (0 %)	3 027 (100 %)

Yrke

Soc. gr. 1	Soc. gr. 2	Soc. gr. 3	Stud.	Hemmafru	Saknar anst.	Totalt
7 (0 %)	364 (14 %)	1 144 (43 %)	422[1] (16 %)	50 (2 %)	672 (25 %)	2 659 (100 %)

[1] Av dessa var 217 grundskoleelever och 205 andra studerande.

området är kvinnorna alltså starkt underrepresenterade. Om man däremot jämför med statistik över grupper med avvikande beteende, är denna könsfördelning överraskande i motsatt riktning. Kvinnorna brukar t. ex. inom nykterhetsvården utgöra ca 5 % av klientelet och inom kriminalvården som helhet ca 8 %.[1] Medianåldern är 23,6 år. 61 % av de rapporterade fallen var under 26 år. Det är ca dubbelt så stor andel som i normalpopulationen.[2] 30 % av materialet finns i åldersgruppen 16–20 år, 25 % i åldersgrupperna över 30 år.

Då åldersfördelningen inte alls motsvarar ålderspyramiden för undersökningsområde, är det svårt att i en enkel frekvenstabell göra några jämförelser med normalpopulationens fördelning på olika civilstånd. I tabell 11 skall dock dylika jämförelser göras.

En fjärdedel av de 2 659 personer för vilka det finns uppgift om sysselsättning saknade anställning. Det är troligt att denna siffra är för låg. I enkätformuläret frågas nämligen endast efter »yrke eller huvudsaklig sysselsättning». Det finns ingen fråga, huruvida personen vid undersökningstillfället arbetade eller ej. Således är det troligt att uppgiftslämnarna ibland besvarat denna fråga med det yrke som individen tidigare haft eller med den titel som

[1] SOS, Socialvården 1965; SOS, Kriminalvården 1966.
[2] Statistisk Årsbok för Stockholms stad, 1967.

finns registrerad. Personer med yrken som klassificerats som socialgrupp 1 eller 2 enligt valstatistikens indelning är klart underrepresenterade. Socialgrupp 1 utgör endast 0,2 % och socialgrupp 2 14 %, medan socialgrupp 3 står för 43 % av fallen. Om man borträknar grupperna studerande, hemmafruar och dem som saknar anställning, blir den procentuella fördelningen mellan socialgrupperna följande: Soc. gr. 1: 0,5 %, Soc. gr. 2: 24,0 %, Soc. gr. 3: 75,5 %. Då man tolkar dessa siffror, bör man komma ihåg att detta inte är en undersökning genom vilken man skall undersöka narkotikamissbruk i normalpopulationen. Undersökningen gäller, som tidigare framhållits förekomsten av narkotikamissbrukare som är kända av olika myndighetstyper. För alla slag av registrerat avvikande beteende är alltid socialgrupp 1 och 2 underrepresenterade. Även om man således måste räkna med »mörktal», måste man nog antaga att det är vanligare med narkotikamissbruk i lågstatusgrupper än i högstatusgrupper.

Utländska medborgare tycks enligt resultatet i denna tabell inte vara något problem vad gäller narkotika för de myndigheter som deltagit i undersökningen.

De två återstående bakgrundsvariablerna, bostadskommun och -församling, har av tabellariska skäl fått bilda egna tabeller.

Tabell 9 visar hur antalet missbruksfall fördelar sig på de kommuner som ingår i undersökningen.

Tre fjärdedelar av missbruksfallen var bosatta i Stockholms stad. Även om man tar hänsyn till befolkningsunderlaget, har myndigheterna i Stockholm fler narkotikamissbrukare bland sitt klientel än vad som är fallet i förortskommunerna.

De personer som var bosatta i Stockholm har undersökts även vad gäller vilken bostadsförsamling de tillhörde. I tabell 10 nedan har församlingarna sammanförts stadsdelsvis. Då det inte med hjälp av församlingskoder går att avgränsa stadsdelarna Vasastaden och Norrmalm, har dessa två stadsdelar sammanförts i tabellen.

Söderort och Södermalm är de stadsdelar från vilka huvuddelen av fallen rapporterats. Största antalet narkotikamissbrukare hade Enskede församling, 295 eller 15 %. Detta gäller även i förhållande till folkmängden i församlingen. Hägerstens församling svarade för 14 %, 288 personer.

Tabell 9. Antal missbruksfall per kommun.

Kommun	Antal	Procent
Stockholm	1 999	75,1
Boo	13	0,4
Botkyrka	10	0,3
Danderyd	18	0,6
Djursholm	2	0,0
Huddinge	60	2,2
Järfälla	27	1,0
Lidingö	33	1,2
Märsta	16	0,6
Nacka	36	1,3
Saltsjöbaden	6	0,2
Sollentuna	25	0,9
Solna	69	2,5
Sundbyberg	50	1,8
Tyresö	33	1,2
Täby	27	1,0
Upplands Väsby	3	0,1
Österhaninge	31	1,1
Annan mantalsskrivningskommun	164	6,1
Okänt	37	1,3
Totalt	2 659	100

I tabell 11 har bakgrundsvariablerna ålder och kön hållits konstanta vid korstabulering med variablerna civilstånd, yrke – socialgrupp och bostadsort.

I den första avdelningen i tabellen ser man att antalet ensamstående är oproportionerligt stort och gifta oproportionerligt litet. Om man jämför procenttalen i de olika åldersgrupperna för varje civilståndstyp med motsvarande statistik för Stockholms stad, visar sig följande resultat vara de mest

Tabell 10. Antal missbruksfall fördelade efter stadsdel.

Stadsdel	Antal	Procent
Vasastaden och Norrmalm	144	7
Östermalm	88	4
Kungsholmen	116	6
Södermalm	414	21
Västerort	231	12
Söderort	1 006	50
Totalt	1 999	100

Tabell 11. Civilstånd, yrke och bostadsort i relation till ålder och kön.

		Ålder och kön.													
		—15 år		16–17		18–20		21–25		26–30		31–40		41–	
		M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
		202		296		506		644		357		380		274	
Totalt	2 659	128	74	190	106	375	131	483	161	283	74	306	74	200	74
Civilstånd															
Ogift	1 948	128	74	190	106	374	125	415	116	178	31	133	10	58	10
Gift	271						1	36	20	48	18	54	31	42	21
Frånskild	341						2	18	19	44	24	102	29	74	29
Änka/änkling	23						1					2	1	8	11
Okänt	76					1	2	14	6	13	1	15	3	18	3
Yrke-Soc.grupp															
Soc.gr. 1 och 2	371[1]		1	3	19	34	42	29	33	50	25	66	20	41	8
Soc.gr. 3	1 144	2	1	57	14	181	29	328	47	180	13	177	14	85	16
Grundskole- och andra studerande	422	122	71	48	37	59	20	41	7	11	2	2		2	
Sakn. anst. eller hemmafru	722[2]	4	1	82	36	101	40	85	74	42	34	61	40	72	50
Bostadsort															
Stockholm	1 999	80	48	132	73	291	96	361	117	217	63	241	55	166	59
Övriga kommuner	459	43	20	40	24	63	27	87	29	41	7	35	14	18	11
Annan ort/okänd	201	5	6	18	9	21	8	35	15	25	4	30	5	16	4

[1] Soc.gr. 1, 7 personer
[2] Varav hemmafruar 50 personer

Tabell 11 a. Vertikal procentfördelning av tabell 11.

		Ålder och kön.													
		—15		16–17		18–20		21–25		26–30		31–40		41–	
		M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv	M	Kv
		202		296		506		644		357		380		274	
Totalt	2 659	128	74	190	106	375	131	483	161	283	74	306	74	200	74
Civilstånd															
Ogift	73	100	100	100	100	100	95	86	72	63	42	43	14	29	14
Gift	10						1	7	12	17	24	18	42	21	28
Frånskild	13						2	4	12	16	32	33	39	37	39
Änka/änkling	1						1					1	1	4	15
Okänt	3					0	2	3	4	5	1	5	4	9	4
Yrke-Soc.grupp															
Soc.gr. 1 och 2	14		1	2	18	9	32	6	20	18	34	22	27	21	11
Soc.gr. 3	43	2	1	30	13	48	22	68	29	64	18	59	19	43	22
Grundskole- och andra studerande	16	95	96	25	35	16	15	8	4	4	3	1		1	
Sakn. anst. eller hemmafr.	27	3	1	43	34	27	31	18	46	15	46	20	54	36	68
Bostadsort															
Stockholm	75	63	65	69	69	78	73	75	73	77	85	79	74	83	80
Övriga kommuner	17	34	27	21	23	17	21	18	18	14	9	11	19	9	15
Annan ort/okänd	8	4	8	9	8	6	6	7	9	9	5	10	7	8	5

avvikande: Av männen i åldersgruppen 31–40 år är 44 % ogifta. Motsvarande siffra för åldersgruppen 30–44 år i Stockholms stad är 20 %. I samma åldersgrupp är 33 % frånskilda, mot 7 % i normalbefolkningen. 39 % av kvinnorna i detta material är frånskilda i den ovan nämnda åldersgruppen, medan jämförelsesiffran är 9 %. Den tredje typen av ensamstående, änkor/änklingar, motsvarar i stort sett förekomsten i normalbefolkningen. Andelen gifta är anmärkningsvärt liten i åldersgrupperna över 25 år för båda könen. Avvikelserna från normalmaterialet är dock i detta avseende betydligt större för männen. Av 306 män i den tidigare nämnda åldersgruppen är endast 18 % gifta. Procentsiffran för jämförelsestatistiken är 72 %.[1]

I alla åldersgrupper utom den högsta, 41 år eller mer, är kvinnornas andel större än männens i socialgrupp 2.[2] Detta sammanhänger med att till socialgrupp 2 räknas affärsbiträden och kontorsanställda, vilka är överrepresenterade bland kvinnorna. I åldersgruppen 16–17 år dominerar gruppen arbetslösa bland pojkarna, 43 %. Även bland flickorna är denna andel stor, ungefär en tredjedel. I åldersgrupperna över 20 år är det en markant skillnad mellan könen ifråga om arbetslöshet. Till en del skulle denna skillnad kunna förklaras av att andelen gifta är högre bland kvinnorna och att hemmafruarna därför skulle kunna ha påverkat resultatet. Skillnaderna mellan procenttalen »gifta» och »saknar anställning» för kvinnorna är dock så stora att hemmafruarna inte i nämnvärd grad kan ha påverkat detta resultat.

Ju äldre narkotikamissbrukaren är, ju vanligare är det att han bor i Stockholm. I den yngsta åldersgruppen kommer ca två tredjedelar från Stockholm och i den äldsta ca fyra femtedelar. Den tidigare förmodade bristfälliga rapporteringen från skolorna i Stockholm kan naturligtvis ha påverkat detta resultat.

5.6.2 Narkotikavariablerna

I detta avsnitt skall narkotikavariablerna och därmed den andra frågeställningen behandlas.

Fråga 1 i enkätformuläret lyder: »Vilket eller vilka medel missbrukas?» Svaret skulle uppdelas i a) främst och b) även. Vid bearbetningen visade det sig att en mängd olika kombinationer av preparat hade angivits på båda delfrågorna. Av denna anledning gjordes en korstabell för »främst använda medel» (tabell 12) och en likadan korstabell för »även använda medel». Den sistnämnda presenteras endast i sammandrag (tabell 13).

Det viktigaste resultatet i dessa tabeller är den helt dominerande roll centralstimulerande medel spelar. 1 678 personer, 63 %, har uppgivits använda dylika medel enligt tabell 12. 70 av dessa använder det i kombination med opiater. Preludin är det vanligaste medlet bland de centralstimulerande; 1 487 personer, 57 %, använder det i eller utan kombination med andra medel. 670 personer har centralstimulantia som bipreparat. De flesta av dessa hade dock samma typ av preparat också som huvudpreparat. Efter korrigering för dubbelräkning visade sig hela materialet innehålla 1 855, 70 %, missbrukare av centralstimulerande medel.

159 personer, 6 %, är i första hand opiatmissbrukare. Av dessa är det, som ovan nämnts, 70 personer som också har något centralstimulerande medel bland de främst använda. 76 individer, 3 %, har ingen annan typ av huvudpreparat. 294 har uppgivits ha opiatpreparat som »även använt medel». Om man därifrån borträknar de 83 personer som också har ett dylikt preparat som huvudmedel, blir det sammanlagt 370 personer, 14 %, som missbrukar opiater.

483, 18 %, har cannabispreparat som huvudsakligt medel; 368, 14 %, utan något annat huvudpreparat. Totalt är det 731

[1] Statistisk Årsbok för Stockholms stad, 1967, sid 12, tabell 15. Jämförelsetalen är från den 1/11 1966.

[2] Angående socialgrupp 1 se not 1 till tabell 11.

Tabell 12. Främst använda medel.

	Totalt		1 Opiater	2 Lugn/Sömn	3 Cann.[1]	1+2	1+3	2+3	1+2+3	LSD m.m.[2]	Vet ej	Inget av dessa medel
Totalt	2 659		130	235	454	3	22	3	4	57	225	1 526
	100 %		5 %	9 %	17 %	0 %	1 %	0 %	0 %	2 %	8 %	57 %
1. Preludin	1 024	39 %	17	18	49		5	2		19		914
2. Ritalina	71	3 %	4	2	1							64
3. Andra CS[3]	110	4 %	14	6	2		2			2		84
1+2	392	15 %	14	2	17	2	2	1	2	22		330
1+3	28	1 %	1		1					2		24
2+3	10	0 %	2	2								6
1+2+3	43	2 %	2		3	1	1		1	5		30
Annat[4]	88	3 %			13					1		74
Vet ej	225	8 %									225	
Inget av dessa medel	667	25 %	76	205	368		12			6		

[1] Cann. = cannabis.
[2] m. m. = andra hallucinogener
[3] CS = centralstimulerande medel.
[4] Här ingår främst s. k. lösningsmedel men även alla oklassificerbara preparat.

personer, 27 %, som använder cannabis.

245, 9 %, missbrukar sömnmedel eller lugnande medel, varav 40 i kombination med annat huvudpreparat. Det är således 205,8 %, som har lugnande- eller sömnmedel som enda huvudpreparat. Sammanlagt är det 323, 12 %, som missbrukar denna typ av preparat.

Tabell 14 är en summarisk sammanfattning av vad som sagts ovan eller vad som framgår av tabell 12.

Samtliga procenttal har liksom tidigare räknats med 2 659 som bas.

Tabellerna 12–14 har således visat, att centralstimulantia är den mest använda preparattypen men att det även förekommer ett utbrett blandmissbruk.

Tabell 15 är en sammanställning av frekvenser och procenttal för övriga variabler som avser missbruksvanor.

Vid läsning av tabellerna 12–15 får man den uppfattningen att »medelknarkaren» vanemässigt missbrukar centralstimulerande medel genom injektion och att hans missbruk pågått 1–2 år. Tabell 16 är ett försök att undersöka vilka missbruksmönster som förekommer.

Konstruktionen av de olika preparatgrupperna bygger på en vag uppfattning om att preparaten kan inplaceras på en skala efter »farlighetsgraden» hos de olika preparaten. Indelningen, eller tillvägagångssättet över huvud, är inte invändningsfri men har bedömts som en praktisk arbetsindelning. Om en individ missbrukar flera av de olika preparattyperna, har han placerats i den grupp som ligger längst till vänster i tabellen av de aktuella typerna. En person som t. ex. använder något centralstimulerande medel men också röker hasch har hänförts till den förstnämnda typen av missbrukare. Då det gäller intagningssättet har ett liknande tillvägagångssätt använts. Alla personer som uppgivits injicera, i eller utan kombination med andra intagningssätt, har förts till gruppen »injektion». En

Tabell 13. Även använda medel.

Preparat	Antal	Procent
Opiater	112	4
Centralstimulantia	455	17
Cannabis	158	6
Lugnande-, sömnmedel	105	4
Opiater och centralstimulantia	108	4
Andra kombinationer med opiater	74	3
Andra kombinationer med centralstimulantia	107	4
Annat	93	3
Okänt	225	9
Inget bipreparat	1 222	48
Totalt	2 659	100

Tabell 14. Totala antalet personer för olika typer av preparat.

Preparattyp	Totalt Antal	%	Huvudpreparat Antal	%
Opiater	370	14	159	6
Centralstimulerande	1 855	70	1 678	63
Cannabis	731	27	483	18
Lugnande-/sömnmedel	323	12	245	9
LSD el. dyl.	—	—	57	2
Annat	—	—	88	3

Tabell 15. Narkotikavariabler utom missbruksmedel.

Intagningssätt

Sniffning/ rökning	Oralt	Inj.	Sn./rökn. + oralt	Sn./rökn. + inj.	Oralt + inj.	Samtl. 3 typer	Okänt	Totalt
311	366	1 405	114	216	315	162	138	3 027
(10 %)	(12 %)	(46 %)	(4 %)	(7 %)	(10 %)	(5 %)	(5 %)	(100 %)

Missbrukstid

Tillfälligt	1–2 mån.	3–12 mån.	1–2 år	3–6 år	7 år el. mer	Okänt	Totalt
108	159	518	1 019	687	343	193	3 027
(4 %)	(5 %)	(17 %)	(34 %)	(23 %)	(11 %)	(6 %)	(100 %)

Missbrukstyp

Tillf.	Periodiskt	Vanemäss.	Okänt	Totalt
491	695	1 148	325	2 659
(18 %)	(26 %)	(43 %)	(12 %)	(100 %)

Gulsot

Nej	Ja	Troligen	Okänt	Totalt
932	946	84	697	2 659
(35 %)	(36 %)	(3 %)	(26 %)	(100 %)

Antal gånger gulsot

1 g	2 gg	3 gg	4 gg	Okänt	Totalt
859	58	11	4	14	946
(91 %)	(6 %)	(1 %)	(0 %)	(1 %)	(100 %)

Årtal för senaste gången gulsot

1967	1966	1965	före 1965	Okänt	Totalt
617	145	103	63	18	946
(65 %)	(15 %)	(11 %)	(7 %)	(2 %)	(100 %)

Alkoholmissbruk

Nej	Ja	Vet ej[1]	Totalt
1 317	685	657	2 659
(50 %)	(26 %)	(25 %)	(100 %)

[1] I enkätformuläret står svarsalternativet »osäkert». Det är därför svårt att veta vad som avsetts vid detta svarsalternativ. Man skulle kunna tänka sig att somliga menat att det eventuellt föreligger alkoholmissbruk.

person som både sniffar eller röker och tar oralt har förts till gruppen »sniffning/rökning».

Med anledning av att det i de olika grupperna ingår åtskilliga individer med blandmissbruk ter sig vissa celler i första avdelningen av tabellen oförklarliga. Tendenserna framträder dock klart. De flesta individer som missbrukar opiater eller centralstimulantia injicerar, medan de som använder lugnande mediciner eller sömnmedel intar sina medel genom munnen.

Som tidigare nämnts är typvärdet 1–2 år för den beräknade missbrukstiden. Medianmissbrukstiden är 2 år och 1 månad. För opiatmissbrukare är typvärdet 9 år eller mer. Inte mindre än 30 % av fallen finns i denna klass. Typvärdet för dem som missbrukar sömn- eller lugnande medel är 3–4 år. Det är sällsynt med cannabisrökare som hållit på mer än två år. Detta hänger förmodligen samman med att nästan alla, 90 %, i denna grupp tillhör de tre lägsta åldersklasserna, vilket framgår av den nedersta delen av tabellen. Ungefär samma fördelning på missbrukstid uppvisar gruppen »annat», vilken till stor del består av thinnermissbrukare. 60 % av denna grupp är under 16 år.

Nedre delen av tabellen behandlar bak-

Tabell 16. Preparattyperna i relation till övriga narkotikavariabler samt till ålder och kön.

		Främst använt medel					
		Opiater	Cs	Cannabis	Lugn/ sömn	Annat medel	Okänt
Totalt	2 659	159	1 608	381	205	81	225
		6 %	60 %	14 %	8 %	3 %	8 %
Intagningssätt							
Injektion	1 730	136	1 437	73	15	5	64
Sniffn./rökning	425	8	35	300	1	71	10
Oralt	366	11	89	3	184	3	76
Annat/okänt	138	4	47	5	5	2	75
Missbrukstid							
— 5 mån	341	9	158	128	9	27	10
6—11 mån	314	8	187	92	2	16	9
1— 2 år	914	30	646	117	41	20	60
3— 4 år	460	33	308	17	57	8	37
5— 6 år	147	15	92	2	26		12
7— 8 år	97	10	64		16	2	5
9 år—	195	48	99	2	38	3	5
Okänt	191	6	54	23	16	5	87
Typ av missbruksvanor							
Tillfälligt	491	7	229	171	21	29	34
Periodiskt	695	17	487	60	52	26	53
Vanemässigt	1 148	124	774	100	100	11	39
Annat/okänt	325	11	118	50	32	15	99
Kön							
Man	1 965	132	1 212	291	119	60	151
Kvinna	694	27	396	90	86	21	74
Ålder							
—15	202	5	26	113	2	49	7
16—17	296	13	146	119		8	10
18—20	506	18	348	111	5	6	18
21—25	645	39	507	27	14	8	50
26—30	356	34	245	7	25	3	42
31—40	380	34	236	4	52	3	51
41—	274	16	100		107	4	47

Tabell 16 a. Vertikal procentfördelning av tabell 16.

	Främst använt medel						
		Opiater	Cs	Cannabis	Lugn/ sömn	Annat medel	Okänt
Totalt	2 659	159	1 608	381	205	81	225
Intagningssätt							
Injektion	65	86	89	19	7	6	28
Sniffn./rökning	16	5	2	79	0	88	4
Oralt	14	7	6	1	90	4	34
Annat/okänt	5	3	3	1	2	2	33
Missbrukstid							
— 5 mån	13	6	10	34	4	33	4
6—11 mån	12	5	12	24	1	20	4
1— 2 år	34	19	40	31	20	25	27
3— 4 år	17	21	19	4	28	10	16
5— 6 år	6	9	6	1	13		5
7— 8 år	4	6	4		8	2	2
9 år—	7	30	6	1	19	4	2
Okänt	7	4	3	6	8	6	39
Typ av missbruksvanor							
Tillfälligt	18	4	14	45	10	36	15
Periodiskt	26	11	30	16	25	32	24
Vanemässigt	43	78	48	26	49	14	17
Annat/okänt	12	7	7	13	16	19	44
Kön							
Man	74	83	75	76	58	74	67
Kvinna	26	17	25	24	42	26	33
Ålder							
—15	8	3	2	30	1	60	3
16—17	11	8	9	31		10	4
18—20	19	11	22	29	2	7	8
21—25	24	25	32	7	7	10	22
26—30	13	21	15	2	12	4	19
31—40	14	21	15	1	25	4	23
41—	10	10	6		52	5	21

grundvariablernas, kön och ålder, fördelning efter preparattyp. Den väntade könsfördelningen, $^3/_4$ män och $^1/_4$ kvinnor, efter marginalfördelningen uteblir för opiatgruppen och gruppen för sömnmedel och lugnande mediciner. Den sistnämnda gruppen har 58 % män och 42 % kvinnor. För opiatgruppen är könsfördelningen 83 respektive 17 procent.

Det föreligger, som redan nämnts, en klar övervikt för unga åldrar i grupperna »cannabis» och »annat». Däremot är 91 % av sömnmedelsmissbrukarna över 25 år. Även för opiatgruppen förekommer en viss förskjutning mot högre åldersgrupper i förhållande till undersökningsmaterialet i sin helhet.

Som framgår av tabell 15 har till narkotikavariablerna också förts förekomst av gulsot och alkoholmissbruk. 946 personer, 36 % av 2 659, uppgavs ha haft gulsot. Ytterligare 3 % uppgavs troligen ha haft gulsot. 685, 26 %, sades vara spritmissbrukare.

Frågan som avsåg att mäta förekomst av alkoholmissbruk var oklar både vad gäller frågeformuleringen och svarsalternativen. Med anledning härav och efter vad som framkommit vid samtal med en del uppgiftslämnare finns det viss anledning att misstänka att antalet uppgivna spritmissbrukare är för lågt.

Det har ansetts vara av intresse att undersöka vilka personer som i detta material har haft gulsot respektive missbrukar alkohol (tabell 17 och 17 a).

Liksom i tabell 16 har utgångspunkten vid bearbetningen varit typen av missbruksmedel. Det bör uppmärksammas att procenttalen beräknats på antalet personer med gulsot respektive alkoholmissbruk inom de olika preparatgrupperna.

822 personer, 87 % av de 946 som haft gulsot, utgörs av missbrukare av centralstimulantia. Det är 51 % av samtliga i gruppen »centralstimulantia». Vid en första blick kan det tyckas förvånande att 66 personer, 42 % av 159 opiatmissbrukare, har haft gulsot, då man allmänt anser, att morfinister inte brukar umgås i »knarkarkvartar» eller i dylika sällskap där narkotikamissbrukarna i allmänhet blir smittade av andra personer genom gemensamma infekterade sprutor. Som tidigare framhållits använder 70 personer av de 159 opiatmissbrukarna också centralstimulerande medel. Häri kan en förklaring ligga till det relativt sett stora antalet från morfinisterna. Det bör även uppmärksammas att 86 % i denna grupp injicerade narkotikan. Totalt utgör opiatmissbrukarna endast 7 % av dem som haft gulsot.

Kvinnorna är något underrepresenterade.

Den enda betydelsefulla gruppen, missbrukarna av centralstimulantia, har ungefär samma köns- och åldersfördelning som

Tabell 17. Förekomst av gulsot vid olika typer av missbruksmedel samt relationen till kön, ålder, intagningssätt och missbrukstid.

	Främst använt medel						
		Opiater	Cs	Cannabis	Lugn/ sömn	Annat medel	Okänt
Totalt	2 659	159	1 608	381	205	81	225
Bas gulsot	946	66	822	23	7	2	26
	100 %	7 %	87 %	2 %	1 %	0 %	3 %
Kön							
Man	745	60	647	20	4		14
Kvinna	201	6	175	3	3	2	12
Ålder							
—15	22	3	15	3		1	
16—17	94	4	80	7		1	2
18—20	239	8	216	11			4
21—25	299	20	268	2	1		8
26—30	140	15	120		1		4
31—40	114	15	91		3		5
41—	38	1	32		2		3
Intagningssätt							
Injektion	898	64	796	16	4	2	16
Sniffning/rökning	11	1	3	7			
Oralt	15	1	10		3		1
Annat/okänt	22		13				9
Missbrukstid							
— 5 mån	79	2	70	5			2
6—11 mån	116	2	108	2		1	3
1— 2 år	394	14	357	13	2	1	7
3— 4 år	184	17	160	1	1		5
5— 6 år	47	6	40		1		
7— 8 år	30	3	26		1		
9 år—	64	20	42		2		
Okänt	32	2	19	2			9

Tabell 17 a. Vertikal procentfördelning av tabell 17.

		Främst använt medel					
		Opiater	Cs	Cannabis	Lugn/ sömn	Annat medel	Okänt
To talt	2 659	159	1 608	381	205	81	225
Bas gulsot	946	66	822	23	7	2	26
	36 %	42 %	51 %	6 %	3 %	2 %	12 %
Kön							
Man	79	91	79	87	57		54
Kvinna	21	9	21	13	43	100	46
Ålder							
—15	2	5	2	13		50	
16—17	10	6	10	30		50	8
18—20	25	12	26	48			15
21—25	32	30	33	9	14		31
26—30	15	23	15		14		15
31—40	12	23	11		43		19
41—	4	2	4		29		12
Intagningssätt							
Injektion	95	97	97	70	57	100	62
Sniffning/rökning	1	2	0	30			
Oralt	2	2	1		43		4
Annat/okänt	2		2				35
Missbrukstid							
— 5 mån	8	3	9	22			8
6—11 mån	12	3	13	9		50	12
1— 2 år	42	21	43	57	29	50	27
3— 4 år	19	26	19	4	14		19
5— 6 år	5	9	5		14		
7— 8 år	3	5	3		14		
9 år—	7	30	5		29		
Okänt	3	3	2	9			35

den har i hela undersökningsmaterialet.

Som väntat är det de personer som injicerar som får gulsot, 95 % av samtliga. De 3 % som är markerade för »sniffning/rökning» och »oralt» utgörs förmodligen av de tidigare nämnda »blandmissbrukarna». Vad gäller tiden de använt narkotika är klassen »1–2 år» här ännu mer markerad än i föregående tabeller.

Det har företagits en efterundersökning av de patienter som 1964 vårdades på Roslagstulls sjukhus för inokulationshepatit.[1] Detta material utgjordes till 77 % (n = 74) av personer som främst missbrukade centralstimulerande medel. Dominansen är således påtagligare för denna grupp i det här undersökta materialet. Könsfördelningen överensstämmer helt. Även åldersfördelningen överensstämmer väl, dock med en viss förskjutning mot lägre åldrar i detta material i jämförelse med 1964 års hepatitmaterial. Självklart överensstämmer också materialen vad gäller intagningssätt. Missbrukstidens längd är meningslöst att jämföra, eftersom man inte för detta material vet hur länge missbruket pågått vid insjuknandet i gulsot. De slutsatser man med reservation för bristen på jämförbarhet mellan materialen skulle kunna dra av dessa resultat är att gulsotspatienterna under tiden 1964–1967 (65 % av gulsotsfallen i detta material inträffade 1967, se tabell 15) blivit något yngre och att centralstimulerande me-

[1] Frej, Gunborg: sid. 281

del spelar en ännu större roll nu än 1964.

Variabeln alkoholmissbruk har bearbetats på samma sätt som ovan visats vid gulsot. Tabell 18 visar resultaten.

Även i denna tabell är antalet personer som missbrukar centralstimulerande medel absolut sett störst. Om man däremot sätter antalet spritmissbrukare i relation till antalet personer inom varje missbruksmedelsgrupp, är den procentuella andelen spritmissbrukare högst bland personer som främst missbrukar lugnande mediciner eller sömnmedel. Inte mindre än 54 % av denna grupp har uppgivits vara spritmissbrukare. Lägst andel spritmissbrukare har opiatgruppen, endast 11 %.

Kvinnorna är underrepresenterade bland spritmissbrukare i förhållande till hela undersökningsmaterialet. Relativt sett är det flest kvinnor i gruppen som avser sömnmedelsmissbrukare. Procentfördelningen mellan könen är här 76 % män och 24 % kvinnor; alltså samma fördelning som i undersökningsmaterialet generellt.

Om man koncentrerar sig på de grupper som är tillräckligt stora för att det skall vara meningsfullt med procenttal, finner man att åldersfördelningen är i stort sett densamma som i hela materialet, dock med en svag tendens åt de högre åldersklasserna.

Vad gäller intagningssättet av narkotikan är det vanligare med oral intagning bland dem som även missbrukar alkohol än bland övriga narkotikamissbrukare. Både absolut och relativt sett är dock injektion det främ-

Tabell 18. Förekomst av alkoholmissbruk vid olika typer av missbruksmedel samt relationen till kön, ålder, intagningssätt och missbrukstid.

		Främst använt medel					
		Opiater	Cs	Cannabis	Lugn/ sömn	Annat medel	Okänt
Totalt	2 659	159	1 608	381	205	81	225
Bas spritmissbrukare	685	18	389	55	110	15	98
	100 %	3 %	57 %	8 %	16 %	2 %	14 %
Kön							
Man	575	15	331	47	84	15	83
Kvinna	110	3	58	8	26		15
Ålder							
—15	11	1	3	5		2	
16—17	42	3	20	17			2
18—20	103		72	24	2	2	3
21—25	143	3	105	6	7	6	16
26—30	97	5	59	1	14	2	16
31—40	156	5	91	2	32	1	25
41—	133	1	39		55	2	36
Intagningssätt							
Injektion	381	15	326	16	6	1	17
Sniffning/rökning	68	1	10	39	1	12	5
Oralt	199	2	43		100	2	52
Annat/okänt	37		10		3		24
Missbrukstid							
— 5 mån	81	2	42	27	6	2	2
6—11 mån	55	2	37	8	1	2	5
1— 2 år	221		153	16	23	3	26
3— 4 år	133	4	71	4	32	4	18
5— 6 år	48	2	27		12		7
7— 8 år	28	2	13		8	2	3
9— år	64	6	31		21	2	4
Okänt	54		15		7		32

Tabell 18 a. Vertikal procentfördelning av tabell 18.

		Främst använt medel					
		Opiater	Cs	Cannabis	Lugn/sömn	Annat medel	Okänt
Totalt	2 659	159	1 608	381	205	81	225
Bas spritmissbrukare	685 26 %	18 11 %	389 24 %	55 15 %	110 54 %	15 19 %	98 44 %
Kön							
Man	84	83	85	85	76	100	84
Kvinna	16	17	15	15	24		15
Ålder							
—15	2	6	1	9		13	
16—17	6	17	5	31			2
18—20	15		19	44	2	13	3
21—25	21	17	27	11	6	40	16
26—30	14	28	15	2	13	13	16
31—40	23	28	23	4	29	7	26
41—	19	6	10		50	13	37
Intagningssätt							
Injektion	56	83	84	29	5	7	17
Sniffning/rökning	10	6	3	71	1	80	5
Oralt	29	11	11		91	13	53
Annat/okänt	5		3		3		24
Missbrukstid							
— 5 mån	12	11	11	49	5	13	2
6—11 mån	8	11	10	15	1	13	5
1— 2 år	32		39	29	21	20	27
3— 4 år	19	22	18	7	29	27	18
5— 6 år	7	11	7		11		7
7— 8 år	4	11	3		7	13	3
9— år	9	33	8		19	13	4
Okänt	8		4		6		33

sta intagningssättet även bland dem som kombinerar alkohol och narkotika.

Spritmissbruksgruppen skiljer sig inte från övriga narkotikamissbrukare ifråga om missbrukstidens längd.

5.7 *Narkotikamissbrukarna i förhållande till olika myndighetstyper*

I avsnittet »Rapporterade narkotikamissbruksfall i förhållande till uppgiftsmyndighet och uppgiftslämnare» har redogjorts för fördelningen av rapporter på de myndigheter som deltog i undersökningen.

Uppgiftsmyndigheterna har i detta avsnitt indelats i de grupper som presenterades i avsnittet »Tillvägagångssättet vid genomförandet av undersökningen». På grund av det ringa antalet uppgifter från RFHL, 17 fall, har denna sjunde grupp uteslutits från bearbetningen.

Den förut använda indelningen av undersökningsvariablerna i bakgrundsvariabler och narkotikavariabler används även här (tabell 19 och 19 a). De två frågeställningarna[1] i anslutning till denna indelning av variablerna gäller således även denna del av bearbetningen, endast med den skillnaden att undersökningsvariablerna här ställts i relation till olika typer av uppgiftsmyndigheter.

Som redan framkommit av tabell 6 har socialvårdsmyndigheter och polisen, främst stickmärkesundersökningen, lämnat flest an-

[1] Se sid 007.

tal uppgifter. Ca en tredjedel av undersökningsmaterialet har rapporterats från vardera av dessa myndighetstyper, ca en sjättedel har rapporterats från psykiatriska vårdinstitutioner och ungefär lika många från kriminalvården, ca en fjärdedel har rapporterats från läkare och sjukhus som utövar somatisk sjukvård, endast 2 % har rapporterats från skolor.

Med undantag av kriminalvårdsfallen, där andelen kvinnor är betydligt lägre än i de övriga grupperna, är könsfördelningen ungefär densamma i de olika grupperna.

Helt naturligt skiljer sig åldersfördelningen för skolorna avsevärt från marginalfördelningen. Även socialvård och somatisk vård har en förskjutning mot yngre åldrar. Detta beror förmodligen på att i gruppen socialvård ingår uppgifter från barnavårdsnämnder och att gruppen somatisk vård till stor del består av uppgifter från poliklinik 6 vid Roslagstulls sjukhus.[1] Kriminalvården och psykiatriska vårdinstitutioner har större andel från de högre åldersgrupperna än vad som är förhållandet i undersökningsmaterialet sammantaget. Endast 47 fall under 21 år har rapporterats från kriminalvården. Om man undantar skolorna är det endast psykiatrisk vård som tydligt skiljer sig från övriga myndighetstyper ifråga om civilståndsfördelningen. Andelen gifta och frånskilda är störst i denna grupp medan andelen ogifta är lägst. Möjligen kan detta resultat förklaras av att det, som ovan påpekats, föreligger en tendens mot högre åldersklasser i denna grupp.

Som tidigare visats i tabell 8 och i kommentarerna till denna tabell, dominerar personer från socialgrupp 3 samt de arbetslösa detta material. Bland polisklientelet och, i ännu högre grad, inom kriminalvården är andelen från socialgrupp 3 betydligt större

[1] Se tabell 6

Tabell 19. Bakgrundsvariablerna i relation till myndighetstyp.

		Myndighetstyp.					
		Social-vård	Psyk. vård	Soma-tisk vård	Krimi-nalvård	Polisen	Skolor
Kön Totalt	3 027	1 123	536	708	525	1 085	138
Man	2 254	820	378	504	463	860	99
Kvinna	773	303	158	204	62	225	39
Ålder Totalt	3 027	1 123	536	708	525	1 085	138
—15	221	86	25	22		42	88
16—17	333	180	37	95	2	112	21
18—20	579	275	59	204	45	208	8
21—25	737	216	146	183	222	309	7
26—30	409	106	90	72	125	167	5
31—40	447	152	92	65	101	187	8
41—	301	108	87	67	30	60	1
Civilstånd Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Ogift	1 948	858	334	554	375	538	132
Gift	271	93	86	65	54	63	2
Förut gift	364	159	105	65	83	88	4
Okänt	76	13	11	24	13	28	
Yrke Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Soc.gr. 1 och 2	371	124	101	120	74	90	2
Soc.gr. 3	1 144	448	191	328	360	375	15
Grundskole- och andra stud.	422	168	71	103	14	61	113
Sakn. anst. el. hemmafru	722[1]	383	173	157	77	191	8
Bostadsort Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Stockholm	1 999	921	399	564	390	492	83
Övr. kommuner	459	153	101	111	73	166	53
Annan ort/okänd	201	49	36	33	62	59	2

[1] Varav hemmafruar 50 personer.

Tabell 19 a. Vertikal procentfördelning av tabell 19.

		Myndighetstyp.					
		Social-vård	Psyk. vård	Soma-tisk vård	Krimi-nalvård	Polisen	Skolor
Kön Totalt	3 027	1 123	536	708	525	1 085	138
Man	74	73	71	71	88	79	72
Kvinna	26	27	29	29	12	21	28
Ålder Totalt	3 027	1 123	536	708	525	1 085	138
—15	7	8	5	3		4	64
16—17	11	16	7	13	0	10	15
18—20	19	24	11	29	9	19	6
21—25	24	19	27	26	42	28	5
26—30	14	9	17	10	24	15	4
31—40	15	14	17	9	19	17	6
41—	10	10	16	9	6	6	1
Civilstånd Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Ogift	73	76	62	78	71	75	96
Gift	10	8	16	9	10	9	1
Förut gift	14	14	20	9	16	12	3
Okänt	3	1	2	3	2	4	
Yrke Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Soc.gr. 1 och 2	14	11	19	17	14	13	1
Soc.gr. 3	43	40	36	46	69	52	11
Grundskole- och andra stud.	16	15	13	15	3	9	82
Sakn. anst. eller hemmafru	27	34	32	22	15	27	6
Bostadsort Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Stockholm	75	82	74	80	74	69	60
Övr. kommuner	17	14	19	16	14	23	38
Annan ort/känd	8	4	7	5	12	8	1

än i de övriga grupperna. Detta är inget oväntat resultat, eftersom kriminalstatistiken visar en markant överrepresentation av s. k. lågstatusyrken. Det låga antalet arbetslösa i det sistnämnda klientelet är naturligtvis helt felaktigt. Enligt tabell 6 var andelen uppgifter från Långholmen större än andelen från frivården. Den läkare som skötte uppgiftslämningen från Långholmen har förmodligen lämnat uppgift på det yrke eller sysselsättning personerna hade haft före intagningen på fångvårdsanstalt.[1] Myndigheter som utövar läkarvård har större andel personer från socialgrupp 1 och 2 än övriga myndighetstyper, vilket också var att vänta med hänsyn till statistik över socialvårdens respektive sjukvårdens klientel i allmänhet.

Att fördelningen mellan Stockholm och övriga kommuner ifråga om bostadsort är annorlunda för polisen och skolorna är helt i överensstämmelse med vad som framgår av tabell 6 och kommentarerna till denna tabell. Att andelen från annan ort än de i undersökningen ingående kommunerna är störst för kriminalvården är helt naturligt, eftersom en del av de intagna på Långholmen kommer från andra delar av Sverige. Stockholms överrepresentation inom somatisk sjukvård beror förmodligen på det stora antalet uppgifter inom denna grupp från Roslagstulls sjukhus. Störst antal narkotikamissbrukare, både absolut sett och relativt sett för myndighetstypen, har socialvårdsmyndigheterna i Stockholm.

I tabell 20 har klassindelningen av preparaten och intagningssätten skett efter samma principer som i tabellerna 16, 17 och 18.

Störst antal opiatmissbrukare förekom-

[1] Se kommentarerna till tabell 8.

mer inom den psykiatriska sjukvården, som också relativt sett har störst antal missbrukare av denna typ.

Centralstimulantia dominerar dock i samtliga grupper utom i skolorna, där cannabismissbrukarna utgör 64 %. 84 % i gruppen kriminalvård består av personer som använder centralstimulerande medel. Motsvarande siffra för somatisk vård och polisen är 78 %. Att missbruka lugnande medel och sömnmedel är vanligast inom psykiatrisk sjukvård.

Som framgick av tabell 16 fanns det ett klart samband mellan preparattypen centralstimulantia och intagningssättet injicering. Det är således helt i överensstämmelse härmed som kriminalvård, polisen och somatisk sjukvård har störst andel som tar narkotikan genom injektion. På samma sätt är det väntat att den psykiatriska sjukvården har störst andel som tar narkotikan oralt, då det var flest personer som använde lugnande mediciner i denna grupp.

Långa missbrukstider, mer än två år, är vanligast inom psykiatrisk sjukvård och inom kriminalvården. Det var som framgick av tabell 19 dessa två grupper som hade en förskjutning mot högre åldersgrupper. Av samma anledning har skolorna korta missbrukstider.

Det är vanligast med tillfällighetsmissbrukare inom skolmaterialet, vilket förmodligen

Tabell 20. Narkotikavariablerna i relation till myndighetstyp.

		Myndighetstyp.					
		Social-vård	Psyk. vård	Somatisk vård	Kriminalvård	Polisen	Skolor
Preparat Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Opiater	159	59	67	55	47	40	4
Centralstimulantia	1 608	601	315	552	442	562	25
Cannabis	381	210	48	27	14	58	89
Lugnande/Sömnmedel	205	69	87	46	1	11	1
Annat/Okänt	306	184	19	28	21	46	19
Intagningssätt Totalt	3 027	1 123	536	708	525	1 085	138
Injektion	2 098	669	356	591	477	981	33
Sniffning/Rökning	425	225	57	33	17	48	101
Oralt	366	169	117	62	14	19	1
Annat/okänt	138	60	6	22	17	37	3
Missbrukstid Totalt	3 027	1 123	536	708	525	1 085	138
— 5 mån	441	134	44	83	37	158	48
6—12 mån	344	141	47	98	37	108	28
1— 2 år	1 019	446	163	298	180	369	39
3— 6 år	687	236	150	130	182	287	7
7 år—	343	93	119	48	81	127	2
Okänt	193	73	13	51	8	36	14
Missbruksvanor Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Tillfälligt	491	190	56	141	54	70	46
Periodiskt	695	257	137	155	214	212	22
Vanemässigt	1 148	535	298	364	226	371	47
Okänt	325	141	45	48	31	64	23
Gulsot Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Nej	932	361	225	130	158	217	96
Ja	946	336	151	497	272	319	16
Troligen	84	36	30	12	24	35	2
Okänt	697	390	130	69	71	146	24
Spritmissbruk Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Nej	1 317	507	234	399	343	416	91
Ja	685	343	167	136	83	133	8
Okänt	657	273	135	173	99	168	39

Tabell 20 a. Vertikal procentfördelning av tabell 20.

		Myndighetstyp.					
		Social-vård	Psyk. vård	Somatisk vård	Kriminalvård	Polisen	Skolor
Preparat Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Opiater	6	5	13	8	9	6	3
Centralstimulantia	60	54	59	78	84	78	18
Cannabis	14	19	9	4	3	8	64
Lugnande/Sömnmedel	8	6	16	6	0	2	1
Annat/Okänt	12	16	4	4	4	6	14
Intagningssätt Totalt	3 027	1 123	536	708	525	1 085	138
Injektion	69	60	66	83	91	90	24
Sniffning/Rökning	14	20	11	5	3	4	73
Oralt	12	15	22	9	3	2	1
Annat/okänt	5	5	1	3	3	3	2
Missbrukstid Totalt	3 027	1 123	536	708	525	1 085	138
— 5 mån	15	12	8	12	7	15	35
6—12 mån	11	13	9	14	7	10	20
1— 2 år	34	40	30	42	34	34	28
3— 6 år	23	21	28	18	35	26	5
7 år —	11	8	22	7	15	12	1
Okänt	6	7	2	7	2	3	10
Missbruksvanor Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Tillfälligt	18	17	10	20	10	10	33
Periodiskt	26	23	26	22	41	30	16
Vanemässigt	43	48	56	51	43	52	34
Okänt	12	13	8	7	6	9	17
Gulsot Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Nej	35	32	42	18	30	30	70
Ja	36	30	28	70	52	44	12
Troligen	3	3	6	2	5	5	1
Okänt	26	35	24	10	14	20	17
Spritmissbruk Totalt	2 659	1 123	536	708	525	717	138
Nej	50	45	44	56	65	58	66
Ja	26	31	31	19	16	19	6
Okänt	25	24	25	24	19	23	28

sammanhänger med typen av preparat där, cannabis. Psykiatrisk sjukvård, som hade flest opiatmissbrukare, har som väntat störst andel, 56 %, vanemissbrukare. Ca hälften av personerna som rapporterats från somatisk sjukvård och polisen har också betecknats som vanemissbrukare. Kanske beroende på institutionens karaktär har kriminalvården störst andel periodmissbrukare.

Då det gäller förekomst av gulsot är det naturligt att somatisk sjukvård står för de flesta fallen. 70 % av alla inom denna grupp hade haft gulsot. Stor andel har också kriminalvården och polisen. Detta resultat är i överensstämmelse med att det i dessa grupper huvudsakligen injiceras centralstimulantia.

Det är förvånande att finna att kriminalvården, med undantag av skolorna, har lägst andel av kombinerat sprit- och narkotikamissbruk.

5.8 *Sammanfattning av undersökningsresultaten*

3 027 personer har rapporterats som narkotikamissbrukare. Av dessa bor 75 % i Stockholm och där till övervägande del i de södra stadsdelarna.

Socialvårdsmyndigheter och polisen har rapporterat störst antal personer.

Tre fjärdedelar är män och en fjärde-

del kvinnor.

Medianåldern är 23,6 år. Endast 25 % är över 30 år.

Andelen ogifta och frånskilda är oproportionerligt stor, liksom andelen gifta oproportionerligt liten.

98 % är svenska medborgare.

Personer från socialgrupp 3 dominerar.

Minst en fjärdedel saknar arbete.

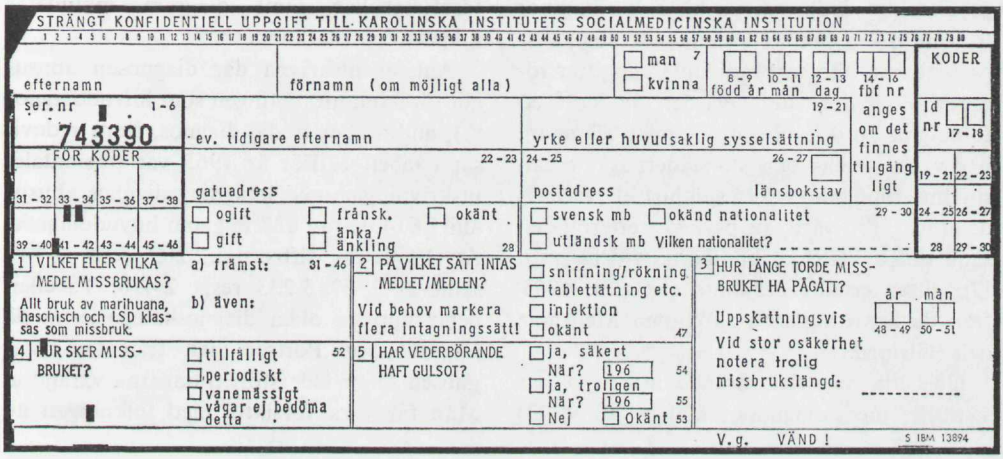
Injicering av centralstimulerande medel är det vanligaste missbrukssättet. Ett ganska utbrett blandmissbruk förekommer dock.

Ca en fjärdedel har uppgivits vara alkoholmissbrukare.

Mer än en tredjedel har haft gulsot.

Slutligen bör återigen framhållas att de presenterade resultaten skall tolkas med stor försiktighet på grund av undersökningsmetodens karaktär och därmed förknippade brister.

Vid undersökningar av detta slag måste man alltid räkna med att antalet rapporterade fall är lägre än det faktiska antalet. Det finns inget som talar för att inte detta skulle gälla även i denna undersökning, där det, som tidigare framhållits, i vissa avseenden också förekom brister i den praktiska tillämpningen av den generella case-finding-metoden.


STRÄNGT KONFIDENTIELL UPPGIFT TILL KAROLINSKA INSTITUTETS SOCIALMEDICINSKA INSTITUTION

efternamn | förnamn (om möjligt alla) | ☐ man ☐ kvinna | 8–9 10–11 12–13 14–16 född år mån dag | fbf nr anges om det finns tillgängligt | KODER

ser. nr 743390 1–6

FÖR KODER

ev. tidigare efternamn 22–23

yrke eller huvudsaklig sysselsättning 24–25

gatuadress 31–32 33–34 35–36 37–38

postadress 26–27 länsbokstav

39–40 41–42 43–44 45–46

☐ ogift ☐ gift ☐ frånsk. ☐ änka / änkling ☐ okänt 28

☐ svensk mb ☐ okänd nationalitet 29–30

☐ utländsk mb Vilken nationalitet? _____

Id nr 17–18 19–21 22–23 24–25 26–27 28 29–30

1 VILKET ELLER VILKA MEDEL MISSBRUKAS?

Allt bruk av marihuana, haschisch och LSD klassas som missbruk.

a) främst: 31–46

b) även:

2 PÅ VILKET SÄTT INTAS MEDLET/MEDLEN?

Vid behov markera flera intagningssätt!

☐ sniffning/rökning ☐ tablettätning etc. ☐ injektion ☐ okänt 47

3 HUR LÄNGE TORDE MISSBRUKET HA PÅGÅTT?

Uppskattningsvis år mån 48–49 50–51

Vid stor osäkerhet notera trolig missbrukslängd: _____

4 NÄR SKER MISSBRUKET?

☐ tillfälligt 52 ☐ periodiskt ☐ vanemässigt ☐ vågar ej bedöma detta

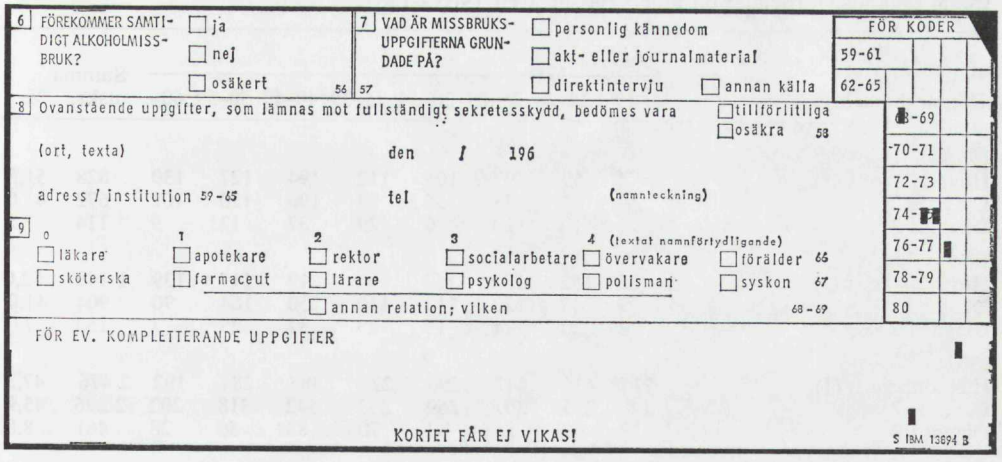
5 HAR VEDERBÖRANDE HAFT GULSOT?

☐ ja, säkert När? 196 54

☐ ja, troligen När? 196 55

☐ Nej ☐ Okänt 53

V.g. VÄND ! S IBM 13894


6 FÖRekommer samtidigt alkoholmissbruk? ☐ ja ☐ nej ☐ osäkert 56

7 VAD ÄR MISSBRUKSUPPGIFTERNA GRUNDADE PÅ? ☐ personlig kännedom ☐ akt- eller journalmaterial ☐ direktintervju ☐ annan källa 57

FÖR KODER 59–61 62–65

8 Ovanstående uppgifter, som lämnas mot fullständigt sekretesskydd, bedömes vara ☐ tillförlitliga ☐ osäkra 58

(ort, texta) den / 196

adress / institution 59–65 tel (namnteckning)

9 0 ☐ läkare ☐ sköterska 1 ☐ apotekare ☐ farmaceut 2 ☐ rektor ☐ lärare 3 ☐ socialarbetare ☐ psykolog ☐ polisman 4 (textat namnförtydligande) ☐ övervakare ☐ föräldrar 66 ☐ syskon 67 ☐ annan relation; vilken 68–69

66–69 70–71 72–73 74–75 76–77 78–79 80

FÖR EV. KOMPLETTERANDE UPPGIFTER

KORTET FÅR EJ VIKAS! S IBM 13894 B

6 En analys av medicinalstatistikens fall av abusus alii

Owe Hoffmann Kaj Håkanson

Medicinalstyrelsen (nuvarande socialstyrelsen) insamlar från och med år 1962 från mentalsjukhus (sjukhus för huvudsakligen psykiatrisk vård) och psykiatriska kliniker (t. o. m. 1966 saknas barna- och ungdomspsykiatriska kliniker) individualuppgifter rörande inom den slutna vården, under året, företagna utskrivningar. Uppgiftslämnare har varit statens och storstädernas mentalsjukhus (undantagna är sjukhus el. vårdavdelningar för vård av psykiskt efterblivna) samt de psykiatriska klinikerna vid lasarett. Uppgifter erhålls därjämte (fr. o. m. 1963) från de landstingsägda sjukhusen Mellringe och Hälsinge.

Ur detta material rörande utskrivna har samtliga med diagnosen abusus alii (323) för åren 1965–1967 tagits fram. Uppgifter för åren 1962 till 1964 finns redovisade i SOU 1967: 25 sidorna 88–93. Vissa jämförelsetabeller samt diagram inkluderas i denna framställning.

Antalet utskrivna där diagnosen abusus alii förekommit, antingen som huvuddiagnos (1), andra eller tredje diagnos, finns redovisat i tabell 1. För år 1965 var totalantalet utskrivningar med intagningsdiagnos abusus alii 1 614, varav 828 fall som huvuddiagnos. År 1966 var siffrorna 2 209 resp. 1 149 samt år 1967 5 233 resp. 2 476. Tabellen delar upp de olika diagnoskategorierna på åldersklasser. Bortser man från tredjediagnosen följer åldersfördelningarna varandra. Man får vara försiktig med tolkningen av

Tabell 1. Utskrivningar där diagnosen abusus alii förekommit som huvuddiagnos, andra resp. tredje diagnos, fördelade på åldersklasser åren 1965—1967.

Diagnoskategori	Ålder								Summa utskr.	%
	–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–		
1965										
Huvuddiagnos (1)	4	59	97	105	112	194	127	130	828	51,3
Diagnos 2	—	41	75	55	89	190	120	102	672	41,6
Diagnos 3	1	10	10	6	29	37	12	9	114	7,1
1966										
Huvuddiagnos (1)	35	152	183	160	144	219	117	139	1 149	52,0
Diagnos 2	9	48	120	113	110	250	164	90	904	41,0
Diagnos 3	2	20	24	15	23	37	25	7	153	7,0
1967										
Huvuddiagnos (1)	217	434	447	290	227	385	284	192	2 476	47,3
Diagnos 2	140	255	307	269	263	542	318	202	2 296	43,9
Diagnos 3	18	60	58	83	70	88	56	28	461	8,8

Tabell 2. Intagningsform fördelad på åldersklasser för åren 1965—1966.

Intagningsform	Ålder –19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Summa utskr.	%
1965										
Psyk. klin. (exkl. förfl.)	—	18	20	21	27	60	41	43	230	27,8
55 §	—	5	17	24	16	41	35	26	164	19,8
Vård, egen ansökan	1	10	24	20	25	37	18	18	153	18,5
Vård, ansökan av an.	2	22	32	27	25	41	21	36	206	24,9
Åter från Fu	1	4	4	11	19	12	11	5	67	8,1
Annan anledning				2		3	1	2	8	1,0
1966										
Psyk. klin. (exkl. förfl.)	10	42	46	30	30	66	25	39	288	25,1
55 §	11	24	33	36	34	65	47	45	295	25,7
Vård, egen ansökan	4	37	42	32	24	32	23	13	207	18,0
Vård, ansökan av an.	10	40	50	43	35	43	19	28	268	23,3
Åter från Fu	—	8	11	16	20	12	2	14	83	7,2
Annan anledning	—	1	1	3	1	1	1	—	8	0.7

Tabell 3. Intagningsform fördelad på åldersklasser för år 1967.

Intagningsform	Ålder –19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Summa utskr.	%
Frivillig vård	140	250	237	202	137	253	208	144	1 571	63,4
Vård m. ansökan och vårdintyg 4 §	50	120	125	44	42	70	42	26	519	21,0
Vård m. ansökan och vårdintyg 7 §	8	26	14	6	17	15	5	4	95	3,8
Domstols förordnande 12 §	—	6	4	1	2	—	—	—	13	0,5
Förflyttad	—	2	2	1	1	2	—	—	8	0,3
Åter från försöksutskrivn.	4	8	29	6	4	8	10	4	73	2,9
Vård enligt barnavårdslagen	7	—	—	—	—	—	—	—	7	0,3
Intagen före år 1967	8	22	36	30	24	37	19	14	190	7,7
Summa	217	434	447	290	227	385	284	192	2 476	100

denna tabell då det är fråga om intagningar och ej individer (en individ kan ju ha skrivits in och ut ett flertal gånger).

Då man vill studera intagningsformen för abusus alii finns det anledning att koncentrera sig på dem som har denna diagnos som huvuddiagnos. Antalet var, som tidigare nämnts, 828, 1 149 och 2 476 för åren 1965, 1966 samt 1967. Andelen intagna på psykiatrisk klinik var (enl. tabell 2) 28 % år 1965. Resten var intagna på mentalsjukhus. För år 1966 var intagningsprocenten till psykiatrisk klinik 25 % och således 75 % till mentalsjukhus. Siffrorna för 1967 kan inte jämföras med tidigare år p. g. a. att primärmaterialet ändrats. Detta framgår vid en jämförelse mellan tabellerna 2 och 3.

Missbruksmedel finns redovisat i 1967 års material. Tyvärr är det oftast med koden 7960 (övr. medel vid psykogena tillstånd, organiska nervsjukdomar m. m.). Denna grupp tillsammans med »medel okänt» har slagits ihop till en grupp. Omkring 80 % av medlen (= ant. fall) faller i denna grupp. Då det ryms så mycket osäkerhet i materialet får man avstå från en meningsfull analys och endast se på tabellerna A och B som en ofullständig bild av missbruksmedel för abusus alii patienter. Tabellerna redovisar uppgivet missbruksmedel (endast ett per individ) uppdelat på ålder och kön. Att märka är att cannabis ej finns med på uppräknade gifter. Detta torde bero på att cannabisfall kodas in under 7960 beroende på att det ej är ett registrerat läkemedel. Registrerade läkemedel kodas enligt nummer i »Synonymregister över farmacevtiska specialiteter» utgiven av Apotekens informationsavdelning.

Fr. o. m. år 1969 ersätts abusus alii-diagnosen (323.) med en mer differentierad kodsättning (304,00–304,99) där man direkt får fram det beroendeframkallande missbruksmedlet.

Tabell A. Missbruksmedel inom skilda ålderskategorier för män.

Missbruksmedel	Ålder —19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	50—59	60—	Summa	%
Opium	1	3	—	—	4	—	—	—	8	0,5
Morfin och morfinderivat	1	5	15	16	6	1	1	1	46	3,0
Centralstim.	7	25	52	19	6	10	—	—	119	7,8
Sömn+rogiv. medel	1	5	14	12	13	29	18	11	103	6,8
Komb. av smärtst. och kramplösande medel	—	2	8	4	2	—	8	—	24	1,6
Övriga+okända medel	94	227	219	154	108	192	145	81	1 220	80,3
Summa medel[1]	104	267	308	205	139	232	172	93	1 520	100

Tabell B. Missbruksmedel inom skilda ålderskategorier för kvinnor.

Missbruksmedel	Ålder —19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	50—59	60—	Summa	%
Opium	—	3	—	—	—	—	—	—	3	0,3
Morfin och morfinderivat	2	3	5	9	6	4	—	—	29	3,0
Centralstim.	12	26	10	2	2	—	1	—	53	5,5
Sömn+rogivande medel	3	13	11	13	15	30	20	17	122	12,8
Komb. av smärtst. och kramplösande medel	—	1	2	—	—	1	2	1	7	0,7
Övriga+okända medel	96	121	111	61	65	118	89	81	742	77,6
Summa medel[1]	113	167	139	85	88	153	112	99	956	100

[1] Summa medel=summa utskrivna, då endast ett medel finns redovisat per utskrivning.

Ser vi till individer i stället för antalet utskrivningar blir det meningsfullt att utreda hemort, ålder, kön, samt övriga relevanta persondata. Tyvärr finns ej namn eller personnummer i primärmaterialet. För att i görligaste mån erhålla individer har ett sannolikhetsförfarande tillämpats. Först har alla med samma födelsetid (år, mån., dag) parats. Därefter har uppdelning gjorts på året för första psykiatriska vård, hemort samt slutligen kön. Enstaka felparningar har naturligtvis gjorts, men deras antal torde kunna lämnas därhän. Då utskrivna för de resp. åren visat samstämmighet på samtliga dessa variabler har det gjorts en individ av dessa med en ackumulerad vårdtid för abusus alii, då den förekommit som huvuddiagnos. Antalet individer blev genom detta förfarande 605 år 1965, 770 år 1966 och 955 år 1967.

Fördelningen per län i olika åldersgrupper framgår av tabellerna 4 till 6. Stockholm,

Tabell 4. Antal individer fördelade efter hemortslän och åldersklass år 1965.

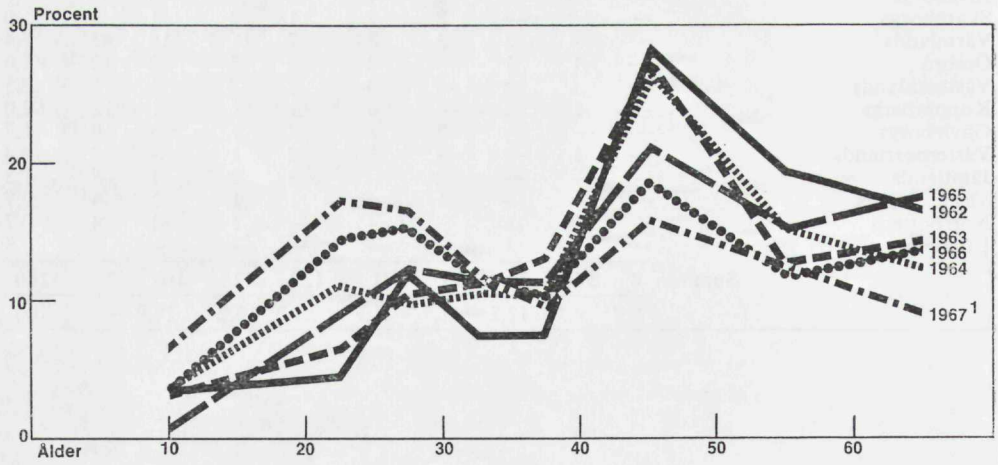
Hemlän	Ålder									Andel
	-19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Sum.	i %
Stockholms stad	2	29	36	25	24	33	19	28	196	32,4
Stockholms län	—	3	4	5	6	15	6	9	48	7,9
Uppsala	—	2	2	6	1	1	6	4	22	3,6
Södermanlands	—	—	3	—	—	5	—	—	8	1,3
Östergötlands	—	1	1	1	1	3	4	1	12	2,0
Jönköpings	—	1	1	2	1	5	3	—	13	2,1
Kronobergs	—	—	—	1	1	4	—	1	7	1,2
Kalmar	—	—	1	—	1	—	1	—	3	0,5
Gotlands	—	—	—	—	—	—	1	—	1	0,2
Blekinge	—	—	—	—	—	1	1	—	2	0,3
Kristianstad	—	—	—	—	—	2	1	3	6	1,0
Malmöhus	—	2	1	1	5	8	3	6	26	4,3
Malmö stad	1	1	3	4	4	5	5	11	34	5,6
Hallands	—	—	1	1	1	1	4	2	10	1,7
Göteborgs och Bohus	1	1	—	1	—	3	—	2	8	1,3
Göteborgs stad	—	7	8	11	4	17	7	9	63	10,4
Älvsborgs	—	2	2	3	1	4	5	6	23	3,8
Skaraborgs	—	—	—	2	—	1	2	1	6	1,0
Värmlands	—	—	2	3	7	7	11	15	45	7,4
Örebro	—	1	1	—	2	3	3	2	12	2,0
Västmanlands	—	2	4	—	3	2	3	1	15	2,5
Kopparbergs	—	1	2	—	6	1	1	1	12	2,0
Gävleborgs	—	—	—	2	2	2	1	3	10	1,7
Västernorrlands	—	1	—	—	1	2	1	—	5	0,8
Jämtlands	—	—	—	2	—	3	2	1	8	1,3
Västerbottens	—	—	—	1	—	1	1	1	4	0,7
Norrbottens	—	1	1	—	—	—	1	1	4	0,7
Utlänning	—	1	1	—	—	—	—	—	2	0,3
Summa	4	56	74	71	71	129	92	108	605	100
%	0,7	9,3	12,2	11,7	11,7	21,3	15,2	17,9	—	100

Tabell 5. Antal individer fördelade efter hemortslän och åldersklass år 1966.

Hemlän	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-59	60-	Summa	%
Stockholms stad	15	49	49	45	30	41	23	20	272	35,3
Stockholms län	—	15	16	6	6	11	2	7	63	8,2
Uppsala	—	7	4	2	5	4	1	4	27	3,5
Södermanlands	—	3	1	—	—	2	1	1	8	1,1
Östergötlands	—	2	1	—	1	3	3	3	13	1,7
Jönköpings	—	1	2	3	3	7	2	1	19	2,5
Kronobergs	—	—	—	—	1	1	—	1	3	0,4
Kalmar	1	—	1	—	1	2	1	—	6	0,8
Gotlands	1	—	—	—	—	—	—	—	1	0,1
Blekinge	—	—	1	—	—	—	—	—	1	0,1
Kristianstad	—	—	2	—	—	3	2	3	10	1,3
Malmöhus	—	2	3	2	4	9	5	8	33	4,3
Malmö stad	—	3	2	7	4	7	3	7	33	4,3
Hallands	—	—	1	1	1	1	2	2	8	1,1
Göteborgs och Bohus	2	1	2	1	—	2	1	2	11	1,4
Göteborgs stad	6	21	11	6	5	15	16	13	93	12,1
Älvsborgs	—	2	4	4	3	6	6	5	30	3,9
Skaraborgs	—	—	1	2	2	—	—	2	7	0,9
Värmlands	1	2	4	4	4	11	10	10	46	6,0
Örebro	—	2	3	—	1	5	1	4	16	2,1
Västmanlands	—	2	2	2	4	4	2	2	18	2,3
Kopparbergs	—	2	1	1	2	3	3	5	17	2,2
Gävleborgs	—	—	1	1	1	1	3	1	8	1,1
Västernorrlands	—	—	—	—	—	3	2	3	8	1,1
Jämtlands	—	1	—	1	—	—	—	2	4	0,5
Västerbottens	—	—	—	1	—	2	1	—	4	0,5
Norrbottens	—	—	5	1	—	1	2	—	9	1,2
Utlänning	—	—	—	—	1	1	—	—	2	0,3
Summa	26	115	117	90	79	145	92	106	770	—
%	3,4	14,9	15,2	11,7	10,3	18,8	11,9	13,8	—	100

Dessa siffror gäller 1965. År 1966 var motsvarande siffror 69 % med medelvärde 32 dagar för förstagångsintagna samt 51 % och 52 dagar för tidigare intagna. År 1967 har 73 % av förstagångsintagna en vårdtid understigande en månad. Medelvärde 27 dagar. Tidigare intagna visar upp siffrorna 66 % och 38 dagar. Det har tydligen skett en minskning i antalet vårddagar per individ mellan åren 1965–1967. I någon mån beror

Diagram 1.



Tabell 6. Antal individer fördelade efter hemortslän och åldersklass år 1967.

Hemlän	-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-59	60-	Summa	%
Stockholms stad	31	76	67	34	29	31	24	22	314	32,9
Stockholms län	14	23	23	11	6	14	7	3	101	10,6
Uppsala	5	5	5	3	5	3	2	2	30	3,1
Södermanlands	1	3	3	2	1	3	1	—	14	1,5
Östergötlands	4	1	2	3	4	2	4	3	23	2,4
Jönköpings	2	2	2	3	4	3	3	1	20	2,1
Kronobergs	—	1	2	3	3	3	1	2	15	1,6
Kalmar	—	—	—	—	1	1	—	—	2	0,2
Gotlands	1	—	1	—	—	—	1	—	3	0,3
Blekinge	1	—	—	—	—	—	—	1	2	0,2
Kristianstads	1	3	1	2	—	6	3	2	18	1,9
Malmöhus	3	3	3	7	5	6	2	8	37	3,9
Malmö stad	2	2	3	3	1	10	5	4	30	3,1
Hallands	—	—	—	2	1	1	2	—	6	0,6
Göteborgs och Bohus	3	3	2	—	—	4	1	—	13	1,4
Göteborgs stad	12	16	20	11	4	20	17	8	108	11,3
Älvsborgs	—	4	4	2	4	10	10	5	39	4,1
Skaraborgs	2	2	—	3	1	3	2	—	13	1,4
Värmlands	—	3	2	5	6	7	10	13	46	4,8
Örebro	7	4	1	2	2	3	1	1	21	2,2
Västmanlands	2	2	2	1	2	3	3	3	18	1,9
Kopparbergs	1	1	2	4	2	1	6	1	18	1,9
Gävleborgs	2	1	3	1	1	5	4	1	18	1,9
Västernorrlands	1	3	1	4	2	5	2	3	21	2,2
Jämtlands	—	—	1	1	—	2	3	—	7	0,7
Västerbottens	4	1	1	2	—	—	1	—	9	0,8
Norrbottens	—	1	—	—	1	—	1	—	3	0,3
Utlänning	—	3	1	—	—	1	1	—	6	0,6
Summa	99	163	152	109	85	147	117	83	955	—
%	10,4	17,1	15,9	11,4	8,9	15,4	12,3	8,7	—	100

Tabell 7. Antal individer (utskrivna) fördelade efter utskrivningsår och åldersklass i absoluta tal för åren 1962—1967.

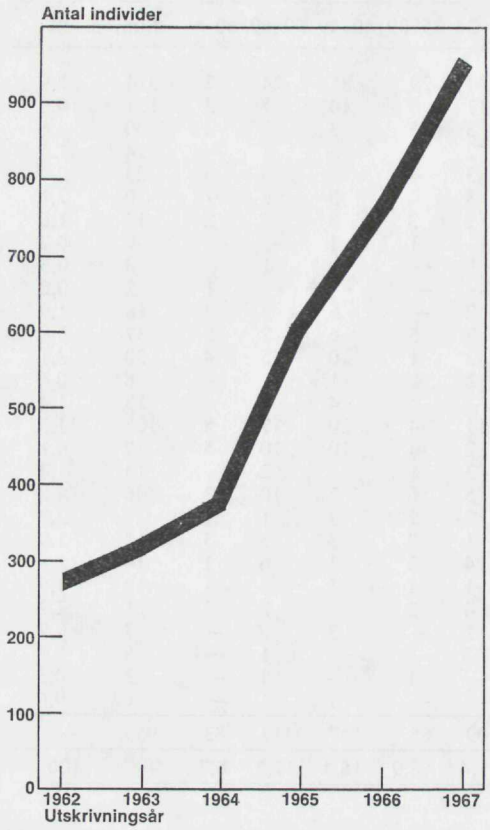
	Utskrivningsår					
Ålder	1962	1963	1964	1965	1966	1967
—19	10	11	14	4	26	99
20—24	12	21	42	56	115	163
25—29	33	33	37	74	117	152
30—34	20	36	39	71	90	109
35—39	20	41	38	71	79	85
40—49	78	86	100	129	145	147
50—59	53	40	57	92	92	117
60—	46	46	48	108	106	83
Summa	272	314	375	605	770	955

detta på åldersgruppen till 19 år för året 1967.

Antalet döda har undersökts för år 1967. Det befanns att fyra individer utskrivits p. g. a. dödsfall (två män och två kvinnor) alla över 30 år.

Slutligen en jämförelse mellan andelen förstagångsintagna åren 1962–1967 (se tabell 17). Här har det skett en relativ stegring från 37 % år 1962 till 45 % år 1967. Även här spelar dock de olika urvalsförfarandena en viss roll. Håller dock trenden i sig kan man räkna med en minskning i antalet vårddagar per individ.

Diagram 2.



Göteborg och Malmö står för omkring hälften av alla missbrukare trots att befolkningsunderlaget är knappt 20 % av Sveriges folkmängd. Fördelningen mellan övriga län är också likartad mellan de tre åren. Totalt sett (i absoluta frekvenser) har dock antalet individer ökat för de flesta län. Totalsiffrorna för riket de tre åren skiljer sig med 165 individer mellan 1965 och 1966 samt med 185 individer mellan år 1966 och 1967.

I diagram 1 kan vi följa utvecklingen från 1962 till 1967. Följande skillnader i urval från de olika åren kan förklara en liten del av ökningen. Åren 1962–1964 var de individer som hade någon ytterligare diagnos än abusus alii ej med i urvalet. År 1967 har barna- och ungdomspsykiatriska kliniker medtagits. Vid manuell granskning av datalistor rörande detta urval har antalet individer från dessa kliniker skattats till ett fyrtiotal. Tabell 7 visar åldersfördelningen i absoluta tal 1962–1967. Den största ökningen har skett i åldersgruppen 20–24 år (vi bortser från gruppen –19 år då denna för år 1967 innehåller individer från barna- och ungdoms psyk. kliniker). Ser vi till den procentuella fördelningen (enl. tabell 8), finner vi en relativ ökning på de yngre åldersgrupperna (29 år och yngre) samt motsvarande minskning för de äldre. Detta är särskilt markant för åldersgruppen 40–49 år, där den relativa minskningen varit ca 10 % medan antalet individer ökat med knappa 70.

Utjämningstendensen vad beträffar åldern kan studeras i diagram 2, där vi ser att åldersdiagrammet uppvisar mindre variation i höjdled för de senare åren.

Kurvorna visar dock i stort samma tendens med låga värden för gruppen under 19 år (vi bortser från år 1967) samt högsta värdena för åldersgruppen 40–49 år.

När togs personerna första gången in för psykiatrisk vård? Tabellerna 9–11 ger en orientering härom. För dem som är yngre än 34 år skedde detta övervägande för mindre än två år sedan (räknat från inskrivningen), medan de över 34 år hade sin första kontakt längre tillbaka i tiden (i mer än 50 % av fallen).

Civilstånd kontra ålder och kön framgår av tabellerna 12 och 13. I den sammanslagna åldersgruppen 25–49 finner vi stora olikheter i civilståndsfördelningen mellan å ena sidan läkemedelsmissbrukarpopulationerna och å den andra normalpopulationen (enligt 1965 års folkräkning). Vi har relativt sett betydligt färre gifta i missbrukarpopulationerna samt högre andelar för förut gifta.

Då man ser till vårdtiderna är det rimligt att dela upp materialet i två grupper, förstagångsintagna i en grupp och de som tidigare varit intagna på mentalsjukhus och/eller psykiatriska kliniker. I tabellerna 14 till 16 har denna gruppering gjorts. 68 % av förstagångsintagna hade en vårdtid understigande en månad. Aritmetiska medelvärdet för gruppen var ca 30 dagar. Gruppen tidigare intagna hade i 54 % av fallen en vårdtid understigande en månad. För denna grupp var aritmetiska medelvärdet 45 dagar.

Tabell 8. Antalet utskrivna individer fördelade efter utskrivningsår och åldersklass i relativa tal för åren 1962—1967.

Ålder	Utskrivningsår 1962	1963	1964	1965	1966	1967	1967[1]
—19	3,7	3,5	3,7	0,7	3,4	10,4	6,7
20—24	4,4	6,7	11,2	9,3	14,9	17,1	17,8
25—29	12,1	10,5	9,9	12,2	15,2	15,9	16,6
30—34	7,4	11,5	10,4	11,7	11,7	11,4	11,9
35—39	7,4	13,1	10,1	11,7	10,3	8,9	9,3
40—49	28,7	27,4	26,7	21,3	18,8	15,4	16,0
50—59	19,5	12,7	15,2	15,2	11,9	12,3	12,8
60—	16,9	14,6	12,8	17,9	13,8	8,7	9,1
Summa	100	100	100	100	100	100	100

[1] Korrigering har gjorts för antal individer på barnpsyk. klin. (38 st.).

Tabell 9. År för första psykiatriska vård uppdelat på åldersklasser för utskrivna individer år 1965 i relativa tal.

Debutår	Ålder –19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Totalt
—1939	—	—	—	—	—	0,8	1,1	2,8	1,0
1940—1949	—	—	—	—	—	6,2	7,6	13,0	4,8
1950—1954	—	—	—	2,8	4,2	4,7	9,8	9,3	4,9
1955—1959	—	1,8	4,1	11,3	28,2	22,5	16,3	14,8	15,2
1960	—	—	4,1	8,5	7,0	4,7	5,4	6,5	5,3
1961	—	1,8	5,4	4,2	8,5	5,4	7,6	1,9	5,0
1962	—	3,6	2,7	14,1	5,6	4,7	9,8	4,6	6,3
1963	—	5,4	10,8	4,2	5,6	4,7	3,3	4,6	5,3
1964	×	10,7	13,5	15,5	9,9	9,3	7,6	7,4	10,2
1965	×	76,8	59,5	39,4	31,0	37,2	31,5	35,2	42,1
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 10. År för första psykiatriska vård uppdelat på åldersklasser för utskrivna individer år 1966 i relativa tal.

Debutår	Ålder –19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Totalt
—1939	—	—	—	—	—	—	3,3	2,8	0,8
1940—1949	—	—	—	—	1,3	4,1	10,9	7,5	3,2
1950—1954	—	—	—	3,3	3,8	4,8	10,9	8,5	4,2
1955—1959	—	0,9	6,0	15,6	22,8	16,6	17,4	15,1	12,5
1960	—	—	2,6	4,4	7,6	4,1	4,3	6,6	3,9
1961	—	0,9	6,0	4,4	5,1	5,5	4,3	2,8	4,0
1962	—	2,6	2,6	2,2	6,3	2,8	8,7	1,9	3,5
1963	—	2 6	4,3	3,3	6 3	8,3	6,5	5,7	5,2
1964	—	7,0	4,3	13,3	11 4	8,3	2,1	6,6	7,1
1965	×	17,4	23,9	14,4	11 4	12,4	10,9	15,1	15,1
1966	×	68,7	50,4	38,9	24,1	33,1	20,7	27,4	40,5
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 12. Civilståndsfördelning inom resp. åldersklass för utskrivna åren 1965—1967, samt en

Ålder	—19				20—24				25—29				30—34	
	TP[1]	MP[2]	MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP
Population		1965	1966	1967		1965	1966	1967		1965	1966	1967		1965
Ogift	99.8	100.0	94.4	95.7	80.7	100.0	94.3	94.2	37.9	76.5	81.8	65.4	20.8	63.6
Gift	0.3	—	5.6	4.3	19.1	—	4.3	5.8	60.8	21.3	14.3	21.2	76.7	29.5
Förut gift	—	—	—	—	0.1	—	1.4	—	1.3	2.0	3.9	13.4	2.4	6.8
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 13. Civilståndsfördelning inom resp. åldersklass för utskrivna åren 1965—1967, samt en

Ålder	—19				20—24				25—29				30—34	
	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP
Population		1965	1966	1967		1965	1966	1967		1965	1966	1967		1965
Ogift	96.2	—	100.0	100.0	57.4	87.5	91.1	88.1	20.2	52.2	55.0	54.2	10.8	37.0
Gift	3.7	—	—	—	42.0	12.5	4.4	3.4	77.4	26.1	32.5	22.9	85.4	37.0
Förut gift	—	—	—	—	0.6	—	4.4	8.5	2.4	21.7	12.5	22.9	3.8	25.9
Summa	100	—	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

[1] Totalpopulation.
[2] Missbrukspopulation.

Tabell 11. År för första psykiatriska vård uppdelat på åldersklasser för utskrivna individer år 1967 i relativa tal.

Debutår	Ålder								Totalt
	-19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	
—1939	—	—	—	—	—	—	0,9	1,2	0,2
1940—1949	—	—	—	—	—	4,1	6,8	6,0	2,0
1950—1954	—	—	—	—	8,2	3,4	7,7	7,2	2,8
1955—1959	—	1,8	5,9	7,3	17,6	20,4	13,7	19,3	10,2
1960	2,0	1,2	2,0	4,6	5,9	4,8	1,7	4,8	3,1
1961	—	—	5,9	5,5	4,7	5,4	0,9	3,6	3,2
1962	—	3,1	3,3	2,8	7,1	4,1	6,0	2,4	3,6
1963	2,0	1,8	3,9	4,6	4,7	5,4	5,1	3,6	3,9
1964	—	4,3	5,3	10,1	4,7	6,8	3,4	2,4	4,8
1965	2,0	10,4	10,5	9,2	7,1	4,8	5,1	7,2	7,3
1966	11,1	18,4	20,4	18,3	9,4	7,5	10,3	4,8	13,3
1967	82,8	58,9	42,8	37,6	30,6	33,3	38,5	37,3	45,5
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100	100

normalpopulation (folkräkningen 1965), män.

		35—39				40—49				50—59				60—			
MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP
1966	1967		1965	1966	1967		1965	1966	1967		1965	1966	1967		1965	1966	1967
52.3	58.2	16.7	44.2	42.3	32.1	14.3	26.3	30.5	21.3	13.6	13.0	15.1	22.9	13.4	12.7	6.8	7.5
36.9	30.4	79.9	37.2	26.9	39.3	81.0	53.9	35.4	49.4	79.9	64.8	58.5	58.6	68.2	65.5	72.9	67.5
10.8	11.4	3.5	18.6	30.8	28.6	4.7	19.7	34.1	29.2	6.5	22.2	26.4	18.6	18.4	21.8	20.3	25.0
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

normalpopulation (folkräkningen 1965), kvinnor.

		35—39				40—49				50—59				60—			
MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP	TP	MP	MP	MP
1966	1967		1965	1966	1967		1965	1966	1967		1965	1966	1967		1965	1966	1967
32.0	33.3	8.6	14.3	25.9	17.2	8.6	16.9	12.7	15.5	11.8	7.9	7.7	10.6	18.9	9.4	10.6	16.2
40.0	40.0	86.1	57.1	40.7	55.2	83.4	49.1	50.8	58.6	74.7	50.0	48.7	51.1	43.6	47.2	44.7	41.9
28.0	26.7	5.2	28.6	33.3	27.6	8.0	34.0	36.5	25.9	13.5	42.1	43.6	38.3	37.5	43.4	44.7	41.9
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 14. Vårdtid för förstagångsintagna och övriga[1] uppdelade på åldersklasser år 1965.

Vårdtid		Ålder –19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Summa	%
Högst 1 dag		—	2	2	1	2	5	1	3	16	6,5
» 1 vecka		1	2	11	6	3	6	4	5	38	15,4
» 4 veckor		2	26	22	11	13	22	7	13	116	47,2
» 3 mån.		—	9	6	9	3	11	14	13	65	26,4
» 6 »		—	3	1	1	—	2	1	2	10	4,1
» 1 år		—	—	—	—	—	—	—	1	1	0,4
Över 1 år		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Summa	3	42	42	28	21	46	27	37	246	
Högst 1 dag		—	—	2	2	4	7	1	—	16	4,5
» 1 vecka		—	5	4	9	6	11	6	5	46	12,8
» 4 veckor		1	6	14	13	16	20	27	35	132	36,8
» 3 mån.		—	3	8	16	19	30	27	28	131	36,5
» 6 »		—	—	3	1	1	14	4	2	25	7,0
» 1 år		—	—	1	2	1	1	—	—	5	1,4
Över 1 år		—	—	—	—	3	—	—	1	4	1,1
	Summa	1	14	32	43	50	83	65	71	359	

[1] Tidigare intagen på psyk.klinik, mentalsjukhus, både psyk.klinik och mentalsjukhus.

Tabell 15. Vårdtid för förstagångsintagna och övriga[1] uppdelade på åldersklasser år 1966.

Vårdtid	Ålder –19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Summa	%
Högst 1 dag	—	4	5	1	2	6	—	—	18	5,6
» 1 vecka	3	17	11	9	5	6	2	4	57	17,7
» 4 veckor	17	37	33	12	7	18	7	16	147	45,6
» 3 mån.	2	23	14	8	6	15	8	9	85	26,4
» 6 »	1	—	3	1	1	—	1	1	8	2,5
» 1 år	—	1	—	1	1	1	1	1	6	1,9
Över 1 år	—	—	—	1	—	—	—	—	1	0,3
Summa	23	82	66	33	22	46	19	31	322	
Högst 1 dag	—	1	2	1	5	2	1	2	14	
» 1 vecka	—	3	16	9	5	13	9	6	61	
» 4 veckor	1	17	15	21	20	37	19	23	153	
» 3 mån.	2	5	13	18	17	33	37	33	158	
» 6 »	—	7	2	6	4	9	6	10	44	
» 1 år	—	—	—	1	3	2	—	1	7	
Över 1 år	—	—	3	1	3	3	1	—	11	
Summa	3	33	51	57	57	99	73	75	448	

[1] Tidigare intagen på psyk.klinik, mentalsjukhus, både psyk.klinik och mentalsjukhus.

Tabell 16. Vårdtid för förstagångsintagna och övriga[1] uppdelade på åldersklasser år 1967.

Vårdtid	Ålder –19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Summa	%
Högst 1 dag	4	11	7	5	3	1	3	2	36	
» 1 vecka	11	24	15	10	7	12	10	3	92	
» 4 veckor	38	38	25	17	8	22	18	18	184	
» 3 mån.	25	20	15	8	3	13	11	7	102	
» 6 »	—	1	—	1	—	1	3	1	7	
» 1 år	—	—	1	2	1	—	—	—	4	
Över 1 år	—	—	—	—	—	—	—	1	1	
Summa	78	94	63	43	22	49	45	32	426	100
Högst 1 dag	1	4	5	3	2	3	5	4	27	5,1
» 1 vecka	4	18	25	19	12	19	10	7	114	21,6
» 4 veckor	6	24	26	20	35	47	28	21	207	39,1
» 3 mån.	5	15	25	18	8	24	25	11	131	24,8
» 6 »	3	6	4	5	5	3	3	5	34	6,4
» 1 år	2	2	4	—	1	1	1	2	13	2,5
Över 1 år	—	—	—	1	—	1	—	1	3	0,6
Summa	21	69	89	66	63	98	72	51	529	100

[1] Tidigare intagen på psyk.klinik, mentalsjukhus, både psyk.klinik och mentalsjukhus.

Tabell 17. Förstagångsintagna i procent av samtliga utskrivna åren 1962—1967.

1962	1963	1964	1965	1966	1967
37,1	37,6	37,6	40,7	41,8	44,6

7 En enkät till lasarett m. m. angående vårdade fall av drogmissbruk den 3 april 1968

Kaj Håkanson Owe Hoffmann

7.1 *Inledning*

Till landets samtliga lasarett, mentalsjukhus, psykiatriska kliniker och alkoholkliniker sände medicinalstyrelsen på hemställan av narkomanvårdskommittén år 1966 blanketter där för varje vårdad missbrukare uppgift om missbrukets art samt vissa sociala data redovisades. Redovisningen utgick från vårdanstalternas beläggning en angiven dag, i detta fall den 5 oktober 1966 (se narkomanvårdskommitténs första delbetänkande, SOU 1967: 25 s. 94–104). En replikation av denna undersökning företogs 1968[1], dock med den viktiga skillnaden i undersökningsbetingelserna att rapporteringsdagen var den 3 april. Eventuella skillnader i resultat mellan de båda undersökningarna kan således vara mer eller mindre beroende av säsongvariationer.

Deltagandet i 1968 års undersökning var hundraprocentigt. Sju (7) fall inrapporterades emellertid först sedan bearbetning av materialet skett, varför dessa utelämnas i den följande redovisningen. Vidare har under hand framkommit att rapporteringen från vissa sjukhus kan vara bristfällig, beroende på den arbetspress som den ansvariga personalen haft. Det är vår förhoppning att denna faktor inte inverkat systematiskt, utan att den relativt slumpmässigt inverkat på både 1966 och 1968 års resultat.

Såsom påpekats vid redovisningen av 1966 års material kan vissa av de data som presenteras lika väl ge en uppfattning om vårdanstaltens principer för intagning, vård av läkemedelsmissbrukare osv. som om den faktiska utbredningen av läkemedelsmissbruk eller relationer mellan olika faktorer förbundna med läkemedelsmissbruk.

Den följande redovisningen av data från 1968 års undersökning får ses mot bakgrund av dessa reservationer. Vissa jämförelser med 1966 års data anställs. I några fall redovisas från den tidigare undersökningen material, som ej föreligger i tidigare delbetänkanden.

7.2 *Bakgrundsfaktorer*

7.2.1 Antal och nationalitet

Med utelämnande av de sju fall, som rapporterats då materialbearbetningen var färdig, uppgår antalet fall till 697 (556 år 1966).

Antal fall med vårdtid endast undersökningsdagen uppgår till 13. Blanketthuvudet (på enkätformuläret) anger emellertid kl. 8.00 som tidpunkt för registrering av fallen varför denna uppgift torde vara av föga värde.

Fallen fördelar sig på följande sätt på olika vårdenheter:

	1966 Antal	%	1968 Antal	%
Psykiatrisk klinik	81	14,6	149	21,4
Mentalsjukhus	401	72,1	484	69,4
Lasarett	66	11,9	52	7,5
Alkoholpoliklinik	8	1,4	12	1,7

[1] Enkätblanketten återges å sid. 246.

Tabell 1. Missbruksfall år 1968 fördelade på ålder och kön.

Ålder[1]	Män		Kvinnor		Summa	
	antal	%	antal	%	antal	%
15—19	18	3,9	28	11,4	46	6,6
20—24	66	14,6	45	18,4	111	15,9
25—29	80	17,7	33	13,5	113	16,2
30—34	76	16,9	18	7,3	94	13,5
35—39	53	11,7	22	9,0	75	10,8
40—49	90	19,9	47	19,2	137	19,7
50—59	49	10,8	30	12,2	79	11,3
60—	20	4,4	22	9,0	42	6,0
Summa	452	100	245	100	697	100

[1] En ytterligare ålderskategori – 14 år fanns med vid bearbetningen av materialet. I denna saknades fall, varför den utgår i fortsättningen.

667 personer uppges vara svenska, 16 finska, 1 dansk, 1 norsk, samt 3 av annan nationalitet. I 9 fall saknas uppgift om nationalitet.

7.2.2 Kön och ålder

Av de 697 individerna är 452 män och 245 kvinnor. Männen svarar för 64,8 % av fallen. År 1966 var motsvarande andel 61,0 %.

Åldersfördelningen framgår av tabell 1.

Motsvarande data redovisas i 1966 års material i grövre kategorier. En jämförelse utfaller enligt tabell 2.

7.2.3 Geografisk fördelning

Fördelning av materialet på län och ålder redovisas i tabellerna 3 och 4. Data i dessa tabeller är desamma, men i tabell 4 har de grövre ålderskategorier som använts för 1966 års material tillämpats, för att möjliggöra jämförelser mellan åren (SOU 1967: 25 s. 96). Individens länstilldelning har emellertid inte skett utifrån samma princip i de båda materialen. I 1966 års material baseras den på vårdplatsens belägenhet, 1968 års på individens hemort. Vid kontroll har visat sig att dessa båda grunder för länstilldelning endast ger små differenser i resultat.

Stockholms stad svarar som år 1966 för en fjärdedel av fallen. En relativ uppgång noteras för Stockholms län (från 3,1 till 8,2 procent). Fluktuationer av denna storleksordning återfinns också för Uppsala län (nedgång), Södermanland (nedgång) och Västernorrland (nedgång). De kan sannolikt ej tillmätas större betydelse som mått på förändringar i missbrukssituationen inom

Tabell 2. Missbruksfall år 1966 och 1968 i procent fördelade på kön och ålder.

Ålder	Män		Kvinnor		Summa	
	1966	1968	1966	1968	1966	1968
—19	5,6	3,9	8,8	11,4	6,8	6,6
20—29	27,7	32,3	27,2	31,8	27,5	32,1
30—39	28,3	28,5	19,4	16,3	24,8	24,2
40—	38,3	35,2	44,7	40,4	40,8	37,0
Summa	100	100	100	100	100	100

Tabell 3. Ålder/Län år 1968.

Län	15–19	20–24	25–29	30– 34	35–39	40–49	50–59	60–	Summa	%
Stockholms stad	12	36	30	25	16	35	15	11	180	25,8
Stockholms län	7	12	9	8	7	7	3	4	57	8,2
Uppsala	2	5	3	2	2	4	4	1	23	3,3
Södermanland	—	1	1	4	1	3	2	—	12	1,7
Östergötland	1	1	7	5	2	3	5	—	24	3,4
Jönköping	3	—	—	5	—	1	2	—	11	1,6
Kronoberg	—	1	1	3	1	2	—	1	9	1,3
Kalmar	—	1	—	1	1	2	2	1	8	1,1
Gotland	2	—	—	1	—	—	—	—	3	0,4
Blekinge	1	—	1	—	1	1	1	—	5	0,7
Kristianstad	—	—	1	—	1	1	—	—	3	0,4
Malmöhus	3	2	9	5	9	16	8	5	57	8,2
Hallands	—	1	1	—	2	1	4	1	10	1,4
Göteborg och Bohus	5	17	11	3	8	11	4	4	63	9,1
Älvsborg	—	1	4	1	1	9	5	3	24	3,4
Skaraborg	1	1	1	1	3	6	3	—	16	2,3
Värmland	—	2	1	3	—	2	3	—	11	1,6
Örebro	2	3	1	1	2	3	1	1	14	2,0
Västmanland	1	3	3	2	1	2	2	—	14	2,0
Kopparberg	1	2	2	5	3	4	2	—	19	2,7
Gävleborg	—	2	8	4	2	6	1	1	24	3,4
Västernorrland	—	5	5	5	1	2	3	1	22	3,2
Jämtland	3	4	1	1	2	2	1	1	15	2,2
Västerbotten	—	1	1	—	—	1	—	2	5	0,7
Norrbotten	—	3	3	—	3	4	1	1	15	2,2
Okänt	2	7	9	9	6	9	7	4	53	7,6
Summa	46	111	113	94	75	137	79	42	697	100

Tabell 4. Ålder/Län år 1968; jämförelse med procentdelen år 1966.

Län	—19	20—29	30—39	40—	Summa	%	% 1966
Stockholms stad	12	66	41	61	180	25,8	24,4
Stockholms län	7	21	15	14	57	8,2	3,1
Uppsala	2	8	4	9	23	3,3	10,3
Södermanland	—	2	5	5	12	1,7	10,1
Östergötland	1	8	7	8	24	3,4	4,1
Jönköping	3	—	5	3	11	1,6	2,2
Kronoberg	—	2	4	3	9	1,3	3,6
Kalmar	—	1	2	5	8	1,1	1,6
Gotland	2	—	1	—	3	0,4	—
Blekinge	1	1	1	2	5	0,7	0,9
Kristianstad	—	1	1	1	3	0,4	0,5
Malmöhus	3	11	14	29	57	8,2	7,2
Hallands	—	2	2	6	10	1,4	—
Göteborg och Bohus	5	28	11	19	63	9,1	7,2
Älvsborg	—	5	2	17	24	3,4	4,7
Skaraborg	1	2	4	9	16	2,3	0,9
Värmland	—	3	3	5	11	1,6	3,8
Örebro	2	4	3	5	14	2,0	1,8
Västmanland	1	6	3	4	14	2,0	0,2
Kopparberg	1	4	8	6	19	2,7	1,8
Gävleborg	—	10	6	8	24	3,4	2,7
Västernorrland	—	10	6	6	22	3,2	7,2
Jämtland	3	5	3	4	15	2,2	1,6
Västerbotten	—	2	—	3	5	0,7	1,4
Norrbotten	—	6	3	6	15	2,2	1,8
Okänt	2	16	15	20	53	7,6	—
Summa	46	224	169	258	697	100	100

Tabell 6. Civilståndsfördelning i skilda åldersgrupper i procent.
MP = missbrukarpopulationen
TP = totalpopulationen

Ålder	15—19			20—24			25—29			30—34	
Population	MP	TP		MP	TP		MP	TP		MP	TP
Kön	(n= 46)	M	K	(n= 111)	M	K	(n= 113)	M	K	(n= 94)	M
Ogift	100	99,8	96,2	91,9	80,7	57,4	68,1	37,9	20,2	56,4	20,8
Gift	—	0,3	3,7	4,5	19,1	42,0	16,8	60,8	77,4	22,3	76,7
Skild	—	—	—	3,6	0,0	0,1	15,0	0,1	0,3	21,3	0,1
Änka/ling	—	—	—	—	0,1	0,5	—	1,2	2,1	—	2,3

[1] Åldersspridningen för missbrukarpopulationen inom denna ålderskategori är skild från totalpop.

respektive län. Värd att notera är dock stabiliteten inom de två storstadsregionerna utom Stockholm: Malmöhus och Göteborgs och Bohus län.

7.2.4 Socialgrupp

Dominansen av socialgrupp III är påtagligare i 1968 års material än i 1966 års. Exakta jämförelser med den svenska totalbefolkningens fördelning på socialgrupper är svåra att göra då tillförlitliga statistiska uppgifter om denna fördelning saknas och indelningsprinciper varierar mellan undersökningar. Varken i 1968 års material eller 1966 års material synes dock socialgrupp III överrepresenterad.

Jämförbarheten mellan de båda aktuella materialen är ej heller fullständig då vissa olikheter i kodningen av materialet föreligger. Bl. a. har kategorin »pensionär» tillkommit i 1968 års material.

Fördelningen av olika missbruksmedel inom de skilda socialgrupperna redovisas nedan sid. 236.

Tabell 5. Missbrukarnas fördelning på socialgrupp i procent.

	1966	1968
Socialgrupp I	2,7	1,3
Socialgrupp II	21,0	18,5
Socialgrupp III	45,3	51,2
Studerande	6,3	8,6
Hemmafru	12,8	9,6
Pensionär	—	1,8
Okänt	11,9	9,0
	100	100

7.2.5 Civilstånd

Missbrukarpopulationen består till 53,5 procent av ogifta personer. Antalet frånskilda är 18,5.

Ogift	53,5
Gift	25,4
Frånskild	18,5
Änka/änkling	2,6

I totalpopulationen utgjorde enligt folkräkningen 1965 de ogifta 43,6 % och de gifta 35,0 %. Totalpopulationen innehåller dock ett stort antal yngre och äldre, som ej är representerade i missbrukarmaterialet. I tabell 6 anges därför fördelningen av civilstånd inom varje åldersgrupp. En differentiering på kön inom missbrukarpopulationen ger små bastal för procenträkning framför allt för kvinnornas del. En sammanslagning av totalpopulationens könskategorier kan också bli missvisande då andelen kvinnor i missbrukarpopulationen genomgående är lägre än i totalpopulationen. Som framgår av tabell 6 är andelen gifta avsevärt lägre i missbrukarpopulationen än i totalpopulationen vilken jämförelsekategori man än väljer, medan det omvända gäller ogifta och frånskilda.

7.2.6 Missbruksmönster

Missbruksmedlens[1] uppträdande inom olika län framgår av tabell 7. Individer kan ha

[1] För kategoriseringen av missbruksmedlen se enkätblanketten på sid. 246. Vid bearbetningen har kategorierna sömnmedel och rogivande medel sammanslagits.

K	35—39			40—49			50—59			60—		
	MP (n= 75)	TP M	K	MP (n= 137)	TP M	K	MP (n= 79)	TP M	K	MP (n= 42)	TP M	K
10,8	40,0	16,7	8,6	29,9	14,3	8,6	22,8	13,6	11,8	14,3	13,4	18,9
85,4	29,3	79,9	86,1	40,1	81,0	83,4	37,9	79,9	74,7	59,5	68,2	43,6
0,6	28,0	0,3	1,1	26,3	0,7	2,8	34,2	2,3	8,4	9,5	15,6	33,8
3,2	2,7	3,2	4,1	3,6	4,0	5,2	5,1	4,2	5,1	16,7	2,8	3,7

missbrukat mer än en typ av medel, varför summan i denna tabell (1 076) är avsevärt högre än summan av individer (697). Stockholms stad och län + Malmöhus + Göteborgs och Bohus län svarar i allmänhet för omkring 65 % av detta registrerade missbruk. LSD-bruket faller till omkring 85 procent inom dessa storstadsregioner medan sömn- och rogivande medel till ungefär 50 procent faller på dem.

I tabell 8 och 8 a redovisas missbruksmedlens fördelning inom olika ålderskategorier. Tabell 8 redovisar bruket i absoluta tal medan 8 a redovisar hur stor del inom olika ålderskategorier som antecknats för missbruk av ett givet medel. Procenttalen erhålls sålunda genom att anteckningar för missbruk av ett givet medel sätts i relation

Tabell 7. Missbruksmedlens geografiska fördelning.

Län	Cannabis	LSD	Opiat	Centr.	Sömn+ rogiv.	Lösn. med.	Andra medel	Summa
Stockholms stad	31	15	36	111	109	7	8	317
Stockholms län	12	5	11	32	32	5	3	100
Uppsala	1	—	1	11	14	—	—	27
Södermanland	2	1	1	7	9	2	—	22
Östergötland	1	—	2	1	17	1	5	27
Jönköping	3	1	—	2	9	1	1	17
Kronoberg	—	—	1	1	9	1	1	13
Kalmar	—	—	—	1	7	—	—	8
Gotland	1	—	—	1	1	2	—	5
Blekinge	1	—	—	1	4	—	1	7
Kristianstad	—	—	—	2	3	—	—	5
Malmöhus	6	2	6	12	45	1	1	73
Halland	—	—	—	2	10	—	—	12
Göteborg och Bohus	18	10	11	25	42	6	2	114
Älvsborg	—	—	—	2	21	1	2	26
Skaraborg	1	—	—	3	13	—	1	18
Värmland	2	1	1	5	8	1	—	18
Örebro	2	—	1	5	11	—	—	19
Västmanland	4	—	2	7	9	3	—	25
Kopparberg	—	1	—	4	15	2	—	22
Gävleborg	1	1	5	12	21	—	3	43
Västernorrland	3	—	4	7	21	1	2	38
Jämtland	1	—	2	—	14	—	1	18
Västerbotten	—	—	1	2	3	—	—	6
Norrbotten	1	—	3	2	12	—	—	18
Okänt	7	1	5	20	43	3	—	79
Summa	98	38	93	278	502	37	31	1 077
%	9,1	3,5	8,6	25,8	46,6	3,4	2,9	
% av individer (697)	14,1	5,5	13,3	39,9	72,0	5,3	4,4	

Tabell 8. Missbruksmedlens fördelning inom ålderskategorier.

Ålder	Cannabis	LSD	Opiat	Centr. stim.	Sömn.+ rogiv.	Lösn. medel	Andra medel	Summa
15—19	29	8	4	30	5	9	2	87
20—24	41	17	22	75	60	12	4	231
25—29	13	6	25	71	68	5	6	194
30—34	10	3	13	37	71	4	4	142
35—39	3	4	14	28	62	1	2	114
40—49	2	—	10	34	122	4	8	180
50—	—	—	5	3	114	2	5	129
Summa	98	38	93	278	502	37	31	1 077
%	9,1	3,5	8,6	25,8	46,6	3,4	2,9	100
% av individer	14,1	5,5	13,3	39,9	72,0	5,3	4,4	697

till antalet individer inom samma åldersklass. Procentsummor uppgår därför varken kolumnvis eller radvis till 100.

Ju lägre ålder desto större andel av missbrukarna har använt cannabis, LSD eller lösningsmedel. Ju högre ålder desto större andel har använt sömn- eller rogivande medel. Opiat- och centralstimulantiamissbruket kan inte sammanfattas på samma enkla sätt. Opiatmissbruket har sålunda enligt dessa uppgifter en relativt jämn spridning från åldrarna 20–39 år. Siffror på mer än 60 procent återfinns för centralstimulantia mellan åldrarna 15 och 29.

Det är påtagliga skillnader mellan medlen vad gäller högsta och lägsta andel missbrukare. Cannabis svänger sålunda mellan 63,0 % (15–19 år) och 0,7 (40–). LSD har som högsta andel 17,4 %, opiater 22,1, centralstimulantia 67,6, sömn- och rogivande medel 92,6. Sömn- och rogivande medel har som lägsta andel 10,9.

Dessa kommentarer hänförde sig till 1968 års siffror. De olika relationerna är i stort sett desamma för 1966 års material. Men talen är för både cannabis och centralstimulantia lägre, medan de för sömn- och rogivande medel är något högre. LSD förekom ej i 1966 års undersökning[1] me-

[1] LSD förekom ej med särskild markering på 1966 års blankett. Däremot angavs LSD som exempel på »andra medel» och för uppgift om »andra medel» fanns en särskild rad där uppgiftslämnaren ombads anteckna vilket medel det var fråga om.

Tabell 8 a. Missbruksmedlens spridning i olika åldersgrupper i procent för 1968 och 1966 (för 1966 inom parentes).

			Cannabis	LSD	Opiater	Centralstimulantia	Sömn- och rogiv. medel	Lösn. medel	Andra
—14	68	(n=0)	—	—	—	—	—	—	—
	66	(n=8)	(14,3)	( )	( )	( )	(14,3)	(85,7)	(—)
15—19	68	(n=46)	63,0	17,4	8,7	65,2	10,9	19,6	4,3
	66	(n=30)[1]	(15,4)	(—)	(7,7)	(50,0)	(26,9)	(26,9)	(—)
20—24	68	(n=111)	36,9	15,3	19,8	67,6	54,1	10,8	3,6
	66	(n=67)	(10,6)	(—)	(19,6)	(45,5)	(48,5)	(16,6)	(4,5)
25—29	68	(n=113)	11,5	5,3	22,1	62,8	60,2	4,4	5,3
	66	(n=86)	(2,3)	(—)	(18,6)	(43,0)	(59,3)	(3,5)	(1,2)
30—34	68	(n=94)	10,6	3,2	13,8	39,4	75,5	4,3	4,3
	66	(n=67)	(—)	( )	(20,6)	(33,8)	(91,2)	(2,9)	(1,5)
35—39	68	(n=75)	4,0	5,3	18,7	37,3	82,7	1,3	2,7
	66	(n=71)	(1,4)	( )	(9,9)	(22,5)	(84,5)	(1,4)	(8,5)
40—	68	(n=258)	0,7	—	5,8	14,4	92,6	2,3	5,0
	66	(n=227)	(0,9)	(—)	(6,2)	(8,4)	(99,1)	(0,9)	(1,8)

[1] Denna siffra har på grund av svårlokaliserbart fel varierat mellan 30 och 34 vid bearbetningen. Differensen har i de aktuella sammanhangen ingen betydelse.

Tabell 9. Huvudsakligt missbruk inom ålderskategorier.

	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Summa	%
Ej uppgift	1	1	2	2	—	5	1	—	12	1,7
Cannabis	13	7	2	1	1	—	—	—	24	3,4
LSD	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Opiater	—	4	—	4	4	—	2	2	16	2,3
Centralstim.	19	54	55	25	16	17	2	1	189	27,1
Sömnm.+rogiv.	2	27	39	52	45	101	72	37	375	53,8
Lösningsmedel	4	4	3	2	1	1	1	—	16	2,3
Op. + central	—	2	3	2	2	5	—	—	14	2,0
Op. eller central	6	11	8	6	6	6	1	1	45	6,5
LSD + cannabis	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Övriga	1	1	1	—	—	2	—	—	6	0,9

dan återstående medel uppvisar tal som liknar 1968 års.

De 38 individer, som missbrukat LSD kommer till mer än 50 procent från stockholmsområdet (20 st.) 10 kommer från Göteborg, 2 från Malmö samt 5 från andra delar av landet. För en person saknas uppgift.

Genomsnittsåldern är 22,6 år och medianåldern ligger på samma tal, 13 är kvinnor. Diagnosen abusus alii åsätts 13 personer, en stor andel av gruppen (jfr. diagnosernas fördelning nedan s. 11).

I 14 av fallen uppges blandmissbruket omfatta de tre medlen cannabis, LSD samt centralstimulantia, medan 16 individer sägs ha missbrukat dessa tre medel samt minst ett ytterligare. De återstående fallen uppvisar kombinationer där cannabis ej ingår.

Missbruksmedel har också rapporterats under rubriken »huvudsakligt missbruksmedel». Fördelningen av missbruksmedel på åldrar framgår av tabell 9.

Som framgår av tabellen förekommer LSD eller kombinationen LSD + cannabis ej som huvudsakligt missbruksmedel. *LSD samt LSD + cannabis utgår därför i den fortsatta redovisningen av huvudsakligt missbruksmedel.*

Medan ungefär lika många av 15–19-åringarna i den aktuella populationen antecknats för cannabismissbruk som för missbruk av centralstimulantia är det en större andel som enligt enkätens uppgifter haft centralstimulantia som huvudsakligt missbruksmedel. När det gäller centralstimulantia och sömn + rogivande medel följer tabellen för *huvudsakligt* missbruksmedel tabellen för missbruksmedel relativt väl.

Tabell 10. Huvudsakligt missbruksmedel inom skilda ålderskategorier i procent.

	—19		20—29		30—39		40—	
	1968 (n=46)	1966 (n=38)	1968 (n=224)	1966 (n=153)	1968 (n=169)	1966 (n=138)	1968 (n=258)	1966 (n=227)
Cannabis	28,3	10,5	4,0	0,7	1,2	—	—	—
Opiater	—	2,5	1,8	2,6	4,7	5,1	1,6	2,2
Centralstim.	41,3	26,7	48,7	28,8	24,3	13,0	7,8	3,5
Sömn + rogiv. medel	4,3	15,8	29,5	30,7	57,4	60,1	81,4	75,8
Lösningsmedel	8,7	31,6	3,1	6,5	1,8	—	0,8	0,4
Komb. med op + centralstim.	—	—	2,2	7,8	2,4	2,9	1,9	0,4
Komb. med anting. op. eller centr.	13,0	7,9	8,5	9,2	7,1	5,8	3,1	3,9
Övriga komb.	2,2	2,5	0,9	1,9	—	2,9	1,2	5,3
Andra medel	—	—	—	1,3	—	2,9	—	2,2
Uppgift saknas	2,2	2,5	1,3	10,5	1,2	7,3	2,3	6,2

Tabell 11. Huvudsakligt missbruksmedel inom sociala kategorier.

	Socialgrupp[1] I	II	III	Studerande	Hemmafru	Pensionär	Uppgift saknas
Cannabis	—	2	6	10	—	—	6
Opiater	—	3	6	1	4	1	1
Centralstim.	1	26	110	26	3	2	21
Sömn. + rogiv.	8	82	180	13	53	10	29
Lösningsmedel	—	—	9	3	2	—	2
Centr. + Opiater	—	6	8	—	—	—	—
Centr. eller opiat.	—	9	23	6	4	—	3
Övriga kombinationer	—	—	4	1	1	—	2
Uppgift saknas	—	1	10	—	—	—	1
Summa	9	129	356	60	67	13	63

[1] Socialgruppsindelningen bygger på en av statistiska centralbyrån tidigare använd indelning.

Från och med 30 års ålder blir sömn + rogivande medel den medeltyp som de flesta inom de olika ålderskategorierna prövat på. Detta återspeglas i de procentuella fördelningarna av *huvudsakligt* missbruksmedel inom ålderskategorierna.

Med en indelning i mer omfattande ålderskategorier, motsvarande det som används i tabell 44 SOU 1967: 25 s. 99 blir resultatet följande (för jämförelse även 1966):

Genomgående finner vi att andelen med centralstimulantia som huvudsakligt missbruksmedel är större i 1968 års material än i 1966 års. I den lägsta ålderskategorin finns dessutom påtagliga skillnader för cannabis-bruk (större andel 1968), sömn- och rogivande medel samt lösningsmedel (lägre andel 1968). Det bör dock noteras att bortfallet (»uppgift saknas») är avsevärt större för de tre översta åldersgrupperna i 1966 års material än i 1968 års.

Missbruksmedlens fördelning inom olika socialgrupper framgår av tabell 11.

Inom socialgrupp II faller de största andelarna således på sömn- och rogivande medel (63,6 %) samt centralstimulantia (20,2 %). Motsvarande siffror för år 1966 var 65,8 respektive 11,1 (SOU 1967: 25 s. 101). För socialgrupp III består skillnaderna främst i en omfördelning mellan sömn- och rogivande medel (50,6) och centralstimulantia (30,9). För 1966 49,2 och 17,1.

Cannabis får en hög siffra bland dem som kategoriserats som studerande: 16,6 (endast 2,9 år 1966). Centralstimulantia får en större andel (43,3) än sömn- och rogivande medel (21,6). Motsvarande siffror för 1966 är 22,9 och 14,3. Att sömn- och rogivande medel inte dominerar bland studerande rimmar väl med det tidigare demonstrerade sambandet mellan ålder och missbruksmedel. Den största skillnaden mellan år 1966 och 1968 återfinns bland studerande för lösningsmedel. Procentsiffran 31,4 år 1966 (mot 5,0 år 1968) kan vara en effekt av en s. k. lokalt uppblossande thinnerepidemi.

Kategorin hemmafruar slutligen domineras klart av missbruk av sömn- och rogivande medel, 79,1 % 1968 och 83,1 % 1966.

7.2.7 Sätt att inta missbruksmedlet

Intagningssätt varierar mellan inhalation (inandning), intagning per os (genom munnen) samt injektion. Dessutom har ett fjärde intagningssätt nämligen intagning genom munnen av medel upplöst eller uppblandat med alkohol rapporterats. Av tekniska skäl finns denna kategori ej med i nedanstående redovisning. Summa sex fall av inhalation + injektion har redovisats under rubriken »injektion». Dessa sex fall faller alla i ålderskategorin under 25 år. Tjugoen (21) fall av per os + injektion redovisas som injektion. Dessa 21 fall är mer jämnt spridda över ålderskategorierna med

Tabell 12. Huvudsakligt intagningssätt i olika ålderskategorier.

		Inhalation	Per os	Injektion	Uppgift saknas
15—19	Antal	17	13	16	—
	%	36,9	28,2	34,8	—
20—24	Antal	11	47	52	1
	%	9,9	42,3	46,8	0,9
25—29	Antal	5	55	51	2
	%	4,4	48,7	45,1	1,8
30—34	Antal	3	65	26	—
	%	3,2	69,1	27,7	—
35—39	Antal	2	56	15	2
	%	2,6	74,7	20,0	2,6
40—49	Antal	—	126	11	—
	%	—	91,2	8,8	—
50—59	Antal	1	76	—	2
	%	1,3	96,2	—	2,5
60—	Antal	—	41	1	—
	%	—	97,6	2,4	—
	Summa	39	479	172	7
	%	5,6	68,7	24,7	1,0

en liten övervikt för åldersgruppen 25–29 år. Inga sådana fall finns i åldrarna över 50 år. Tre fall av inhalation + per os har förts till per os. De tre fallen gäller alla individer under 25 år.

En varning är på plats vid läsning av tabell 12: den anger endast *huvudsakligt intagningssätt*. Att 34,8 % av 15–19-åringarna enligt enkätuppgifterna haft injektion som huvudsakligt intagningssätt betyder inte att motsvarande procent inom denna population över huvud taget injicerat. Den senare siffran är sannolikt högre.

En jämförelse mellan tabell 9 (ovan s. 235) och tabell 12 visar på väntade samband. I de ålderskategorier där centralstimulantia intar en dominerande roll finns de högsta siffrorna för injektion. Från 30 år och uppåt där sömn- och rogivande medel har en allt kraftigare dominans som huvudsakligt missbruksmedel blir också andelen per os som huvudsakligt intagningssätt allt större.

För att möjliggöra vissa jämförelser med 1966 års material redovisas i tabell 12 a huvudsakligt intagningssätt i procent inom fyra åldersgrupper.

Kategoriindelningen i 1966 års bearbetning motsvarar inte exakt 1968 års (se tabell 46 SOU 1967: 25 s. 100). Bl. a. redovisas i denna intagningssättet »kombinerat med alkohol» för sig.

Andelen inhalerande i de olika åldersgrupperna är mycket lika i de båda materialen. Om kategorin »tillsammans med alkohol» i 1966 års redovisning adderas till »per os» så blir andelen per os i 1966 års material för de tre lägsta åldersgrupperna genomgående högre. Det omvända förhållandet gäller för injektion.

Tabell 12 a. Huvudsakligt intagningssätt i procent inom åldersgrupper.

	—19	20—29	30—39	40—
Inhalation	36,9	7,1	2,9	0,4
Per os	28,2	45,5	71,6	94,2
Injektion	34,8	46,0	24,2	4,7
Uppgift saknas	—	1,3	1,2	0,8
Summa	100	100	100	100

Tabell 13. Ålder/Brukets duration.

	—19	20—29	30—39	40—	Summa
Okänd duration	5 (10,9)	6 (2,7)	14 (8,3)	12 (4,7)	37 (5,3)
Mindre än 1 år	17 (36,9)	43 (19,2)	20 (11,8)	38 (14,7)	118 (16,9)
Mer än 1 år	24 (52,2)	175 (78,1)	135 (79,9)	208 (80,6)	542 (77,8)
Summa	46 (100)	224 (100)	169 (100)	258 (100)	697 (100)

7.2.8 Missbrukets duration

I 77,8 % av fallen uppges bruket ha pågått mer än 1 år, i 16,9 % av fallen mindre än 1 år medan uppgift saknas i 5,3 % av fallen. I tabell 13 redovisas brukets duration för fyra grova ålderskategorier.

Den grova åldersindelningen ger emellertid en något skev bild av relationerna. Sålunda har kategorin 15–19 år 52,2 % personer som missbrukat mer än 1 år, kategorin 20–24 72,1. Från 25–29 där siffran är 84,1 håller sig sedan procentsiffran stadigt över 77 %.

7.2.9 Alkoholmissbruk

Kontinuerligt alkoholmissbruk anges ha förekommit i 44,8 % av fallen, medan det saknas uppgift i 7,2 % av fallen. För 48 % har följaktligen angivits att inget alkoholmissbruk är känt. Tabell 14 sätter det kontinuerliga alkoholmissbruket i relation till vilket missbruksmedel som huvudsakligen missbrukas. En jämförelse mellan de olika missbruksmedlens andelar kontinuerligt alkoholmissbrukande blir svår, då bastalen för flertalet missbruksmedel är för små för att möjliggöra procentberäkning. För de tre största missbruksgrupperna blir procenten: centralstimulantia 35, sömn- och rogivande medel 50, och opiater + centralstimulantia 48. Det bör noteras att den sista kategorin inte utesluter samtidigt missbruk av sömn- och rogivande medel.

7.2.10 Diagnos

I 1966 års undersökning förekom omkring 200 diagnoser inklusive kombinationer av diagnoser. Omfattande sammanslagningar av dessa gjordes för att möjliggöra en överskådlig redovisning. Samma sammanslagningar har gjorts för 1968 års material. Vissa principer för kategoriseringen av materialet, som redovisats i det tidigare delbetänkandet skall upprepas här.

Abusus alii, dvs. läkemedelsmissbruk, innebär som beteckning i det följande att endast denna diagnos redovisats. Alla kombinationer med abusus alii redovisas således under annan kategori. Diagnoser där psykos eller psykosliknande tillstånd kombinerats med neuros, nedsatt intellektuell förmåga eller karaktärsstörning har förts under rubriken psykos. Neuros + nedsatt intellektuell förmåga redovisas som neuros medan kombinationer av nedsatt intellektuell förmåga och karaktärsstörning går som karaktärsstörning. I samtliga fall där hepa-

Tabell 14. Kontinuerligt alkoholmissbruk och huvudsakligt missbruksmedel.

	Okänt	Cannabis	Opiater	Centralstimulantia	Sömn.+ rogiv.	Lösnings-med.	Opiater + Centr.	Opiat el Centr.	Övr. komb	Summa	%
Kontinuerligt alkoholmissbruk: Ja	8	5	6	67 (35 %)	190 (50 %)	6	22 (48 %)	6	2	312	44,8
Nej	3	18	7	112	161	6	16	8	4	335	48,1
Ej uppgift	1	1	3	10	24	2	7	2	—	50	7,2
Summa	12	24	16	189	375	14	45	16	6	697	100

Tabell 15. Diagnoser inom skilda ålderskategorier i procent.

	–19	20–29	30–39	40–49	50–59	60–	Totalt 1968	Totalt 1966
Okänt (n=8)	2,2	0,9	0,6	2,2	1,6	0,8	1,1	1,9
Kroppssjukdom (n=12)	2,2	1.3	1,2	0,7	2,3	4,1	1,7	9,7
Psykos (n=65)	15,2	8,5	7,1	8,0	10,5	13,2	9,3	9,4
Neuros (n=117)	21,7	14,3	13,0	20,4	20,5	20,7	16,8	18,8
Nedsatt intell. förmåga (n=3)	2,2	0,4	0,6	—	—	—	0,4	0,7
Alkoholmissbruk (n=81)	2,2	6,3	11,2	17,5	18,2	19,0	11,6	11,2
Karaktärsstörning (n=164)	23,9	30,4	30,2	14,6	13,2	11,6	23,5	17,4
Abusus alii (n=128)	23,9	22,3	15,9	15,3	15,5	15,7	18,4	13,5
Hepatit (n=14)	6,5	4,5	—	0,7	0,4	—	2,0	—
Alkoholmissbr.+karaktärsstörn. (n=63)	—	8,5	14,2	7,3	7,8	8,3	9,0	8,1
Övriga kombinat. (n=42)	—	2,7	5,9	13,1	10,1	6,6	6,0	9,2
Summa	100	100	100	100	100,1	100	100	100

tit förekommit i materialet har det varit enda diagnos, varför samtliga hepatitfall i tabellerna sorterar under denna diagnos. I 1966 års material har tre (3) hepatitfall förts till kategorin kroppssjukdom.

Generellt gäller om 1968 års som om 1966 års material att diagnosuppgifterna torde lida stora brister vad gäller tillförlitlighet. Diagnosen är intagningsdiagnos.

Totalt följer varandra 1968 års och 1966 års material väl. Detta framgår av de två högra kolumnerna i tabell 15, där diagnosfördelningen inom fyra grova ålderskategorier redovisas. Den största differensen noteras vid diagnosen kroppssjukdom.

Vid en jämförelse med motsvarande material från 1966 (SOU 1967: 25 s. 102 tabell 49) framgår att skillnaden i andel diagnos med kroppssjukdom är särskilt markerad i ålderskategorin –19 år (21,1 % mot 2,2). För psykoskategorin kan noteras att 1968 års material ger 15,2 procent i den nämnda ålderskategorin, medan i 1966 års material inga fall återfinns i denna kategori. Även neuroskategorin svarar för en större andel 1968 (21,7 %) än 1966 (15,8 %) i samma ålderskategori. Andra särskilt stora differenser gäller abusus alii-diagnosen i åldersgruppen 20–29 (22,3 % 1968 mot 16,9 % 1966) samt diagnosen karaktärsstörning i nästföljande ålderskategori (30,2 1968 mot 19,6 1966).

Vissa tendenser som noterades i 1966 års undersökning är modifierade i det aktuella materialet. Karaktärsstörning och abusus alii var dominerande diagnoser inom de två lägsta ålderskategorierna i 1966 års material. I 1968 års material har diagno-

Tabell 16. Diagnos bland män och kvinnor.

	Män	Kvinnor	M 1968	M 1966	K 1968	K 1966
Okänt (n=8)	7	1	1,5	2,7	0,4	0,9
Kroppssj. (n=12)	4	8	0,9	9,1	3,3	10,6
Psykos (n=65)	35	30	7,7	8,0	12,2	11,5
Neuros (n=117)	42	75	9,3	9,7	30,6	33,2
Nedsatt intellekt. (n=3)	2	1	0,4	0,9	0,4	0,5
Alkoholm. (n=81)	70	11	15,5	15,6	4,5	4,1
Karaktärsst. (n=164)	116	48	25,7	20,9	19,6	11,9
Abusus alii (n=128)	78	50	17,3	13,0	20,4	14,3
Hepatit (n=14)	10	4	2,2		1,6	
Alk. + karakt. (n=63)	58	5	12,8	11,2	2,0	3,2
Övriga komb. (n=42)	30	12	6,6	8,8	4,9	9,7
Summa	452	245	100	100	100	100

sen neuros nästan lika stor andel av den lägsta ålderskategorin. Karaktärsstörning dominerar däremot i de två mellersta ålderskategorierna. Andelen alkoholmissbruk stiger med stigande ålder på ett klarare sätt än i 1968 års material. Kombinationsdiagnosernas andel stiger i båda materialen med stigande ålder, medan det omvända gäller diagnosen abusus alii. Som påpekades 1966 kan detta sammanhänga med att abusus alii här uppträder som särdiagnos, samt att vissa diagnoser tenderar att åsättas individer först i högre åldrar. Det bör för tolkningarna av tabellen generellt framhållas att ålderskategorierna är mycket grova.

Tabell 16 visar skillnader i diagnos mellan kvinnor och män. I stort sett gäller samma förhållanden som 1966: männen åsätts i större utsträckning diagnosen alkoholmissbruk och karaktärsstörning (samt kombinationen av dessa) medan kvinnorna får diagnosen neuros i långt större utsträckning än männen: 30,6 % neuros bland kvinnor mot 9,3 % bland män.

7.2.11 Anledning till vård

På enkät-blanketten efterfrågas huruvida patienten vid intagningen bedömts i behov av vård primärt för läkemedelsmissbruk, sekundärt för läkemedelsmissbruk eller av annan anledning. Frågeställningen är tyvärr inte entydig. Den kan t. ex. tolkas som om den gäller den diagnos vilken s. a. s. fungerade som arbetshypotes vid själva intagningstillfället eller som den diagnos som man senare ställt på det tillstånd för vilket patienten tagits in.

I tabell 17 ses relationen mellan huvudsakligt missbruksmedel och vårdanledning. På grund av de små bastalen i kategorierna för missbruksmedel är det tyvärr svårt att uttala sig om relationerna mellan *typ av missbruksmedel* och anledning till vård.

Oavsett tolkningen av enkätfrågans innebörd menar vi det vara en rimlig hypotes att intagningssättet injektion, som tecken på ett gravare missbruk, mer än övriga intagningssätt skulle vara associerat med läkemedelsmissbruk som primär vårdanledning. Tabell 18 redovisar denna relation i absoluta tal medan tabell 18 a ger procentsiffror för 1966 och 1968 vad gäller per os, samt injektion. Kombinationen per os + inhalation ger alltför små bastal för procentberäkning i 1968 års material, varför den uteslutits. I 1966 års material har kategorin »kombinerat med alkohol» förts till »per os».

Både år 1966 och 1968 har kategorin injektion den största andelen primärt intagna för läkemedelsmissbruk. Men samtidigt bör betonas att för år 1966 skillnaden i andel primärt för läkemedelsmissbruk är lika stor mellan per os och inhalation (35,9–45,5) som mellan inhalation och injektion (45,5–55,7). I 1968 års material är skillnaden mellan injektion och inhalation mindre än skillnaden mellan per os och inhalation. Antalet inhalations-

Tabell 17. Vårdanledning och missbruksmedel.

	Blankt	Cannabis	Opiat.	Centralstimulantia		Sömn+rogiv.		Lösningsmedel	Opiater+Centr.	Opiater eller Centr.		Övr. kombinationer	Summa	
Okänt	—	1	—	3	1,6	14	3,7	1	1	—		1	21	
Primärt för läkemedelsmissbruk	3	11	13	77	40,7	130	34,6	7	4	13	28,8	5	263	
Sekundärt för läkemedelsmissbruk	3	6	1	37	19,6	131	34,9	2	—	11	24,4	—	191	
Annan anledn.	6	6	2	72	38,1	100	26,6	6	9	21	46,6	—	222	
Summa	12	24	16	189	100	375	100	16	14	45	100	6	697	100

Tabell 18. Vårdanledning och intagningssätt i procent 1966 och 1968.

	Inhalation		Per os		Injektion		Totalt	
	1966 (n=22)	1968 (n=39)	1966 (n=446)	1968 (n=479)	1966 (n=79)	1968 (n=172)	1966 (n=556)	1968 (n=697)
Primärt för läkemedelsm.	45,5	43,6	35,9	32,9	55,7	48,8	36,7	37,7
Sekundärt för läkemedels.	31,8	20,5	26,5	32,4	17,7	16,3	25,5	27,4
Av annan anledning	18,2	30,8	35,3	31,4	20,3	32,6	33,1	31,9
Uppgift saknas	4,6	5,1	4,3	3,2	6,3	2,3	4,7	3,0
Summa	100	100	100	100	100	100	100	100

fall är dock i synnerhet för 1966 väl litet för procentberäkningar.

Totalfördelningarna (de två kolumnerna längst till höger) är slående lika, vilket inte utesluter skillnader inom de olika intagningskategorierna.

Relationen mellan vårdbehov och diagnos åskådliggörs i tabell 19. Om uppgifterna vore maximalt tillförlitliga, dvs. om alla fyllt i enkätblanketterna korrekt, tolkat innebörden i uppgiftsrubrikerna på samma sätt, samt om hela bearbetningsproceduren förlöpt utan misstag, skulle alla fall av diagnosen abusus alii falla i kategorin »primärt intagen för läkemedelsmissbruk» (samt i kategorin »uppgift saknas»). Diagnosen avser nämligen den sjukdom som föranlett intagning. Av tabell 19 framgår att 91,4 % av abusus alii-fallen kategoriserats som primärt intagna för läkemedelsmissbruk. Denna kategori, samt »uppgift saknas» svarar för 94,5 % av fallen. Med tanke på den tvetydighet som vidlåder både frågan om intagningsdiagnos och vårdanledning får detta ses som ett gott resultat.

Andelen primärt intagna för läkemedelsmissbruk som diagnostiserats under rubriken abusus alii är dock endast 44,5 %. Detta kan tyckas tyda på bristande tillförlitlighet. Mer sannolikt är att den låga procentsiffran är en effekt av kodningsförfarandet, samt formuleringen av frågan. Att någon intagits *primärt* för läkemedelsmissbruk utesluter inte att han sekundärt intagits av andra skäl. Om dessa andra skäl lett till anteckning om en diagnos annan än abusus alii har denna diagnos blivit utslagsgivande vid bearbetningen av materialet. Till kategorin abusus alii har ju som tidigare påpekats, förts de fall som åsatts *endast* denna diagnos.

Andelen primärt intagna för läkemedelsmissbruk varierar inte påtagligt mellan de olika vårdenheterna. Primärt intagna för läkemedelsmissbruk är

vid psykiatrisk klinik	36,2 %
vid mentalsjukhus	37,8 %
vid lasarett	42,3 %

7.2.12 Form för intagning vid vårdanstalt

»Med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall» har ungefär hälften av läkemedelsmissbrukarna intagits (47,5 % eller 331 individer). »Efter viss mer

Tabell 20. Form för intagning inom olika ålderskategorier.

	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Summa
Ej uppgift (blankt)	3	9	5	8	3	11	4	1	44
Lagen om sluten psykiatrisk vård	17	51	71	55	38	50	32	16	330
Utpräglad övertalning	2	9	3	5	5	18	5	4	51
Utan ovanstående alternativ förelegat	24	42	34	26	29	58	38	21	272
Summa	46	111	113	94	75	137	79	42	697

Tabell 19. Diagnos/Vårdanledning.

	Okänt		Kropps-sjukdom		Psykos		Neuros		Nedsatt intellektuell förmåga	Alkoholmissbruk		Karaktärsstörn.		Abusus alii		Hepatit	Alkoholmissbr. + Karaktärsstörn.		Övriga kombin.		Summa	
Okänt	—		—		—		1	0,9	1	8	9,4	5	3,1	4	3,1	—	2	3,2	—		21	3,0
Primärt för läkemedelsmissbruk	7		2		21	32,3	37	31,6	1	22	27,2	38	23,2	117	91,4	—	7	11,1	11	26,2	263	37,7
Sekundärt för läkemedelsmissbruk	1		2		23	35,4	47	40,2	—	32	39,8	35	21,3	2	1,6	7	22	34,9	20	47,6	191	27,4
Annan anledning	—		8		21	32,3	32	27,3	1	19	23,6	86	52,4	5	3,9	7	32	50,8	11	26,2	222	31,9
Summa	8		12		65		117	100	3	81	100	164	100	128	100	14	63	100	42	100	697	100

(Primärt + annat = totalt 5 fall — har förts till primärt; sekundärt + annat = totalt 11 fall — har förts till sekundärt).

Tabell 21. Form för intagning inom olika diagnoskategorier.

	Okänt		Kropps-sjukdom		Psykos		Neuros		Nedsatt intellektuell förmåga	Alkoholmissbr.		Karaktärsstörn.		Abusus alii		Hepatit	Alkoholmissbr. + Karaktärsstörn.		Övriga kombin.		Summa	
Okänt	—		2		3	4,7	4	3,5	—	5	6,1	11	6,6	8	6,2	3	5	8,0	3	7,1	44	6,3
Sluten psykiatrisk vård	3		—		37	56,9	22	18,8	3	42	51,9	122	74,4	49	38,3	—	39	61,9	14	33,3	331	47,5
Efter utpräglad övertaln.	3		1		3	4,6	15	12,8	—	3	3,7	6	3,7	11	8,6	—	5	7,9	4	9,5	51	7,3
Utan ovanstående alternativ	2		9		22	33,8	76	64,9	—	31	30,3	25	15,3	60	46,9	11	14	22,2	21	50,0	271	38,9
Summa	8		12		65	100	117	100	3	81	100	164	100	128	100	14	63	100	42	100	697	100

Tabell 22. Behandlingsvillighet och ålder.

	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–	S:a	%
Utpräglad	5	6	10	4	2	8	6	41	5,9
God	19	39	35	39	18	40	35	225	32,3
Ringa	9	30	25	21	28	41	28	182	26,1
Ingen	2	8	8	6	9	11	8	52	7,5
Kan ej anges	11	28	35	24	18	37	44	197	28,3
Summa	46	111	113	94	75	137	121	697	100

utpräglad övertalning» 7,3 % samt »utan att dessa omständigheter förelegat» 38,9 %. Uppgift saknas i 6,3 % av fallen.

Intagningsform inom olika ålderskategorier framgår av tabell 20.

Med stöd av lagen om sluten psykiatrisk vård har följande andelar i olika ålderskategorier intagits:

15–19:	36,9 %
20–24:	45,9
25–29:	62,8
30–34:	58,5
35–39:	50,7
40–49:	36,5
50–59:	40,5
60–	38,1

Tendensen i dessa data är att andelen tvångsintagningar har ett slags topp mellan 25 och 35 år, medan de lägre och de högre ålderskategorierna har mindre andelar.

Finns det någon relation mellan diagnos och intagningsform? Av tabell 21 framgår att andelen tvångsintagna inom diagnoskategorin karaktärsstörning är särskilt hög (74,4 %). Därefter kommer kombinationen av alkoholmissbruk och karaktärsstörning med 61,9 %. Psykos-kategorin har också ett högt tal; 56,9 %, liksom alkoholmissbruk som ensam diagnos: 56,9 %.

7.2.13 Behandlingsvillighet

Uppgiftslämnarnas bedömning av patienternas behandlingsvillighet framgår av tabell 22. Som synes har det genomgående ställt sig svårt att bedöma behandlingsvilligheten: totalt har i mer än en fjärdedel av fallen uppgivits att behandlingsvillighet ej kan anges. I övrigt klumpar sig bedömningarna kring mittalternativen, dvs. »god» samt »ringa». Om kategorierna »utpräglad» och »god» slås samman svarar dessa för 38,2 procent, medan »ringa» + »ingen» svarar för 33,6 %.

Med kategorierna »utpräglad» och »god» samt »ringa» och »ingen» sammanslagna blir de procentuella relationerna mellan ålder och behandlingsvillighet såsom framgår av tabell 22 a.

Den tendens som möjligen kan skönjas är att behandlingsvilligheten är större i lägre åldersgrupper. För ålderskategorin 50– och däröver är dock andelen »kan ej anges» hög, och det är svårt att veta vad detta innebär.

Tabell 23 redovisar förhållandet mellan huvudsakligt missbruksmedel och behandlingsvillighet. För de tre största medelgrupperna har procentandelar angivits. Som synes finns den lägsta andelen behandlingsvilliga inom kategorin sömn- och rogivande

Tabell 22 a. Behandlingsvillighet och ålder. Procent.

	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–
Utpräglad + god	52,2	40,5	39,8	45,7	26,6	35,0	33,9
Ringa + ingen	23,9	34,2	29,2	28,7	49,3	37,9	29,8
Kan ej anges	23,9	25,2	30,9	25,5	24,0	27,0	36,3
Summa	100	100	100	100	100	100	100

Tabell 23. Behandlingsvillighet och huvudsakligt missbruksmedel.

	Ej uppg.	Cannabis	Opiater	Centralstimulantia		Sömn+ rogiv.		Lösningsmedel	Opiater + Centr.	Opiater eller Centr.		Övriga kombinationer	Summa
Utpräglad + god	5	14	7	78	41,3	128	34,1	10	4	18	40,0	2	266
Ringa + ingen	3	7	3	62	32,8	138	36,8	3	3	13	28,8	2	234
Kan ej anges	4	3	6	49	25,9	109	29,1	3	7	14	31,1	2	197
Summa	12	24	16	189	100	375	100	16	14	45	100	6	697

medel. Behandlingsvilligheten framstår alltså som större i de två kategorier som traditionellt betraktas som grövre missbruk.

Ett rimligt antagande är att de personer som intagits med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård skall visa mindre behandlingsvillighet än de som intagits efter utpräglad övertalning samt att slutligen de som tagits in utan att något av ovanstående alternativ förelegat skall visa den största behandlingsvilligheten.

Tabell 24. Behandlingsvillighet och form för intagning i procent.

	Psykiatr. vårdlagen	Övertalning	Övrigt
Utpräglad + god	27,5	45,1	55,4
Ringa + ingen	44,4	43,1	18,7
Kan ej anges	28,1	11,8	25,9
Summa	100	100	100

Antagandet bestyrks av tabell 24. Det är värt att notera att mer än en fjärdedel av de tvångsintagna uppges ha god behandlingsvilja.

7.2.14 Tidigare vård

Närmare tre fjärdedelar uppges ha vårdats tidigare för läkemedelsmissbruk. En fjärdedel har tidigare vårdats på mentalsjukhus för läkemedelsmissbruk. Om emellertid alla de fall, vilka tidigare vårdats både på mentalsjukhus och någon annan vårdinstitution adderas, så räknar vi in hälften av fallen (48 %). Samma förhållande gäller i 1966 års material (50,3 %).

Likheterna mellan materialen är påfallande. Är det då inom 1968 års material stora skillnader för olika ålderskategorier? Denna fråga besvaras av tabell 25 a.

Den lägsta ålderskategorin skils klart ut från de övriga, dels genom den höga

Tabell 25. Tidigare vård. Jämförelse mellan år 1966 och år 1968.

	1966		1968	
	antal	%	antal	%
1. Ingen tidigare vård	132	23,8	152	21,8
2. Poliklinik	22	4,0	38	5,5
3. Psykiatrisk lasar.klin.	38	6,9	78	11,2
4. Lasarettsklinik	19	3,4	24	3,4
5. Mentalsjukhus	144	26,0	180	25,8
6. Alkoholistanstalt	8	1,4	2	0,3
7. Kombinat. 5+6	14	2,5	12	1,7
8. 5+6+ övriga	14	2,5	20	2,9
9. 5+ övriga (ej 6)	107	19,3	123	17,6
10. 6+ övriga (ej 5)	2	0,4	6	0,9
11. Rest. kombinat.	14	2,5	30	4,3
12. Uppgift saknas	40	7,2	32	4,6

Tabell 25 a. Tidigare vård i skilda ålderskategorier. Procent.

	15–19 (n=46)	20–24 (n=111)	25–29 (n=113)	30–34 (n=94)	35–39 (n=75)	40–49 (n=137)	50–59 (n=79)	60– (n=42)
1. Ingen tidig. vård	43,5	27,0	21,2	19,1	13,3	20,4	16,5	21,4
2. Poliklinik	13,0	8,1	4,4	4,3	3,9	4,4	5,1	2,4
3. Psykiatrisk las.klin.	8,7	8,1	11,5	8,5	15,9	10,9	12,7	16,6
4. Annan las.klin.	6,5	3,6	4,4	2,1	—	4,4	2,5	4,8
5. Mentalsjukhus	10,9	22,5	30,9	29,8	30,6	24,8	27,8	19,0
6. Alkoholistanstalt	—	0,9			1,3	—	—	—
7. Komb. 5+6	—	—	0,9	2,1	2,6	2,9	3,8	—
8. 5+6 + övrigt	—	—	1,8	3,2	1,3	5,1	6,3	4,8
9. 5 + övrigt (ej 6)	44,3	20,7	13,3	19,1	23,9	18,9	15,2	21,4
10. 6 + övrigt (ej 5)	—	0,9	2,7	—	—	—	2,5	—
11. Övriga komb.	4,3	3,6	3,5	4,3	3,9	6,6	2,5	4,8
12. Uppgift saknas	8,7	4,5	5,3	7,4	2,6	1,5	5,1	4,8

andelen som icke tidigare vårdats, dels genom den låga andelen vårdade på mentalsjukhus. Detta ter sig »rimligt». Det är endast i denna ålderskategori som någon vårdform får större andel än mentalsjukhus eller mentalsjukhus + alkoholistanstalt. Poliklinikvård svarar nämligen i denna ålderskategori för 13 procent av den tidigare vården, mot 10,9 för mentalsjukhus och avsaknad av fall i kombinationskategorin mentalsjukhus + alkoholistanstalt. Några klara tendenser föreligger i övrigt inte i tabellen. Tendensen till från 15–19 år sjunkande andel utan tidigare vård bryts t. ex. av en uppgång i 40–49 års ålder, nedgång i 50–59, samt ytterligare uppgång i den sista kategorin. För mentalsjukvården finns en tendens till anhopning i åldrarna 25–39 år där procenten håller sig omkring 30, men denna tendens bryts delvis av åldersgruppens 50–59 år 27,8 procent.

Sjukhus: .....

Avdelning: .....

Uppgift till socialstyrelsens narkomanvårdskommitté angående den, som den 3 april 1968 kl. 08.00 vårdas å psykiatriskt sjukhus, psykiatrisk klinik m.m. och som före intagningen missbrukat beroendeframkallande medel.

IDENTITETSUPPGIFTER

F-år	-mån	-dag	Civilstånd	Yrke (anges så noggrant som möjligt)
			☐ ogift ☐ gift ☐ från-skild ☐ änka/-ling ☐ okänt	

Kön	Hemort	Nationalitet
☐ man ☐ kvinna		☐ svensk ☐ annan, nämligen

UPPGIFTER RÖRANDE MISSBRUK

OBS! Kryssa för alla aktuella missbruksmedel och intagningssätt. Markera så fullständigt som möjligt! Vid oklarhet konsultera synonymregistret.

Missbruksmedel	Intagningssätt: Inhalation	Per os	Injektion	Annat	Okänt	Kombinerat med alkohol	Intensitet: Tillfälligt	Vanemässigt
A CANNABIS (marihuana, haschisch etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C OPIATER (t. ex. morfin, metadon, palfium)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D CENTRALSTIMULANTIA (t. ex. amfetamin, preludin, ritalina)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E SÖMNMEDEL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F ANDRA ROGIVANDE MEDEL (t. ex. meprobamat, librium, valium)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G LÖSNINGSMEDEL (t. ex. tinner, triklor-etylen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H ANDRA MEDEL (t. ex. kokain) Ange medel om möjligt!	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Huvudsakligt missbruksmedel	Huvudsakligt intagningssätt	Missbruket pågått ☐ Mindre än 1 år ☐ Mer än 1 år	Samtidigt kontinuerligt alkoholmissbruk ☐ Ja ☐ Nej

UPPGIFTER RÖRANDE VÅRD

Patienten har vid intagningen bedömts i behov av vård

☐ Primärt för läkemedelsmissbruk ☐ Sekundärt för läkemedelsmissbruk ☐ Av annan anledning än läkemedelsmissbruk

Diagnos (avser sjukdom som föranlett intagning; använd WHO:s officiella nomenklatur)

.....

Patienten har intagits
☐ med stöd av lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall ☐ i övrigt efter viss mer utpräglad övertalning ☐ utan att förutnämnda omständigheter förelegat

Patientens behandlingsvillighet såvitt gäller läkemedelsmissbruket är nu
☐ utpräglad ☐ god ☐ ringa ☐ ingen ☐ kan ej anges

Tidigare vård för läkemedelsmissbruk

☐ Ingen tidigare medicinsk/psykiatrisk behandling för läkemedelsmissbruk ☐ Poliklinisk vård ☐ Intagen å psykiatrisk lasarettsklinik

☐ Intagen å annan lasarettsklinik el. avdelning (även privatklinik el. sjukhem) ☐ Intagen å sjukhus för övervägande psykiatrisk vård ☐ Intagen å alkoholistanstalt ☐ Uppgift omöjlig att erhålla

Intagningsdatum år	mån	dag	Aktuell vårdtid (från intagning t.o.m. 3/4 1968. Ex.: 26 dagar markeras endast under rubrik "—4 veckor")
			☐ Endast denna dag ☐ —1 vecka ☐ —4 veckor ☐ —3 mån. ☐ —6 mån. ☐ —1 år ☐ mer än 1 år

Datum Underskrift Namnförtydligande och titel

8 Drogmissbrukare som gripits av polis under juni 1968

Kaj Håkanson, Owe Hoffmann

8.1 *Inledning*

Narkomanvårdskommittén lät år 1966 trycka och distribuera särskilda blanketter till landets alla polisdistrikt för kartläggning av påträffade fall av läkemedelsmissbruk eller olagligt förfarande med läkemedel (se narkomanvårdskommitténs första delbetänkande, SOU 1967: 25 s. 57–73). En blankett fylldes i för varje påträffat fall under tiden 1–30 juni det året. Nedan redovisade undersökning utgör en replikation av 1966 års undersökning gjord under samma tidsperiod år 1968.

På blanketten sid. 258 efterfrågas, förutom missbruksdata, vissa bakgrundsdata, såsom ålder, kön, civilstånd, yrke och hemort, samt vissa data om missbrukarens övriga sociala situation, såsom t. ex. arbetsförhållanden.

Syftet med undersökningen är att ge en allmän uppfattning om vissa karakteristika hos en utvald grupp. Avsikten har också varit att göra vissa jämförelser med materialet från 1966. Det bör noteras att räkningen av fallen inte företagits på sådant sätt att vi kan ange vilka fall år 1968 som inte förekommit i 1966 års fall, dvs. som är nya fall. Den ökning av antalet fall mellan 1966 och 1968, som materialet pekar på, är därför svårtolkad.

Det material, som polisenkäten innehåller, kan inte betraktas som representativt för den totala missbrukarpopulationen. Vi antar att vi får tag på dels socialt sett relativt grava fall, dvs. individer som är involverade i mer omfattande kriminell aktivitet vid sidan av eller i samband med drogmissbruket, dels lindriga fall, där individen t. ex. uppträtt störande beroende på enstaka tablettfylla, sniffning, haschrökning el. dyl. En jämförelse med motsvarande enkäter till sjukvårdsinrättningar (nedan s. 229) visar på vissa effekter av selektionsfaktorer (t. ex. skillnaden beträffande den typ av medel som brukas oftast).

Det kan inte garanteras att data karakteriseras av hög tillförlitlighet. Detta följer av den karaktär som datainsamlingssituationen har. Ifyllandet av blanketten har sålunda ingått bland andra pressande tjänsteåligganden och personer som kontrollerat dataredovisningen har inte funnits på plats. Vi förmodar dock att materialet ger en grov bild av den faktiska situationen.

Samtliga polisdistrikt har lämnat svar. Två (2) blanketter inkom till narkomanvårdskommittén först då databearbetningen var klar och dessa två fall redovisas ej i det följande. I sju (7) fall var dataredovisningen så bristfällig att blanketterna bedömdes som obrukbara. Vidare har tio (10) fall av självmord eller självmordsförsök utgått. Fall med självmordsförsök, som utgör ett led i ett pågående missbruk, har inte uteslutits. Slutligen har fem (5) fall med enbart olagligt förfarande utgått.

Tabell 1. Missbrukare fördelade på kön och ålder.

Kön	Ålder —14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	50—59	60—	Okänt	Summa
Män	34	183	121	74	36	28	47	18	4	2	547
	77,3	83,9	83,4	81.3	80,0	93,3	83,9	90,0			83,1
Kvinnor	10	35	24	17	9	2	9	2	3	–	111
	22,7	16,1	16,6	18,7	20,0	6,7	16,1	10,0			16,9
Summa	44	218	145	91	45	30	56	20	7	2	658

8.2 *Resultat av bearbetningen*

8.2.1 Antal missbrukare. Nationalitet. Kön och ålder

Sedan de ovan nämnda 24 fallen sorterats ut återstår 658 fall som redovisas nedan. Motsvarande siffra år 1966 var 510. Såsom ovan påpekats saknar vi möjlighet att avgöra vilka som är nya fall.

Av de 658 är 622 svenskar. De övriga härstammar från Finland (11), Danmark (6), Norge (4), övriga Europa (9) samt USA (3). Tre utlänningars nationalitet är inte fastställd. Utlänningarna utgör ca 5 procent av fallen mot icke fullt tre procent i 1966 års material.

Kön och ålder

Männens dominans i materialet är påtaglig. Kvinnorna svarar endast för 111 fall, vilket är lika med 17 procent. År 1966 svarade kvinnorna för 28 procent av fallen. Den anmärkning som gjordes till 1966 års undersökning kan göras även här: antalet drogmissbrukande kvinnor kan utgöra en större andel av antalet hörda kvinnor, än motsvarande bland männen, trots att kvinnorna har färre fall av missbruk i absoluta tal. Vårt material tillåter ej någon slutsats om den nämnda andelens storlek.

Männens dominans ter sig relativt likartad i de olika ålderskategorierna, såsom framgår av tabell 1. De kraftigaste avvikelserna finner vi i de ålderskategorier där antalet individer är litet, varför dessa avvikelser kan vara statistiska artefakter.

Ålderskategorin 15–19 år uppvisar det största antalet missbrukare. I 1966 års material fanns det största antalet missbrukare i därpå följande ålderskategori. Den procentuella fördelningen på ålderskategorier framgår av följande:

	—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—[1]	Summa
1966	1,6	17,1	26,3	16,9	8,8	9,6	19,8	100
1968	6,7	33,1	22,0	13,8	6,8	4,6	12,6	100

Upp till 19 års ålder finns alltså i 1968 års material 39,8 procent av missbrukarna mot 18,7 procent i 1966 års material. Medianåldern[2] har också förskjutits från ca 26 år till ca 22.

8.2.2 Geografisk fördelning

Tabell 2 redovisar materialet fördelat på ålder och län. Länsuppgiften hänför sig till den hördes hemortslän. I tabellens högra marginal finns 1966 års procentuella fördelning på län.

Stockholmsdistriktet dominerar inte på samma vis i 1968 års material som i 1966 års. Tidigare svarade Stockholms stad för hälften av fallen men i den senare undersökningen endast för 27,4 % av fallen. Spridningen på olika län är jämnare än tidigare. Jönköpings län, ett högfrekvent län i 1966 års undersökning, har endast 2,0 pro-

[1] I 1966 års material utgjordes högsta ålderskategorin av 40 år och äldre. För 1968 års material har de tre översta kategorierna slagits samman.

[2] Medianåldern delar populationen i två lika stora delar så att 50 % av individerna har lägre ålder än medianåldern, 50 % högre.

Tabell 2. Missbrukare fördelade på län och ålder.

Län	Ålder										Summa	i % 1968	i % 1966
	-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-49	50-59	60-	Okänd			
Stockholms stad	7	34	44	38	21	9	19	7	—	1	180	27,4	49,6
Stockholms län	1	14	7	5	2	1	4	3	—	—	37	5,6	7,3
Uppsala län	1	10	1	4	3	2	3	—	—	1	25	3,8	4,5
Södermanlands län	2	21	5	2	1	—	—	—	—	—	31	4,7	1,4
Östergötlands län	3	4	4	3	1	—	—	—	1	—	16	2,4	3,1
Jönköpings län	—	7	1	2	1	—	2	—	—	—	13	2,0	6,7
Kronobergs län	—	—	—	1	1	2	—	1	—	—	5	0,8	0,2
Kalmar län	—	—	4	1	—	1	1	—	1	—	8	1,2	0,2
Gotlands län	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Blekinge län	—	3	1	—	1	—	—	—	—	—	5	0,8	0,4
Kristianstads län	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	2	0,3	1,2
Malmöhus län	—	12	8	4	3	4	3	—	—	—	34	5,2	3,7
Malmö stad	7	21	10	7	1	3	9	1	2	—	61	9,3	
Hallands län	6	3	3	—	1	—	—	—	—	—	13	2,0	2,4
Göteborgs och Bohus län	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0,2	6,1
Göteborgs stad	5	23	15	5	2	2	3	—	—	—	55	8,4	
Älvsborgs län	—	—	1	—	—	2	1	—	—	—	4	0,6	3,1
Skaraborgs län	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	0,2	—
Värmlands län	—	7	4	—	—	—	—	—	—	—	11	1,7	0,8
Örebro län	1	24	5	1	—	1	4	2	2	—	40	6,1	1,4
Västmanlands län	2	7	9	6	—	—	—	—	—	—	24	3,6	1,6
Kopparbergs län	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,5
Gävleborgs län	1	2	6	5	—	—	—	1	1	—	16	2,4	1,0
Västernorrlands län	—	3	3	—	1	—	1	—	—	—	8	1,2	2,0
Jämtlands län	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,2
Västerbottens län	5	6	1	2	—	—	2	2	—	—	18	2,7	0,2
Norrbottens län	—	1	1	2	2	1	1	—	—	—	8	1,2	0,6
Okänt	3	14	11	3	3	2	3	3	—	—	42	6,4	—
Summa	44	218	145	91	45	30	56	20	7	2	658	100	100

cent av fallen 1968. Men 1966 års höga siffra inrymde bland annat en sniffargrupp på 12 personer. De i allmänhet relativt små förändringarna i procentsatser innebär emellertid en ökning absolut sett i antalet rapporterade fall.

8.2.3 Socialgrupp

Socialgruppsfördelning redovisas i tabell 3. Materialet är på denna punkt inte fullt jämförbart med 1966 års undersökning. Olikheter i kodning av materialet föreligger som

Tabell 3. Socialgruppsfördelning bland missbrukare.

Socialgrupp[1]	Kön				Totalt		1966
	Män		Kvinnor				
	abs.	%	abs.	%	1968 abs.	%	%
Okänt	33	6,0	15	13,5	48	7,3	20,9
I	1	0,2	—	—	1	0,2	0,6
II	54	9,9	14	12,6	68	10,3	13,9
III	294	53,7	32	28,8	326	50,0	53,3
Studerande[2]	158	28,9	32	28,8	190	28,9	11,2
Hemmafru	—	—	18	16,2	18	2,7	—
Pensionär	7	1,3	—	—	7	1,1	—
Summa	547	100	111	100	658	100	100

[1] Socialgruppsindelning efter en av statistiska centralbyrån tidigare använd förteckning.
[2] Individ som uppgivits vara lärling inom viss yrkesgren har kategoriserats som studerande.

Tabell 4. Civilståndsfördelning.

Civilstånd	Kön: Män abs.	Män %	Kvinnor abs.	Kvinnor %	Totalt 1968 abs.	Totalt %	1966 %
Okänt	44	8,0	4	3,6	48	7,3	9,6
Ogift	421	77,0	78	70,3	499	75,8	66,1
Gift	34	6,2	14	12,6	48	7,3	11,6
Frånskild	48	8,8	12	10,8	60	9,1	11,4
Änka/änkling	—	—	3	2,7	3	0,5	1,4
Summa	547	100	111	100	658	100	100

till stor del svarar för ökningen av andelen studerande från 11,2 % till 28,9 %. De två kategorierna »hemmafru» och »pensionär» fanns inte med i 1966 års undersökning.

Socialgrupp III dominerar. Dock torde andelen som tillhör socialgrupp III i detta missbruksmaterial inte påtagligt överstiga andelen för totalbefolkningen. Bland kvinnor finner vi en klar underrepresentation av socialgrupp III. Men en stor andel av kvinnorna faller på kategorin hemmafruar samt uppgift saknas. Motsvarande förhållande gällde i 1966 års material med avseende på kvinnorna, 18,8 procent i socialgrupp III och 52,1 procent uppgift saknas.

För männen noteras en klar skillnad mot 1966 års undersökning, där socialgrupp III svarade för 67,0 procent.

8.2.4 Civilstånd

Tre fjärdedelar av missbrukarpopulationen består av ogifta personer. Andelen frånskilda är ungefär lika stor som andelen gifta.

I totalpopulationen utgjorde enligt folkräkningen 1965 de ogifta 43,6 % och de gifta 35 %. Men åldersfördelningen i missbrukarpopulationen motsvarar inte totalpopulationens varför en jämförelse inom ålderskategorier är nödvändig. Här har denna företagits endast inom den manliga delen av populationen då antalet kvinnliga missbrukare är så litet att jämförelser blir statistiskt tvivelaktiga.

Samma tendens som spårades i 1966 års material återkommer här. Missbrukarpopulationen har procentuellt sett långt fler ogifta och skilda och långt färre gifta än »normalpopulationen».

8.2.5 Missbruksmedel

Missbruksmedel har på data-blanketten redovisats under åtta huvudrubriker:

Tabell 5. Civilståndsfördelning i skilda ålderskategorier. Män.

Civilstånd		Ålder —14 (n=34)	15—19 (n=183)	20—24 (n=121)	25—29 (n=74)	30—34 (n=36)	35—39 (n=28)	40—49 (n=47)	50—59 (n=18)
Okänt	Pol.	—	0,5	4,1	10,8	8,3	21,4	21,3	—
	Tot.	—	—	—	—	—	—	—	—
Ogift	Pol.	100	99,5	90,9	64,8	55.5	32,1	29,8	—
	Tot.	100	99,8	80,7	37,9	20,8	16,7	14,3	13,6
Gift	Pol.	—	—	4,1	13,5	13,9	17,9	14,9	—
	Tot.	—	0,3	19,1	60,8	76,7	79,9	81,0	79,9
Skild	Pol.	—	—	0,8	10,8	22,2	28,6	34,0	—
	Tot.	—	—	—	0,1	0,1	0,3	0,7	2,3
Änkling	Pol.	—	—	—	—	—	—	—	—
	Tot.	—	—	0,1	1,2	2,3	3,2	4,0	4,2

Pol.=Polismaterialet, Tot. =Totalpopulationen

1. Cannabis (t. ex. marihuana och haschisch)
2. LSD
3. Opiumpreparat (t. ex. morfin, metadon, palfium)
4. Centralstimulantia (t. ex. amfetamin, preludin, ritalina)
5. Sömnmedel (t.ex. pentymal, diminal, nembutal)
6. Andra rogivande medel (t. ex. meprobamat, librium, valium)
7. Lösningsmedel (t. ex. thinner, trikloretylen)
8. Andra medel.

Kategori 5 och 6 har vid bearbetningen sammanslagits till en, sömn- och rogivande medel (i fortsättningen kallad sö + ro), då svårigheterna att skilja på dessa medel är stora. Dosens storlek kan vara avgörande för dess klassificering.

I de fall namnet på ett medel rapporterats och medlet varit ovanligt eller svårplacerat har farmakologisk expertis gjort klassificeringen. Kategori 8 inkluderar i den följande redovisningen också de fall där man angivit att missbruk förekommit men inte angivit något bestämt medel.

Vi förmodar att de polismän som fyllt i blanketten skall ha haft möjlighet att diskriminera mellan de olika medeltyperna. Uppgifterna på denna punkt måste emellertid i vissa fall bli osäkra och ofullständiga.

I tabell 6 redovisas missbruksmedlens fördelning på län. Totalsumman i denna tabell blir inte 658, då en individ kan missbruka flera medel.

Tabellen visar på förändringar i missbruksbilden. LSD förekom inte i 1966 års undersökning[1] men svarar nu för 1,2 % av

[1] LSD förekom inte som särskild kategori på 1966 års blankett, men uppgiftslämnarna ombads specificera vissa medel såsom LSD och kokain.

Tabell 6. Förekomst av missbruksmedel i olika län.

Län	Cannabis	LSD	Opiater	Centr. stim.	Sömn +ro	Lösn. medel	Andra +okänt	Summa medel	Antal individer
Stockholms stad	34	3	9	137	36	22	3	244	180
Stockholms län	10	2	2	16	13	4	—	47	37
Uppsala län	1	—	—	12	7	4	1	25	25
Södermanlands län	16	—	—	2	2	15	—	35	31
Östergötlands län	1	—	—	5	2	9	—	17	16
Jönköpings län	4	—	—	1	4	4	—	13	13
Kronobergs län	—	—	—	—	3	1	1	5	5
Kalmar län	—	—	1	—	6	—	2	9	8
Gotlands län	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Blekinge län	—	—	1	5	2	—	—	8	5
Kristianstads län	1	—	—	—	1	—	—	2	2
Malmöhus län	13	—	2	9	19	—	—	43	34
Malmö stad	18	3	1	14	23	16	—	75	61
Hallands län	3	—	1	3	—	9	—	16	13
Göteb. o Bohus län	—	—	—	1	1	—	—	2	1
Göteborgs stad	20	1	1	22	5	16	—	65	55
Älvsborgs län	—	—	—	—	4	—	—	4	4
Skaraborgs län	—	—	—	—	1	—	—	1	1
Värmlands län	11	—	—	2	—	—	—	13	11
Örebro län	4	—	—	5	13	24	—	46	40
Västmanlands län	7	—	3	20	2	2	1	35	24
Kopparbergs län	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gävleborgs län	5	—	—	12	2	1	—	20	16
Västernorrlands län	4	—	—	4	3	—	—	11	8
Jämtlands län	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Västerbottens län	—	—	—	—	8	10	—	18	18
Norrbottens län	1	—	—	4	4	—	—	9	8
Okänt	19	1	1	11	8	7	1	48	42
Summa	172	10	22	285	169	144	9	811	658
%	21,2	1,2	2,7	35,1	20,8	17,8	1,1	100	

missbruket. Andelen cannabis har ökat kraftigt från 4,6 till 21,2 procent. Ökningen faller framför allt på storstäderna: Stockholms stad har 34 fall av cannabismissbruk (19,8 %), Malmö stad 18 (10,5 %) och Göteborg 20 (11,6 %), tillsammans 72 fall (41,9 %).

Genom att beräkna procent utgående från antalet individer får vi ett mått på hur stor andel i den givna populationen som brukat ett visst medel. Siffrorna för 1966 och 1968 är följande.

År	Cannabis	LSD	Opiater	Centr.	Sö+ro	Lösningsmedel	Andra medel
1966	5,5	—	4,9	44,9	28,8	13,7	21,8
1968	25,9	1,5	3,3	43,0	25,5	21,7	1,4

Den väsentligaste förändringen är på cannabis-sidan. Medan i 1966 års material endast fem procent använt cannabis, så har i det aktuella materialet en fjärdedel använt detta.

Missbruksmedlens fördelning på ålderskategorier framgår av tabell 7. Redovisningen av missbruksmedel sker dock inte på samma sätt i denna tabell som i tabell 6. Tabell 7 (samt tabell 8, 9, 12) har framräknats på följande sätt:

För varje kategori av medel har tagits fram de individer som brukat detta och endast detta medel. I kategorin »Cannabis» faller sålunda endast de individer, som inte antecknats för bruk av något annat medel än just cannabis. Vid ett sådant förfarande erhålls en restkategori av blandmissbrukare. Blandmissbruket har delats upp på tre kategorier:

a) Alla kombinationer vari ingår opiater och centralstimulantia samtidigt

b) Alla kombinationer vari ingår antingen opiater eller centralstimulantia

c) Alla kombinationer utöver a och b.

Något i den berörda meningen exklusivt bruk av LSD förekom inte. LSD har emellertid medtagits i tabell 7 för att markera detta.

Medianåldrarna för de kategorier som har höga frekvenser blir följande:

		1968	1966[1]
Cannabis	Md	18	—
Centralstimulantia	Md	26	26
Sö+ro	Md	37	36
Lösningsmedel	Md	16	18
Op. eller centr. komb.	Md	22	—

Som väntat är cannabis och lösningsmedel främst ungdomsmedel, medan sömn- och rogivande medel koncentreras i högre

[1] För vissa medel är 1966 års tal alltför små för att det skulle vara intressant att ange medium.

Tabell 7. Missbruksmedel och ålder (absoluta tal).

Medel	Ålder –14	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–49	50–59	60–	Okänt	S:a	%
Cannabis	4	56	30	1	—	—	—	—	—	—	91	13,8
LSD	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Opiater	—	—	—	1	1	1	—	—	—	—	3	0,5
Centr.stim.	1	25	49	52	17	9	16	4	1	—	174	26,4
Sömn+ro	—	5	19	16	16	16	35	12	6	1	126	19,1
Lösn.medel	39	82	8	5	1	—	—	—	—	—	135	20,5
Andra+okänt	—	1	—	2	2	—	—	1	—	—	6	0,9
Op.+centr.	—	9	3	1	1	2	—	—	—	—	16	2,4
Op. el. centr. +övriga	—	34	33	13	7	2	5	3	—	1	98	14,9
Övr. komb.	—	6	3	—	—	—	—	—	—	—	9	1,4
Summa	44	218	145	91	45	30	56	20	7	2	658	100

Tabell 8. Missbruksmönster i skilda ålderskategorier.

Medel	Ålder / År	—14 1966	—14 1968	15—19 1966	15—19 1968	20—24 1966	20—24 1968	25—29 1966	25—29 1968	30—34 1966	30—34 1968	35—39 1966	35—39 1968	40— 1966	40— 1968
Cannabis		—	9,1	9,2	25,7	0,7	20,7	—	1,1	—	—	—	—	—	—
Opiater		—	—	—	—	0,7	—	—	1,1	4,4	2,2	2,0	3,3	2,9	—
Centr.stim.		—	2,3	25,3	11,5	46,3	33,8	49,9	57,1	42,2	37,7	36,7	30,0	20,8	25,3
Sömn+ro		—	—	8,0	2,3	14,2	13,1	11,9	17,6	28,9	35,5	30,6	53,3	41,6	63,9
Lösn.medel		—	88,6	39,1	37,6	9,7	5,5	1,2	5,5	2,2	2,2	—	—	2,0	—
Andra+okänt		—	—	4,6	0,5	13,4	—	20,2	2,2	17,8	4,4	24,5	—	25,8	1,2
Kombination		—	—	13,7	22,4	14,9	27,0	16,7	15,4	4,4	17,7	6,1	16,5	6,9	9,6
	n=	8	44	87	218	134	145	84	91	45	45	49	30	101	83

åldrar. Missbruksmönstren inom ålderskategorierna framgår av tabell 8.

Inom de olika åldersgrupperna ser missbruksmönstret ut på följande sätt:

15–19 år. Största andelen upptas av lösningsmedel (37,6 %) och cannabis (25,7). Cannabis har tagit centralstimulantias plats från 1966.

20–24 år. Centralstimulantia svarar för största andelen (33,8 %) följd av kombinationskategorin (27,0 %) och cannabis (20,7 %).

25–29 år. 57,1 % centralstimulantia mot 50 % år 1966. Sömn- och rogivande medel svarar för 17,6 %.

30–34 år. 37,8 % centralstimulantia och 35,6 % sömn- och rogivande medel.

35–39 år. Sömn- och rogivande medel svarar för mer än 50 % av missbruket (53,3). Centralstimulantia 30,0 %.

40– år. 63,9 % sömn- och rogivande medel. Centralstimulantias andel sjunker ytterligare till 25,3.

Det material, som här framlagts tillåter inga slutsatser om t. ex. den förmenta tendensen till övergång från cannabis till andra medel. Tabell 7 kan tolkas lika väl som stöd för tesen om övergång som för tesen att cannabisbrukare och t. ex. centralsimulantiamissbrukare tenderar att utgöra skilda populationer. Centrala faktorer för formulerande och bekräftande av alternativa hypoteser är här inte under kontroll.

I 1966 års material spårades en tendens beträffande bruk av centralstimulantia och sömnmedel. Denna tendens återfinns i 1968 års data:

Medel	Ålder 15—19 %	20—24 %	25—29 %	30—34 %	35—39 %	40— %
Centralstimulantia	11,5 (25,3)	33,8 (46,3)	57,1 (50,0)	37,8 (42,2)	30,0 (36,7)	25,3 (20,8)
Sö+ro	2.3 (8,0)	13,1 (14,2)	17,6 (12,0)	35,6 (28,9)	53,3 (30,6)	63,9 (41,6)

(Inom parentes 1966 års siffror)

Andelen centralstimulantia stiger till ålderskategorin 25–29 år och sjunker sedan medan andelen sömn- och rogivande medel med utgångspunkt i ett lågt värde stiger kontinuerligt. Som påpekats i samband med 1966 års undersökning kan denna tendens ges flera rimliga tolkningar. Bruk av centralstimulantia som narkotikum är relativt nytt; missbrukare av centralstimulantia kanske så småningom växer sig äldre. Det kan också vara fråga om missbruk av olika karaktär i åldersgrupperna. Man kunde sålunda tänka sig att det i de högre åldersklasserna finns mindre avancerade läkemedelsmissbrukare som överdoserat sina av läkare erhållna mediciner.

Ett uttryck för missbrukets karaktär är intagningssättet. Ett gravare, mer »profes-

sionellt» bruk torde samgå med att medlet injiceras. Andelen injektionsbruk inom de olika kategorierna av missbruksmedel framgår av tabell 9.

Förhållandet mellan ålder och injektionsbruk pekar i samma riktning. Injektion som intagningssätt ökar från den lägsta åldrskategorin upp till kategorin 25–29 år och sjunker sedan stadigt i de högre åldrarna.

Injektion —14 (n=44)	15—19 (n=218)	20—24 (n=145)	25—29 (n=91)	30—34 (n=45)	35—39 (n=30)	40—49 (n=56)	50—59 (n=20)	60— (n= 7)
2,3	23,9	52,4	67,0	55,5	36,6	36,6	30,0	—

8.2.6 Missbrukets intensitet

Vår hypotes är att vanemässigt bruk är vanligare bland dem som injicerar än bland dem som icke injicerar. Injektion kan antas vara förknippat med en typ av bruk som på lång sikt lätt leder till ett tillstånd av starkt »beroende». Injektion som intagningssätt torde också i många fall höra till ett senare och mer avancerat stadium av missbrukskarriären.

Kategorin centralstimulantia tillåter en uppdelning på intagningssätt »injektion» och »ej injektion», som fördelas på vanemässigt respektive tillfälligt bruk. Resultatet av en sådan uppspaltning blir följande:

Intagningssätt		Uppgift saknas	Tillfälligt	Vanemässigt
Injektion	1966 (n=150)	5%	11%	84%
	1968 (n=146)	6%	25%	69%
Ej injektion	1966 (n=34)	15%	38%	47%
	1968 (n=28)	11%	61%	28%

Materialet visar den väntade tendensen. Antalet icke injicerade är dock i båda materialen väl litet för att tillåta säkra slutsatser.

8.2.7 Alkoholmissbruk

Enligt polisuppgifterna förekommer samtidigt kontinuerligt alkoholmissbruk i 18,1 % av fallen (119). För en lika stor andel av fallen saknas uppgifter (120). Detta kan också sättas i relation till uppgiften om personernas relation till olika vårdinstitutioner. Vid tidpunkten för senast kända missbruk eller olagliga förfarande var sålunda 4,3 % av fallen föremål för åtgärd inom ramen för verksamhet vid nykterhetsvården och 2,4 % var föremål för åtgärd inom denna ram i kombination med andra institutioner; summa 6,7 % med anknytning till nykterhetsvårdens verksamhet enligt blankettuppgifterna.

Tabell 9. Andelen injicerande inom olika medelgrupper.

Medel	Antal fall	Antal inj.	% inj.
Cannabis	91	0	0,0
LSD	—	—	—
Opiater	3	3	100,0
Centr.stim.	174	146	83,9
Sömn+ro	126	2	1,6
Lösn.medel	135	2	1,5
Andra+okänt	6	1	16,7
Op.+centr.	16	13	81,3
Op. el. centr.	98	63	64,3
Övr. komb.	9	0	0,0
Summa	658	230	35,0

Det kan vara intressant att sätta anteckningar om kontinuerligt alkoholmissbruk i relation till den typ av medel som brukas. I tabell 10 redovisas denna relation. Kategorin av missbruksmedel motsvarar inte exakt de tidigare använda. I tabell 10 är missbruksmedlen de medel som enligt uppgift *huvudsakligen* missbrukats av individerna.

Den grupp som skiljer ut sig från de andra genom en speciellt stor andel kontinuerliga alkoholmissbrukare (enligt blankettuppgifterna) är den som rymmer personer som huvudsakligen missbrukat sömn- och rogivande medel. Detta ter sig rimligt,

Tabell 10. Kontinuerligt alkoholmissbruk/Huvudsakligt missbruksmedel.

Medel	Okänt	Kontin. alkoholmissbruk	Ej kontin. alkoholmissbruk	Summa %
Cannabis (n=116)	17,2	6,0	76,7	100
LSD (n=0)	—	—	—	—
Opiater (n=4)	—	—	—	—
Centralstimulantia (n=236)	18,6	16,9	64,3	100
Sömn+ro (n=130)	19,2	43,0	37,7	100
Lösn.medel (n=138)	13,0	8,0	78,9	100
Op.+centr. (n=3)	—	—	—	—
Op. el. centr. (n=21)	38,1	9,5	52,4	100
LSD+Cannabis (n=0)	—	—	—	—
Övr. komb. (n=1)	—	—	—	—
Okänt (n=9)	—	—	—	—

då det är känt att dessa medel ofta intas upplösta i alkohol.

8.2.8 Arbetsförhållanden

I tabell 11 redovisas den aktuella arbetssituationen för män och kvinnor:

Den skillnad mellan kvinnor och män som kan märkas i andelen arbetslös och andelen vars arbetssituation är okänd kan vara en effekt av könsrollerna. Hemmafruarna kan ha blivit klassificerade under »okänt» och deras lägre arbetslöshetssiffror kan ha att göra med att det är svårare att ge goda kriterier på »att vara i arbete» för kvinnor än för män.

Totalsiffrorna följer varandra ganska väl för 1966 och 1968. Den stora skillnaden i kategorin under utbildning tror vi är en kodareffekt. Kategorin okänd har kommit till användning i större utsträckning år 1966 än 1968.

Sambandet mellan arbetssituation och missbruksmedel belyses i tabell 12. Tabellen innehåller endast de fem största missbruksgrupperna. Missbruket är exklusivt bruk, såsom detta ovan bestämts.

Missbruk av centralstimulantia brukar ses som ett gravare missbruk. Siffrorna för arbetsförhållanden synes avspegla detta förhållande. De högsta arbetslöshetssiffrorna finns sålunda i kategorin centralstimulantia (44,3 %), samt kategorin med kombinationsbruk vari ingår opiater eller centralstimulantia (41,8 %). Omvänt svarar cannabismissbrukarna för den största andelen arbetande på öppna marknaden (30,8 %). Åldersfaktorn är här inte under kontroll. Denna synes inte ensam bestämma arbetssituationen vilket framgår av en jämförelse mellan andelen under utbildning bland cannabismissbrukare och missbrukare av lösningsmedel. Cannabismissbrukarna har 26,4 % under utbildning medan missbrukare av lös-

Tabell 11. Missbrukarnas arbetssituation.

	Kön						
	Män		Kvinnor		Totalt		1966
Arbetssituation	abs.	%	abs.	%	1968 abs.	%	%
Arbete öppna marknaden	114	20,8	16	14,4	130	19,8	18,9
Arbete skyddad form	13	2,4	1	0,9	14	2,1	3,1
Sjukskriven	58	10,6	20	18,0	78	11,9	14,7
Pensionerad	9	1,6	1	0,9	10	1,5	0,7
Under utbildning	116	21,2	22	19,8	138	21,0	8,9
Arbetslös	169	30,9	27	24,3	196	29,8	25,3
Okänt	68	12,4	24	21,6	92	14,0	27,9
Summa	547	100	111	100	658	100	100

Tabell 12. Arbetssituationens samband med missbruksmedel.

Arbetssituation	Cannabis (n=91)	Centralst. (n=174)	Sö+ro (n=126)	Lösnings. (n=135)	Op. el. centr. (n=98)
Arb. öppn. mark.	30,8	22,9	26,9	6,6	14,3
Arb. skyddad f.	4,4	0,6	2,4	2,2	2,0
Sjukskriven	2,2	14,4	21,4	1,5	19,4
Pensionerad	2,2	—	5,5	—	—
U. utbildn.	26,4	6,3	2,4	59,3	15,3
Arbetslös	26,4	44,3	16,6	11,9	41,8
Okänt	7,7	11,5	24,6	18,5	7,1

ningsmedel har 59,3 %. Medianåldern för cannabis är 18 och för lösningsmedel 16.

Motsvarande siffror föreligger 1966 för tre missbruksgrupper:

Arbetssituation	Centralstimulantia	Sömn- och rogivande	Lösningsmedel
Arb. öppn. markn.	19,0	21,7	15,8
Arb.skydd.form	1,1	9,4	—
Sjukskriven	14,7	21,7	3,5
Pensionerad	—	0,9	—
Under utbildning	6,5	2,8	36,8
Arbetslös	37,5	14,2	21,1
Okänt	21,2	28,3	21,1

Siffrorna följer väl dem från 1968. För lösningsmedel finns dock vissa avvikelser framförallt under kategorin »arbete öppna marknaden» (15,8 mot 6,6) samt »under utbildning» (36,8 mot 59,3). För kategorin under utbildning är emellertid relationen mellan medelgrupperna densamma som i 1968 års material.

Missbruk där det aktuella medlet injiceras har ovan antagits vara av gravare karaktär än annat missbruk. Detta borde rimligtvis avspegla sig i arbetssituationen. Tabell 13 illustrerar detta samband.

Relationerna mellan de olika kategorierna är likartade för båda åren. I båda materialen finner vi samma tendens till större andelar av socialt »sämre situationer» förbundna med injektion än med icke-injektion. Arbetslöshetssiffror för de injicerande och de icke-injicerande visar markanta skillnader. I flera kategorier är skillnaderna små, men de går alla i samma riktning.

8.2.9 Kontakt med sociala organ eller vårdinstitutioner

På frågan om vederbörande missbrukare vid tidpunkten för senast kända missbruk eller olagliga förfarande med läkemedel varit föremål för någon form av åtgärd från samhällets sida fördelade sig svaren enligt tabell 14.

Tabell 13. Arbetssituation och sätt att inta medlet.

	Injektion		Ej injektion	
Arbetssituation	1966	1968	1966	1968
Arb. öppn. mark.	15,4	15,3	21,8	22,4
Arb. skydd. form	4,0	0,8	2,0	2,9
Sjukskriven	15,9	17,3	13,7	8,5
Pensionerad	0,5	0,4	1,3	2,2
Under utbildn.	6,0	8,9	11,1	28,3
Arbetslös	40,3	48,4	19,2	18,5
(Kombination)	—	—	0,7	—
Uppgift saknas	17,9	8,9	30,3	17,1

Tabell 14. Kontakt med olika vårdformer.

Samhällsåtgärd	Män		Kvinnor		Totalt	
	1966 (n=366)	1968 (n=547)	1966 (n=144)	1968 (n=111)	1966 (n=510)	1968 (n=658)
Ingen åtgärd[1]	35,8	45,5	45,8	52,2	38,6	46,7
Barnavårdsnämnd	8,7	18,2	13,2	13,5	10,0	17,5
Nykterhetsvård	9,3	4,9	2,8	0,9	7,5	4,3
Socialvård	2,5	0,7	4,9	0,9	3,1	1,0
Kriminalvård	23,8	10,8	7,6	4,5	19,2	9,7
Mentalvård	7,9	8,2	7,6	16,2	7,8	9,6
Kroppssjukvård	2,7	0,9	7,6	0,9	4,1	1,0
Komb. med nykterhetsvård	9,3	2,9	10,5	—	9,7	2,4
Övriga komb.		7,7		10,8		8,2

[1] Som »ingen åtgärd» har klassificerats både fall där kategorin »ingen åtgärd» kryssats för och fall där inga alternativ alls kryssats för.

Mer än 50 procent av missbrukarna i båda årens material är föremål för åtgärd inom någon vårdinstitutions ram. Skillnaden mellan åren finner man främst i fråga om åtgärder från barnavårdsnämndens sida, där 1968 års material har en större andel, samt för kriminalvården där 1966 års material har större andel. Den första skillnaden har sannolikt samband med skillnader i åldersfördelning. Det är männen som svarar för denna differens. För kriminalvårdens del gäller att männen i större utsträckning än kvinnorna bidrar till skillnaden mellan 1966 års och 1968 års material.

Åldersfaktorns betydelse blir klar i tabell 15 där ålder och åtgärd kombinerats.

P. g. a. lagstiftningen får vi en dominans av barnavårdsfall* i åldrarna upp till och med 19 år: Från 20 år blir kriminalvården i allmänhet den dominerande eller en av de dominerande åtgärderna. Ålderskategorin 25–29 år samt 40–49 har dock en påfallande stor del missbrukare som är föremål för mentalvårdsåtgärd.

* På formuläret lyder frågan: »Vederbörande *var* föremål för åtgärd inom ramen för verksamhet vid osv.» Detta *var* har sannolikt fått olika tidstolkning av våra uppgiftslämnare.

Tabell 15. Ålder/åtgärd. Absoluta tal.

Samhällsåtgärd	Ålder								
	—14	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—49	50—59	60—
Uppgift saknas	25	110	67	45	14	11	25	6	3
Barnavårdsnämnd	17	85	11	1	—	1	—	—	—
Nykterhetsvård	—	2	5	2	4	5	6	3	1
Socialvård	—	—	1	3	—	1	—	—	—
Kriminalvård	—	5	33	12	9	2	3	—	—
Mentalvård	—	7	14	14	6	4	12	4	2
Kroppssjukvård	—	—	1	1	1	—	2	1	—
Komb. med nykterhetsvård	—	1	3	4	2	2	1	2	1
Övriga komb.	2	8	10	9	9	4	7	4	—
Summa	44	218	145	91	45	30	56	20	7

Uppgiftlämnande myndighet (polisdistrikt)

.....

Uppgift till socialstyrelsens narkomanvårdskommitté ang. känt eller misstänkt fall av medicinmissbruk resp. olagligt förfarande med läkemedel för tiden 1—30 juni 1968.

IDENTITETSUPPGIFTER

F-år	-mån	-dag	Civilstånd	Yrke (anges så noggrant som möjligt)
			☐ ogift ☐ gift ☐ frånskild ☐ änka/-kling ☐ okänt	

Kön	Hemort	Nationalitet
☐ man ☐ kvinna		☐ svensk ☐ annan, nämligen

UPPGIFTER RÖRANDE MISSBRUK

OBS! Kryssa för alla aktuella missbruksmedel och missbrukstyper. En person kan bruka flera medel och ett medel kan brukas på flera sätt. Då olagligt förfarande (t. ex. smuggling) och missbruk samtidigt är aktuella skall detta markeras! Markera så fullständigt som möjligt!

Missbruksmedel	Intagningssätt						Missbruksform		Olagligt förfarande
	Inandning	Intagning genom munnen	Injektion	Annat	Okänt	Kombinerat med alkohol	Tillfälligt	Vanemässigt	
A CANNABIS (marihuana, haschisch etc.)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
B LSD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C OPIUMPREPARAT (t. ex. morfin, metadon, palfium)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
D CENTRALSTIMULANTIA (t. ex. amfetamin, preludin, ritalina)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E SÖMNMEDEL	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
F ANDRA ROGIVANDE MEDEL (t. ex. meprobamat, librium, valium)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G LÖSNINGSMEDEL (t. ex. tinner, triklor-etylen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
H ANDRA MEDEL (t. ex. kokain) Ange medel om möjligt!	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Huvudsakligt missbruksmedel	Huvudsakligt intagningssätt	Missbruket pågått	Samtidigt kontinuerligt alkoholmissbruk
		☐ mindre än 1 år ☐ mer än 1 år	☐ Ja ☐ Nej

ÖVRIGA UPPGIFTER

Vid tidpunkten för senast kända missbruk eller olagliga förfarande var vederbörande

☐ i arbete på öppna marknaden ☐ i arbete i skyddad form ☐ sjukskriven ☐ pensionerad ☐ under utbildning ☐ arbetslös ☐ okänt

Vederbörande var föremål för åtgärd inom ramen för verksamhet vid

☐ barnavårds-nämnden ☐ nykterhets-vården ☐ social-vården ☐ kriminal-vården ☐ den psykiatriska vården ☐ kroppssjukhusvården

Datum	Underskrift	Namnförtydligande och titel

9 Rapport beträffande kriminalvårdsenkäten

Owe Hoffmann Kaj Håkanson

9.1 *Inledning*

Narkomanvårdskommittén har år 1968 liksom 1966 (SOU 1967: 25 s. 73–75) hos de kriminalvårdande myndigheterna hemställt om yttrande beträffande omfattning och karaktär av missbruk vid olika anstalter samt inom frivårdsklientelet.

9.2 *Anstaltsklientelet*

Beträffande anstaltsklientelet begärdes följande data:

a) antalet intagna den 1.8.1968

2 a) hur många av dessa som *under år 1968* gjort sig skyldiga till läkemedelsmissbruk inom fångvårdsanstalt – alltså ej endast inom den anstalt där de vistas vid tidpunkten för uppgiftslämnandet

2 b) hur många av de i punkt 2 a nämnda som enligt journalanteckningar eller i övrigt kända förhållanden missbrukat läkemedel, även utom anstalt

3) hur många intagna utöver de i punkterna 2 nämnda, som enligt journalanteckningar eller i övrigt kända förhållanden missbrukat läkemedel utom anstalt eller inom anstalt *före år 1968*.

De frågor som gått ut till anstalterna har fått en olycklig formulering. Uttrycket »inom anstalt» har vållat problem: det kan tolkas som om det refererar till anstaltsbyggnaden med tillhörande område eller som om det refererar till den institutionella aspekten, dvs. tiden för avtjänande av t. ex. fängelsestraff inklusive permissionstid o. dyl. I nedan redovisade data har den institutionella tolkningen givits företräde. Från kvinnogruppens fängelse, dvs. Hinseberg, har rapporterats att ingen insatt missbrukat läkemedel inom anstalten i dess rumsliga mening, medan 27 insatta missbrukat under permissioner o. dyl. I följande sammanställning redovisas detta som 27 fall av missbruk inom anstalt.

En kategori missbrukare har kommit att uteslutas genom frågornas formulering: de som 1/3 1968 är intagna, inte missbrukat inom anstalt, men under 1968 missbrukat utom anstalt.

Tabell 1 redovisar antal intagna enligt punkt 1, läkemedelsmissbrukare enligt 2 a, samt summan av läkemedelsmissbrukare enligt 2 a och 3.

Kolumnen »missbruk inom anstalt» kan jämföras med motsvarande i tabell 23 i 1966 års material (SOU 1967: 25 s. 73), då enkätfrågorna tämligen väl stämmer överens på denna punkt. Med ett undantag är missbruksprocenten inom anstalt högre 1968 än 1966. Procenten för samtliga fångvårdsanstalter uppgår år 1966 till 2,2, år 1968 till 4,2. Emellertid kan kvinnogruppens siffror här förskjuta bilden av skäl som framgått ovan. Om kvinnogruppens fall avlägsnas blir ändå procentsiffran år 1968 3,6.

Summan av missbrukare är genomgående större i 1968 års material än i 1966 års. För

Tabell 1. Missbrukare vid fångvårdsanstalter.

Räjong	Antal intagna	Missbruk inom anstalt 1968 Antal	%	Missbruk inom anstalt 1968 samt allt känt missbruk före 1968 Antal	%
Norra räjongen	380	8	2,1	45	12.3
Södra räjongen	643	17	2,6	87	13,5
Västra räjongen	818	18	2,2	94	11,5
Östra räjongen	683	42	6,1	151	22,1
Inlandsräjongen	526	14	2,7	100	19,0
Interneringsräj.	649	23	5,1	219	33,7
Ungdomsräjongen	537	23	4,3	125	23,3
Kvinnogruppen	63	27	42,9	39	61,9
Summa[1]	4 285	182	4,2	860	20,1

[1] Tillkommer Håga sjukhus med 65 intagna, 12,3 % missbruk inom anstalt (8 intagna) 30,8 % missbrukare totalt (20 intagna).

samtliga fångvårdsanstalter utgör dessa 10,3 % av de intagna år 1966 mot 20,1 % 1968. Frågeformuleringen 1966[2] bör ej heller ha givit upphov till uteslutande av någon missbruksgrupp, varför ökningen inte bör vara en effekt av frågeformuleringen.

9.3 *Frivårdsklientelet*

Följande uppgifter begärdes om frivårdsklientelet:

1. Totala antalet övervakningsfall 1/8 1968.
2. Antal fall som på grund av anteckningar i behandlingsjournal eller på grund av eljest kända förhållanden kunde anses som läkemedelsmissbrukare.

Data för de olika räjongerna sammanfattas i tabell 2.

En jämförelse med 1966 års material (SOU 1967: 25 s. 74)[3] visar på genomgående högre andelar läkemedelsmissbruk. För samtliga övervakningsfall får vi 6,8 % år 1968 mot 3,1 år 1966. Vi har emellertid inga möjligheter att kontrollera eventuella förändringar i rapportering beroende t. ex. på att observansen inför läkemedelsmissbruk tilltagit.

[2] Hur många av de den 1/8 intagna som på grund av anteckningar i behandlingsjournal eller på grund av eljest kända förhållanden kunde anses som läkemedelsmissbrukare (undantaget de under b) nämnda. Missbrukare hade i följebrev definierats i legala termer, dvs. utan hänsyn till frekvens, beroendegrad osv. Möjligheten finns dock att ordet »läkemedelsmissbrukare» suggererat till en ofullständig rapportering av *dem som missbrukat*.

[3] Enkätfrågorna för frivårdsklientel är desamma år 1966.

Tabell 2. Läkemedelsmissbrukare inom frivårdsklientelet.

Räjong	Antal övervakningsfall	Missbrukare Antal	%
Norra räjongen	2 559	130	5,1
Södra räjongen	4 042	174	4,3
Västra räjongen	4 663	187	4,0
Östra (endast Stockholmsdistrikt)[4]	4 880	670	13,7
Östra (utom Stockholmsdistrikt)	2 193	141	6,4
Inlandsräjongen	3 001	142	4,7
Summa	21 338	1 444	6,8

[4] Till detta kommer 400 övervakningsfall vid Skyddsvärnet. Av dessa beräknades ca 172 vara läkemedelsmissbrukare.

Tabell 3. Läkemedelsmissbruk inom Stockholms skyddskonsulentdistrikt.

Distrikt	Antal övervakningsfall	Missbrukare Antal	%
Sthlm n. för äldre	843	91	10,7
Sthlm s. för äldre	1 323	156	11,8
Sthlm n. förorterna	981	100	10,2
Sthlm s. förorterna	773	116	15,0
Sthlm distr. för internerade	218	59	27,1
Sthlm n. för yngre	248	39	15,7
Sthlm s. för yngre	494	109	22,1
Summa	4 880	670	13,7

Stockholmsområdet är delat på sju distrikt för vilka redovisas separat i tabell 3.

För hela området uppgår andelen läkemedelsmissbrukare till 13,7 procent mot 7,9 år 1966. Det är emellertid inte en genomgående ökning för alla distrikt, och i de fall där en ökning skett sedan 1966 varierar den i storlek mycket kraftigt. Stockholms distrikt för internerade visar en minskning från 32,3 % till 27,1. Stockholms södra distrikt för yngre visar en ökning från 7 till 22 procent, medan flera distrikt endast ökat med ett par procent. Den markerade differens mellan Stockholms norra och södra förorter som uppträdde i 1966 års material har reducerats år 1968.

9.4 *Sammanfattning*

Som i 1966 års undersökning visar sig kvinnorna i anstaltsklientelet vara missbrukare oftare än männen. En tredjedel av de internerade männen rapporteras som läkemedelsmissbrukare, medan talen för de övriga räjongerna varierar mellan en tiondedel och en femtedel. Ungdomsräjongen har liksom år 1966 en hög procent läkemedelsmissbrukare.

Stockholmsdistriktet uppvisar klart största frekvenser för frivårdsklientel med 13,7 % missbruk mot omkring 5 % för övriga räjonger. Beträffande de olika deldistrikten inom stockholmsområdet se ovan.

10 Narkotikamissbruk bland ungdomsvårdsskoleelever

Dick Blomberg

10.1 *Inledning*

Ungdomsvårdsskolorna får i allt större utsträckning mottaga elever, som uppvisar missbruk av narkotika inkl. haschisch som dominerande eller som perifert inslag i symtombilden. I något enstaka fall har narkotikamissbruk varit den enda indikationen för omhändertagande. Huvudparten av de elever som omhändertages på grund av missbruk av narkotika eller alkohol anvisas plats på ungdomsvårdsskolor speciellt avdelade för detta klientel. Även övriga skolor får dock i betydande omfattning ta hand om elever med mer eller mindre avancerade narkotikavanor. En del av dessa har redan före intagningen missbrukat narkotika men inte så gravt att de hänvisats till specialskolorna, medan andra har debuterat med narkotikabruk efter intagningen i ungdomsvårdsskola.

Avsikten med den intervjuundersökning, som här redovisas, har varit att försöka belysa några frågeställningar kring missbruk och missbrukare vid de skolor som icke är speciellt avdelade för narkotikaklientelet. För de första vill man veta hur stor del av eleverna i vård inom skolan, som har använt narkotika eller haschisch, och i vilken omfattning detta skett. För det andra är det önskvärt att få en uppfattning om förekomsten av narkotikabruk *inom* skolorna. För det tredje är det angeläget att söka fastställa eventuella smitteeffekter orsakade av att missbrukare och icke missbrukare vårdas inom samma slutna anstaltsmiljö.

10.2 *Undersökningsgruppen*

Undersökningen omfattar de elever som under respektive intervjuperiod april eller maj 1968 vistades på pojkskolorna Bärby yrkesskola, Hammargårdens yrkesskola, Lövsta skolhem och Lövsta yrkesskola samt på Eknäs skolhem för flickor. Urvalet av skolor gör inte anspråk på att vara ett representativt genomsnitt och det är rimligt att antaga att såväl lägre som högre frekvenser av missbruk och missbrukare kan finnas på andra av de ungdomsvårdsskolor, som inte heller är inriktade på enbart missbrukarklientel.

Det är vidare möjligt att undersökningsgruppen inte ger en alldeles riktig bild av skolornas faktiska klientel. I materialet ingår endast de inom respektive skolor vårdade elever, vilka var fysiskt närvarande under undersökningsperioden. Permitterade, avvikna, häktade eller sjukhusplacerade elever har helt naturligt inte blivit intervjuade. Anledning finns att misstänka att dessa frånvarande elever är mer belastade än genomsnittet i fråga om narkotikamissbruk. Från Eknäs uppges sålunda att de två elever som missbrukat mest och som debuterat senast, vid undersökningstillfället var inlagda på sjukhus p. g. a. gulsot, och från Lövsta var flera avancerade missbrukare avvikna under undersökningsperioden. Av de närvarande eleverna på Bärby har dessutom 5 elever vägrat att deltaga i undersökningen. Av dessa var 4 kända missbrukare.

Åldersfördelningen vid undersökningstill-

Tabell 1. Ålder vid undersökningstillfället.

Fyllda år	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
11	0	0	0	2	0	2
12	0	0	0	2	0	2
13	0	0	0	3	0	3
14	0	0	0	6	4	10
15	2	3	1	10	9	25
16	5	5	8	1	5	24
17	6	4	12	0	0	22
18	5	7	9	0	0	21
19	4	4	1	0	0	9
20	1	1	0	0	0	2
21	0	0	1	0	0	1
Summa	23	24	32	24	18	121
M	17,5	17,8	17,7	14,5	15,6	

fället framgår av tab. 1.

De tre yrkesskolorna är alltså i åldersfördelning mycket lika varandra, medan skolhemmet för pojkar har väsentligt lägre åldrar än skolhemmet för flickor.

I tab. 2 redovisas tiden mellan intagningsdatum i ungdomsvårdsskola och undersökningstillfälle. I denna tid ingår alltså även eventuella perioder i vård utom skolan. I de fall en elev tidigare har varit intagen i ungdomsvårdsskola och efter utskrivning på nytt blivit intagen, har tiden beräknats från första intagningstillfället eftersom intervallen mellan utskrivning och nyintagning i allmänhet har varit mycket korta. I två fall, där denna period överskridit 1 år, har dock tiden beräknats från senaste intagningstillfälle.

Som framgår av tabellen varierar vårdtiden högst avsevärt såväl inom som mellan skolorna. Särskilt framträder avvikelserna mellan Lövsta och de övriga skolorna.

Tabell 2. Tidrymd mellan intagning och undersökning.

	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Mindre än 1 månad	0	2	6	0	1	9
1— 2 månader	0	2	2	1	1	6
2— 3 »	0	3	5	0	2	10
3— 4 »	0	2	0	1	2	5
4— 5 »	0	0	0	0	3	3
5— 6 »	0	1	1	1	3	6
6— 7 »	0	1	1	2	1	5
7— 8 »	0	1	1	1	1	4
8— 9 »	0	0	2	1	2	5
9—12 »	2	3	2	5	2	14
12—18 »	2	1	5	3	0	11
18—24 »	3	4	6	5	0	18
24—36 »	8	2	0	2	0	12
36—48 »	3	1	0	2	0	6
48—60 »	3	1	1	0	0	5
Mer än 60 »	2	0	0	0	0	2
Summa	23	24	32	24	18	121
M	34,0	13,5	10,3	16,1	5,3	15,9

Tabell 3. Förekomst av haschischbruk.

	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Ej rökt	7	7	6	9	5	34
Rökt	16	17	26	15	13	87
Summa	23	24	32	24	18	121

Detta torde sammanhänga med att Lövsta tillförs ett svårbehandlat, psykiskt gravt skadat klientel, vartill kommer att yrkesskoleavdelningen vid undersökningstillfället en längre tid haft intagningsstopp.

10.3 *Intervjuförfarandet*

Försökspersonerna tillfrågades i enrum *om* de någon gång rökt haschisch, *när* de rökte första gången, *var* och tillsammans med *vem* detta skedde. På samma sätt tillfrågades de om oralt resp. intravenöst bruk av centralstimulerande medel. Vidare tillfrågades de om de brukat haschisch eller centralstimulantia *inom skolans område* och i så fall vid *hur många tillfällen*. Denna version av frågeformuläret användes vid Lövsta yrkesskola, där frågeformuläret utprovades.

Formuläret kompletterades därefter med frågor om när försökspersonen *senast* brukat resp. preparat och vid *hur många tillfällen* han eller hon gjort det. Denna version tillämpades vid alla skolor utom Lövsta yrkesskola.

Frågorna ställdes med den ordalydelse som framgår av formuläret (se sid. 279). I några fall har försökspersonerna bett att själva få fylla i formuläret, vilket beviljades av ifrågavarande försöksledare.

Som intervjuare fungerade i första hand varje skolas psykolog, men i vissa fall medverkade även rektor och assistent som intervjuare.

Försökspersonerna meddelades att undersökningen genomfördes på uppdrag av narkomanvårdskommittén, att svaren inte skulle påverka elevens situation vid skolan och att bearbetningen skulle ske av utomstående. Endast 5 elever vägrade att deltaga, samtliga vid Bärby, och vid denna skola kom också krav från eleverna att deras namn ej skulle anges på formuläret. I övrigt har intervjuarnas uppfattning varit att svaren varit uppriktiga och korrekta i den mån de kunnat kontrolleras. En stor del av de uppgifter, som lämnats av eleverna, har dock tidigare inte varit kända för skolpersonalen.

10.4 *Missbruksformer*

10.4.1 Haschischrökning

I tab. 3 redovisas hur många elever som uppgivit sig vid något tillfälle ha rökt haschisch. Sammanlagt 71,9 % av de intervjuade eleverna har alltså prövat haschisch-rökning. Skillnaderna mellan de olika

Tabell 4. Tidrymd mellan haschischdebut och intervju.

Tid sedan debuten i månader	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Mindre än en månad	0	0	0	0	0	0
1— 3 månader	0	0	1	2	0	3
3— 6 »	0	2	3	2	2	9
6—12 »	4	1	9	4	5	23
12—24 »	6	4	7	7	4	28
24—36 »	3	8	4	0	2	17
36—48 »	2	2	1	0	0	5
Mer än 48 »	1	0	1	0	0	2
Summa	16	17	26	15	13	87

Tabell 5. Debutålder vid haschischrökning.

Ålder vid debuten	Antal elever Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
11	0	0	0	1	0	1
12	0	0	0	2	0	2
13	1	2	2	4	3	12
14	2	3	1	6	7	19
15	4	1	7	1	3	16
16	5	5	11	1	0	22
17	2	3	3	0	0	8
18	1	2	0	0	0	3
19	0	0	1	0	0	1
20	1	1	1	0	0	3
Summa	16	17	26	15	13	87
M	16,3	16,4	16,3	14,0	14,5	15,6

grupperna är tämligen små: av yrkesskolepojkarna har 74,7 % vid något tillfälle rökt haschisch, av skolhemspojkarna 62,5 % och av skolhemsflickorna 72,2 %.

Som framgår av tab. 4 har debuten i allmänhet skett långt före undersökningstillfället. För 54 elever av de 87–62,1 % – ligger debuten mer än 1 år tillbaka och mer än en fjärdedel hade sin första erfarenhet av haschisch-rökning för mer än 2 år sedan.

I tab. 5 redovisas den uppgivna åldern vid första tillfället då eleverna rökte haschisch. Uppgifterna är naturligt nog ganska osäkra då debuten ligger långt tillbaka i tiden. Även med reservation för denna osäkerhet förefaller dock debuten ha skett relativt sett tidigare för ungdomsvårdsskoleklientelet än vad som påvisats i andra undersökningar av ungdom. Mer än var sjätte elev har sålunda varit 13 år eller yngre första gången de prövat haschisch. De tre yrkesskolorna har samma genomsnittliga debutålder, medan skolhemmen av naturliga skäl ligger lägre och med pojkarna på ett halvår yngre debutålder än flickorna.

Den faktiska omfattningen av haschischrökandet har – som framgår av tab. 6 – för många elever varit mindre än vad den tidiga debuten och den långa tidrymden efter den första kontakten möjligen tyder på. En tredjedel av dem som rökt haschisch har sålunda gjort det högst 5 gånger. En stor grupp utgöres dock av de elever som enligt egna uppgifter rökt mer än 100 gånger – många uppgiftslämnare nämner 1 000 eller ännu fler tillfällen. Var fjärde ungdomsvårdsskoleelev i undersökningen – Lövsta yrkesskola berörs ej av denna fråga – kan alltså betecknas som storrökare av haschisch. Emellertid kan den egentliga omfattningen och graden av beroende knappast bedömas utan att frekvenserna sätts i relation till hur länge missbruket pågått. I tab.

Tabell 6. Frekvens haschischrökning.

Antal tillfällen	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
1	(uppgifter	2	3	2	2	9
2— 5	saknas)	2	7	2	4	15
6—10		0	5	1	1	7
11—25		1	0	4	1	6
26—100		5	2	1	1	9
mer än 100		7	9	5	4	25
Summa		17	26	15	13	71

Tabell 7. Frekvens haschischrökning i relation till tidrymd efter debuten. (Uppgifter för Lövsta Y saknas.)

Tid sedan debuten i månader	Antal missbrukstillfällen 1	2—5	6—10	11—25	26—100	mer än 100	Totalt
Mindre än 1 mån.	0	0	0	0	0	0	0
1— 3 mån.	0	2	1	0	0	0	3
3— 6 »	4	3	1	1	0	0	9
6—12 »	4	5	2	2	1	5	19
12—24 »	0	3	2	3	4	10	22
24—36 »	1	2	1	0	4	6	14
36—48 »	0	0	0	0	0	3	3
Mer än 48 mån.	0	0	0	0	0	1	1
Summa	9	15	7	6	9	25	71

7 redovisas därför sambandet mellan tidrymden efter debuten och antal tillfällen av haschischbruk.

Storförbrukarna återfinns helt naturligt bland dem för vilka längst tid passerat sedan debuten. Vidare har relativt kort tid passerat sedan debuten för flertalet av dem som brukat cannabis i liten omfattning. Emellertid förekommer även elever med lång tid sedan första haschisch-kontakten bland dem som rökt högst 5 gånger. Alla som prövar cannabis utvecklas alltså inte till vanemissbrukare.

Intrycket av att haschisch-rökarna täcker en vid skala från dem som röker endast en gång eller högst sporadiskt till dem som brukat cannabis länge och intensivt förstärks av uppgifterna om senaste haschisch-tillfället (tab. 8).

10.4.2 Oralt missbruk av centralstimulantia

Vid redovisningen av bruk av centralstimulantia har någon åtskillnad ej gjorts mellan preludin, ritalina och övriga hithörande preparat, främst av det skälet att åtskilliga av de mindre erfarna ungdomarna själva varit osäkra om vilket preparat det rört sig om. Det klart dominerande medlet synes dock ha varit preludin.

I tab. 9 redovisas hur många elever som uppger sig ha använt centralstimulantia oralt (knaprat). Sammanlagt 46,3 % av de i undersökningen ingående eleverna har alltså vid något tillfälle använt centralstimulerande medel. Åldersskillnaderna är här mera markerade än i fråga om haschisch: 51,9 % av yrkesskolepojkarna har intagit centralstimulantia oralt mot 33,3 % av skolhemspojkarna och 38,9 % av skolhemsflickorna.

Av tab. 10 framgår hur lång tid som förlöpt mellan debut med oralt missbruk och intervjutillfälle. Uppenbart är att det för många elever rör sig om ett missbruk som pågått länge – 16 elever uppger sålunda att de debuterat mer än 2 år före undersökningstillfället.

Tabell 8. Tidrymd mellan senaste missbrukstillfälle och intervju. (Uppgifter för Lövsta Y saknas.)

Tidrymd i månader sedan senaste missbrukstillfälle	Bärby	Hammargården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Mindre än 1 månad	5	11	4	1	21
1— 3 månader	6	6	5	5	22
3— 6 »	2	2	3	4	11
6—12 »	4	5	2	3	14
Mer än 12 »	0	2	1	0	3
Summa	17	26	15	13	71

Tabell 9. Förekomst av oralt centralstimulantiamissbruk.

	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Ej brukat	10	12	16	16	11	65
Brukat	13	12	16	8	7	56
Summa	23	24	32	24	18	121

Tabell 10. Tidrymd mellan debut och undersökningstillfälle.

	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Mindre än 1 månad	3	0	0	0	0	3
1— 3 månader	0	0	2	1	1	4
3— 6 »	1	2	2	1	0	6
6—12 »	2	1	5	2	4	14
12—24 »	3	4	2	3	1	13
24—36 »	2	5	2	1	1	11
36—48 »	2	0	2	0	0	4
Mer än 48 »	0	0	1	0	0	1
Summa	13	12	16	8	7	56

Åldern vid debuttillfället framgår av tab. 11, som visar stor spridning med debutåldrar från 11 och till 19 år. Liksom i fråga om haschisch är dock uppgifterna något osäkra när lång tid förflutit sedan debuten. De uppgivna debutåldrarna ligger obetydligt högre än för cannabis.

I tab. 12 anges frekvensen oralt bruk

Tabell 11. Debutålder vid oralt centralstimulantiamissbruk.

	Antal elever					
Ålder	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
11	0	0	0	1	0	1
12	0	0	0	2	0	2
13	0	0	2	1	1	4
14	3	4	1	1	2	11
15	1	0	5	3	4	13
16	5	3	5	0	0	13
17	2	2	1	0	0	5
18	0	2	1	0	0	3
19	2	1	1	0	0	4
Summa	13	12	16	8	7	56
M	16,6	16,6	16,1	13,9	14,9	15,8

Tabell 12. Frekvens av oralt centralstimulantiamissbruk.

Antal tillfällen	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
1	(uppgift	0	6	2	2	10
2— 5	saknas)	4	2	1	0	7
6— 10		1	1	0	1	3
11— 25		3	3	1	1	8
26—100		1	3	2	2	8
mer än 100		3	1	2	1	7
Summa		12	16	8	6	43

av centralstimulantia – dvs. hur många gånger eleverna har »knaprat» men däremot inte kvantiteterna. För ett relativt stort antal elever rör det sig tydligen om engångsföreteelser eller om ett sporadiskt bruk. För mer än tredjedelen rör det sig sålunda om högst 5 tillfällen. För andra har det uppenbarligen varit fråga om ett vanemässigt brukande. Mer än 25 brukningstillfällen redovisas av en dryg tredjedel av de elever som använt centralstimulantia oralt.

Missbruksfrekvensen har i tab. 13 ställts i relation till periodens längd efter debuten. Visserligen finns här ett samband så till vida att storförbrukarna helt naturligt återfinnes främst bland dem vilkas debut ligger långt tillbaka, men å andra sidan förekommer att elever, som använt centralstimulantia oralt första gången mycket lång tid före undersökningstillfället, därefter inte alls eller endast i liten omfattning fortsatt med denna typ av missbruk.

Ytterligare belysning av frågan om det orala missbrukets persistens fås av uppgifterna om det senaste missbrukstillfället före intervjun (tab. 14). Även här synes det framgå att det åtminstone för många elever har rört sig om en missbrukstyp som man upphört med.

10.4.3 Intravenöst missbruk av centralstimulantia

Inte heller i fråga om det intravenösa missbruket har någon skillnad gjorts mellan preludin, ritalina och andra centralstimulerande preparat.

I tab. 15 anges hur många elever som enligt egen uppgift har brukat centralstimulantia intravenöst. Av de i undersökningen ingående eleverna har alltså nästan exakt en tredjedel – 33,1 % – vid något tillfälle injicerat centralstimulantia. Kategoriskillnaderna är här relativt små: missbruk intravenöst har förekommit hos 36,7 % av yrkesskolepojkarna, hos 25,0 % av skol-

Tabell 13. Antal missbrukstillfällen i relation till tidrymd efter debuten. (Uppgifter för Lövsta Y saknas.)

Tidrymd sedan debuten i månader	Antal missbrukstillfällen						
	1	2—5	6—10	11—25	26—100	mer än 100	Totalt
Mindre än 1 mån.	0	0	0	0	0	0	0
1— 3 månader	3	1	0	0	0	0	4
3— 6 »	1	2	1	0	0	1	5
6—12 »	2	1	1	1	5	2	12
12—24 »	1	1	0	3	2	3	10
24—36 »	2	2	1	3	0	1	9
36—48 »	0	0	0	1	1	0	2
Mer än 48 »	1	0	0	0	0	0	1
Summa	10	7	3	8	8	7	43

Tabell 14. Tidrymd mellan senaste missbrukstillfälle och intervju. (Uppgifter från Lövsta Y saknas.)

Tid sedan senaste missbrukstillfälle	Antal elever				
	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Mindre än 1 mån.	0	4	1	0	5
1— 3 månader	4	2	3	2	11
3— 6 »	0	1	2	2	5
6—12 »	4	4	1	3	12
Mer än 12 »	4	5	1	0	10
Summa	12	16	8	7	43

hemspojkarna och hos 27,8 % av skolhemsflickorna.

Hur lång tid som gått mellan debut och intervjutillfälle redovisas i tab. XVI. Debuten har skett senare än i fråga om haschischrökning och oralt bruk. Dock ligger för 15 elever debuten mer än 1 år tillbaka och för 10 av dessa mer än 2 år tillbaka.

Åldern vid debuttillfället redovisas i tab. 17. Den genomsnittliga debutåldern ligger högre än beträffande haschischrökning och oralt missbruk men differenserna är förvånansvärt små, vilket knappast kan bero enbart på att uppgifterna är tämligen osäkra.

Den kvantitativa frekvensen – dvs. vid hur många tillfällen eleverna använt centralstimulantia intravenöst – anges i tab. 18. För vissa elever rör det sig – åtminstone ännu vid undersökningstillfället – om ett enstaka eller sporadiskt bruk, men samtidigt urskiljer man en grupp elever med ett mycket omfattande missbruk. Av de sammanlagt 98 elever, om vilka uppgifter i detta avseende föreligger (Lövsta yrkesskola omfattas inte av denna fråga), har 11,2 % uppgivit att de använt centralstimulerande medel intravenöst mer än 100 gånger.

I tab. 19 ställs missbruksfrekvensen i relation till hur lång tid som förflutit sedan debuten. Här framträder tydligare än i fråga om haschisch och oralt centralstimulantiabruk sambandet mellan exponeringstid efter debuten och antalet brukningstillfällen. Av de 13 elever, som debuterat tidigare än 1 år före undersökningen, hade endast 1 elev injicerat vid mindre än 6 tillfällen och ytterligare 1 elev vid mindre än 26 tillfällen.

Intrycket av att det i mindre utsträckning än i fråga om haschisch och oralt missbruk rör sig om tillfälligt missbruk stärks av uppgifterna om senaste missbrukstillfället i förhållande till undersökningen (tab. 20). Trots att de praktiska möjligheterna till intravenöst missbruk torde vara avsevärt mindre – åtminstone inom skolan – än haschischrökning och oralt bruk har inte mindre än 89,7 % av dem, som över huvud injicerat centralstimulerande medel, gjort detta under det närmast föregående halvåret. Motsvarande siffror för haschisch är 76,1 % och för oralt bruk 48,9 %.

Tabell 15. Förekomst av intravenöst centralstimulantiamissbruk.

	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Ej brukat	12	13	25	18	13	81
Brukat	11	11	7	6	5	40
Summa	23	24	32	24	18	121

Tabell 16. Tidrymd mellan intravenös debut och undersökningstillfälle.

Tid sedan debuten i månader	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Mindre än 1 månad	0	0	1	0	0	1
1— 3 månader	0	2	0	2	0	4
3— 6 »	0	1	0	2	2	5
6—12 »	4	3	0	2	1	10
12—24 »	2	3	6	0	0	11
24—36 »	3	2	0	0	2	7
36—48 »	2	0	0	0	0	2
Mer än 48 »	0	0	0	0	0	0
Summa	11	11	7	6	5	40

Tabell 17. Debutålder vid intravenöst missbruk av centralstimulantia.

Debutålder	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
12	0	0	0	1	0	1
13	0	0	0	1	1	2
14	2	1	0	3	2	8
15	1	2	3	1	2	9
16	1	0	4	0	0	5
17	2	7	0	0	0	9
18	3	1	0	0	0	4
19	1	0	0	0	0	1
20	1	0	0	0	0	1
Summa	11	11	7	6	5	40
M	17,4	17,0	16,1	14,2	14,7	16,2

Tabell 18. Frekvens av intravenöst missbruk.

Antal till-tillfällen	Antal elever					
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt
1	(Uppgift	1	1	2	1	5
2— 5	saknas)	0	0	2	1	3
6— 10		2	0	0	0	2
11— 25		0	1	0	0	1
26—100		3	0	2	2	7
mer än 100		5	5	0	1	1
	Summa	11	7	6	5	29

Tabell 19. Antal missbrukstillfällen i relation till tidrymd efter debuten. (Uppgifter om Lövsta yrkesskola saknas.)

Tidrymd i månader sedan debuten	Antal missbrukstillfällen						
	1	2—5	6—10	11—25	26—100	mer än 100	Totalt
Mindre än 1 månad	1	0	0	0	0	0	1
1— 3 månader	2	1	1	0	0	0	4
3— 6 »	1	1	1	0	1	1	5
6—12 »	1	0	0	0	3	2	6
12—24 »	0	0	0	1	1	7	9
24—36 »	0	1	0	0	2	1	4
Mer än 36 »	0	0	0	0	0	0	0
Summa	5	3	2	1	7	11	29

Tabell 20. Tidrymd mellan senaste missbrukstillfälle och intervju. (Uppgifter för Lövsta yrkesskola saknas.)

Tidrymd i månader sedan senaste missbrukstillfälle	Antal elever				
	Bärby	Hammar-gårdan	Lövsta S	Eknäs	Totalt
Mindre än 1 månad	5	4	3	0	12
1— 3 månader	4	2	2	2	10
3— 6 »	1	1	0	2	4
6—12 »	1	0	1	0	2
Mer än 12 »	0	0	0	1	1
Summa	11	7	6	5	29

Tabell 21. Sammanfattning av missbruksformer.

	Antal elever						
	Lövsta Y	Bärby	Hammar-gården	Lövsta S	Eknäs	Totalt	%
Ej brukat	5	7	6	9	5	32	26,4
Brukat:							
Haschisch enbart	2	4	9	5	6	26	21,5
» + oralt	3	2	10	4	2	21	17,4
» + intrav	3	1	1	2	0	7	5,8
» + oralt + intrav	8	10	6	4	5	33	27,3
Oralt enbart	2	0	0	0	0	2	1,7
» + intrav	0	0	0	0	0	0	0,0
Intrav enbart	0	0	0	0	0	0	0,0
Summa	23	24	32	24	18	121	100,1
Totalt haschisch	16	17	26	15	13	87	71,9
» oralt	13	12	16	8	7	56	46,3
» intrav	11	11	7	6	5	40	33,0

Tabell 22. Ordningsföljd vid flera missbrukstyper.

Första typen	Andra typen	Tredje typen	Antal
Haschisch	Oralt CS	—	16
Haschisch	Intrav CS	—	6
Oralt CS	Haschisch	—	5
Intrav CS	Haschisch	—	1
Haschisch	Oralt CS	Intrav CS	29
Oralt CS	Haschisch	Intrav CS	1
Oralt CS	Intrav CS	Haschisch	1
Intrav CS	Haschisch	Oralt CS	2

10.4.4 Missbrukskombinationer

Flertalet av de i undersökningen ingående eleverna har begagnat haschisch eller centralstimulerande medel i någon form. Som framgår av tab. 21 uppger endast var fjärde elev att de varken rökt haschisch eller brukat centralstimulantia, och det finns viss anledning att tro att dessa uppgifter snarast skildrar situationen ljusare än den är. Flertalet av eleverna har dessutom prövat mer än en missbruksform. Haschischrökning dominerar klart. Endast 2 av de 89 elever, vilka tillstått någon form av missbruk, har icke rökt haschisch och dessa två är utom allt tvivel att rubricera som tillfällighetsbrukare vilka av kamrater råkat bli bjudna på tabletter.

Det vanligaste utvecklingsförloppet är start med haschisch, övergång till oralt missbruk (ofta jämsides med haschisch under en tid) och därefter intravenöst missbruk. I tab. 22 redovisas de olika formerna av missbruk med avseende på ordningsföljden.

Av intresse är att närmare granska dem som icke fullföljt det vanliga utvecklingsförloppet – dvs. dem som rökt haschisch men inte fortsatt med andra missbruksformer och dem som rökt haschisch och använt centralstimulantia oralt men inte gått vidare till intravenöst bruk. I tabell 23 anges intervallen dels mellan debut och intervju för dem som icke fortsatt med nästa missbruksform och dels mellan debut i på varandra följande missbrukstyper. Intervallen mellan den första haschisch-rökningen och det första tillfället av oralt CS-bruk är påfallande små. För två tredjedelar inträffar den orala missbruksdebuten inom 6 månader efter haschisch-debuten. För flertalet av dem som inte gått vidare till annat missbruk hade dock vid intervjutillfället avsevärt längre tider förflutit sedan haschischdebuten. Det förhåller sig tydligen inte så att dessa elever inte »hunnit» övergå till oralt eller intravenöst centralstimulantiabruk.

I fråga om storleken av konsumtionen föreligger stora skillnader mellan dem som en-

Tabell 23. Intervall mellan debut och påföljande missbrukstyp resp. intervju.

	Antal elever			
Intervall i månader	Enbart haschisch →intervju	Haschisch → oralt CS	Haschisch + oralt CS → intervju	Haschisch + oralt CS → intrav CS
Mindre än 1 månad	0	10	1	6
1— 3 månader	1	9	3	5
3— 6 »	7	9	3	3
6— 9 »	4	5	1	3
9—12 »	5	6	7	7
12—18 »	1	5	1	4
18—24 »	5	1	0	0
24—36 »	3	0	0	1
Summa	26	45	16	29
M	12,5	5,8	7,3	7,3

Tabell 24. Frekvens missbruk i relation till missbrukskombinationer. (Endast personer med ordningsföljden haschisch — oralt resp. haschisch — oralt — intravenöst CS-bruk medtagna. Uppgifter för Lövsta Y saknas.)

	Antal elever				
	Haschisch-frekvens			Oral frekvens	
Antal tillfällen	Enbart haschisch	Haschisch → oralt	Haschisch → oralt → intrav	Haschisch → oralt	Haschisch → oralt → intrav
1	8	0	0	5	1
2— 5	6	3	1	4	4
6— 10	5	1	0	0	3
11— 25	3	4	0	2	5
26—100	1	2	5	1	4
Mer än 100	1	3	16	1	5
Summa	24	13	22	13	22

bart rökt haschisch och dem som dessutom prövat andra missbruksformer (tab. 24). Ju större konsumtionen av haschisch varit – dvs. ju fler gånger man rökt haschisch – desto större är sannolikheten att också oralt missbruk av centralstimulantia föreligger. Huvudparten av den grupp som vid undersökningstillfället rökt haschisch men icke använt centralstimulerande medel kännetecknas alltså av dels att lång tid förflutit sedan cannabis-debuten, dels att beroendet av cannabis synes ha varit ringa i den mån detta tar sig uttryck i antalet brukningstillfällen. För den som använder cannabis i liten utsträckning och som inte övergår till centralstimulantia ganska snabbt efter haschisch-debuten förefaller alltså risken för framtida övergång till centralstimulerande medel relativt liten.

Beträffande nästa steg i den typiska utvecklingen – det intravenösa missbruket – förhåller det sig tydligen så att övergången från oralt till intravenöst bruk av centralstimulantia dröjer i genomsnitt något längre än övergången från haschisch-rökning till oralt CS-bruk. För en dryg tredjedel av de intravenösa missbrukarna har dock debuten skett inom 3 månader räknat från debuten med oralt missbruk. För dem, som rökt haschisch och intagit centralstimulantia oralt men ej fortsatt med intravenöst bruk, hade vid intervjutillfället i genomsnitt lika lång tid förlöpt sedan oraldebuten som det genomsnittliga intervallet mellan oraldebut och intravenös debut. Detta kan möjligen betyda att risken för övergång till intravenöst missbruk reducerats för denna grupp. Med säkerhet kan sägas så mycket som att det åtminstone för huvudparten inte varit tidsfaktorn som utgjort hinder för steget till intravenöst missbruk.

Den grupp som efter cannabis och oralt missbruk ej fortsatt till intravenöst skiljer sig i fråga om konsumtion av både haschisch och oralt bruk, räknat i antalet brukstillfällen, från dem som gått vidare till intravenöst missbruk. Endast en knapp tredjedel i den förra gruppen redovisar mer än 5 orala missbrukstillfällen mot över tre fjärdedelar av den grupp som fortsatt till intravenöst bruk av centralstimulantia. Samma förhållande synes alltså föreligga som i fråga om övergången från cannabis till oralt CS-bruk: de elever, som haft liten oral konsumtion, och de elever, som inte ganska snart efter den första orala erfarenheten av centralstimulerande preparat går vidare till att begagna dem intravenöst, löper relativt liten risk även i fortsättningen att övergå till intravenöst missbruk.

Frågan om haschisch som inkörsport till grövre missbruk illustreras i detta material av att de allra flesta intravenösa missbrukare – 35 av 40 eller 87,5 % – hade tidigare erfarenhet av cannabis innan de tog

Tabell 25. Debut i olika former av narkotikamissbruk i relation till intagning i ungdomsvårdsskola.

	Antal elever		
	Haschisch	Oralt CS-bruk	Intravenöst CS-bruk
Ej brukat	34	65	81
Debut *före* ungdomsvårdsskola	50	33	18
Debut *efter* ungdomsvårdsskole-intagning	37	23	22
Summa	121	121	121

sin första spruta. Samtidigt står emellertid också klart att många av dem som använder eller använt cannabis icke övergår till centralstimulerande medel över huvud taget eller begränsar sig till oralt bruk – detta trots att de på ungdomsvårdsskolorna vistas i en miljö där de varit omgivna av avancerade narkomaner med allt vad detta innebär av påverkan och av konkreta erbjudanden och möjligheter.

Som allmän sammanfattning kan sägas att huvudparten av ungdomsvårdsskoleeleverna prövat narkotika i en eller annan form. För en del rör det sig om mer tillfälligt bruk och i liten omfattning, medan andra utbildat ett klart beroende. De elever som blir starkt beroende av en missbruksform – definierat som antalet konsumtionstillfällen – visar vidare en klar tendens att relativt snabbt övergå till svårare missbruksformer. Det vore naturligtvis av betydande intresse att undersöka i vad mån beroendegrupperna skiljer sig från de övriga i psykiatriska, psykologiska och sociala variabler. Data av denna art har dock inte insamlats.

10.5 *Ungdomsvårdsskolan som missbruksmiljö*

En mycket stor del av ungdomsvårdskolornas elever – i detta material 73,6 % – har använt cannabis eller centralstimulerande medel. Flertalet av eleverna kommer från miljöer och kretsar där missbruk av olika slag varit vanligt. Trots detta har ett stort antal *före* intagningen icke varit i kontakt med narkotika eller haft endast begränsade erfarenheter av olika missbruksformer, medan de *efter* intagningen i ungdomsvårdsskola tillägnat sig en eller flera missbrukstyper (se tab. 25).

Av de elever som före intagningen i ungdomsvårdsskola ej hade erfarenhet av ifrågavarande missbruksform hade alltså vid intervjutillfället 52, 1 % hunnit debutera med haschisch-rökning, 26,1 % med oralt missbruk av centralstimulerande medel och 21,4 % med intravenöst missbruk. Med andra ord: varannan tidigare »haschischfri» elev hade efter det han kom till ungdomsvårdsskola prövat cannabis, var fjärde »knaperfri» och var femte »silfri» hade skaffat egen erfarenhet av dessa missbruksformer. Av de 68 elever, som vid intagningen icke hade någon som helst egen erfarenhet av narkotika, hade vid undersökningstillfället 36 elever – 53,0 % – prövat något narkotiskt preparat. Som visas längre fram var många av dem som inte debuterat med nya missbrukstyper relativt nyintagna. Om deras fortsatta reaktioner inför narkotika under ungdomsvårdsskoletiden vet man alltså ingenting.

I tab. 26 redovisas de »rena» förloppstyperna med avseende på om debuten skett före eller efter intagningen i ungdomsvårdsskola.

Av de 26 elever, som vid undersökningstillfället använt endast haschisch, hade exakt hälften debuterat före och hälften debuterat efter intagningen i ungdomsvårdsskola. Av dem som brukat både haschisch och centralstimulerande medel oralt med haschisch som första steg hade 9 av 16 elever tillägnat sig endera eller båda missbruksfor-

Tabell 26. Missbrukskombinationer med avseende på debut före eller efter intagning i ungdomsvårdsskola.

Debut	Antal elever
Enbart haschisch *före* intagningen	13
Enbart haschisch *efter* intagningen	13
Haschisch *före* → oralt CS *före*	7
Haschisch *före* → oralt CS *efter*	4
Haschisch *efter* → oralt CS *efter*	5
Haschisch *före* → oralt *före* → intrav *före*	13
Haschisch *före* → oralt *före* → intrav *efter*	5
Haschisch *före* → oralt *efter* → intrav *efter*	1
Haschisch *efter* → oralt *efter* → intrav *efter*	10

merna efter intagningen. Av dem, som följt hela kedjan haschisch – oralt – intravenöst CS-bruk, var för 13 av 29 elever hela förloppet genomgånget före ankomsten till ungdomsvårdsskolan, medan 10 elever, som före intagningen helt var noviser i fråga om narkotika, vid intervjutillfället hade hunnit gå från haschisch via oralt missbruk till intravenöst. För två av dessa elever var hela förloppet fram till och med den första injektionen avklarat inom 3 månader efter ankomsten till ungdomsvårdsskolan!

I tab. 27 redovisas under vilka former debuten efter ungdomsvårdsskoleintagningen ägt rum. Som synes är fallen av debut med centralstimulerande medel tämligen få inom skolans område, vilket främst torde bero på att tillgången på insmugglade centralstimulerande medel är så ringa att man inte delar med sig till andra elever. De förhållandevis höga siffrorna för debut med centralstimulantia under rymning bör ses mot bakgrunden av att många elever tydligen under avvikanden till Stockholm uppsöker »knarkarkvartar» och liknande tillhåll för att träffa kamrater och få husrum.

Ett icke obetydligt missbruk förekommer dock inom skolornas områden. Detta är naturligtvis en av de punkter där man har större anledning att betvivla uppriktigheten i de givna svaren. Ovillighet att avslöja insmugglingsvägar, kamrater och var man brukar hålla till liksom rädslan för påföljder har troligen verkat återhållande. De uppgivna frekvenserna (som ej avser endast debutanterna) är därför förvånansvärt höga. (Tabell 28.)

Ungdomsvårdsskolekamraternas roll vid initierandet i nya missbruksformer framgår delvis av tab. 29 som anger närvarande personer vid debuttillfället. Därtill kommer att många av de elever som inte haft kamrater från den egna skolan fysiskt närvarande dock, enligt egna ofta spontant lämnade uppgifter, fått sitt intresse väckt av ungdomsvårdsskolekamrater och av dem också fått konkreta informationer om inköpsställen, filtrerings- och injektionsteknik

Tabell 27. Förhållanden vid debut efter intagning i ungdomsvårdsskola.

	Antal debuter			
	Missbruksform Haschisch	Oral CS	Intravenös CS	Totalt
Inom skolans område	11	4	4	19
Under permission	11	7	7	25
Vid vård utom skolan	12	7	5	24
Under rymning	3	5	6	14
Summa	37	23	22	82

Tabell 28. Missbruk inom ungdomsvårdsskolans område.

Antal tillfällen	Antal elever		
	Haschisch	Oral CS	Intravenös CS
1	12	5	2
2— 5	23	4	4
6—10	4	0	3
Mer än 10	9	1	3
Summa	48	10	12

etc.

Om elevernas första kontakt med narkotika sker före eller efter placeringen i ungdomsvårdsskola sammanhänger till stor del med sådana faktorer som ålder vid intagningen, hemort och liknande. Som tidigare visats ingår i materialet elever som intogs på ungdomsvårdsskola innan missbruket av haschisch och centralstimulantia över huvud taget fått någon större utbredning i Sverige. Riskerna för dem att ha blivit missbrukare före ankomsten till ungdomsvårdsskola har alltså varit små. Samma förhållande gäller i viss mån dem som vid intagningen varit i 10–11-årsåldern eller som kommit från orter där något nämnvärt missbruk inte börjat förekomma. Materialet är dock så litet att effekten av sådana faktorer inte kunnat studeras.

Däremot kan klart konstateras att ju längre tid som gått efter intagningen desto större blir sannolikheten av missbruksdebut. I tab. 30 redovisas vid vilken tidpunkt efter intagning i ungdomsvårdsskola debuten skett och vidare anges som jämförelse hur lång tid som förflutit mellan intagning och

Tabell 29. Närvarande vid debuttillfället.

	Antal elever			
	Haschisch	Oral CS	Intravenös CS	Totalt
Ensam	1	3	2	6
Kamrater från egna ungdomsvårdsskolan	18	8	7	33
Andra personer	18	12	13	43
Summa	37	23	22	82

Tabell 30. Tidrymd mellan intagning och debut resp. intervju för dem som ej debuterat före intagningen.

Tid till debut resp. intervju	Debut efter intagning			Ej debut före intervju		
	Haschisch	Oral CS	Intrav CS	Haschisch	Oral CS	Intrav CS
Mindre än 1 månad	3	0	0	6	7	9
1— 3 månader	6	2	5	2	7	10
3— 6 »	9	5	3	5	9	10
6—12 »	5	7	4	5	13	17
12—24 »	7	3	4	7	16	20
24—36 »	4	4	3	4	6	6
36—48 »	2	1	2	3	3	4
48—60 »	0	0	0	1	3	3
Mer än 60 »	1	1	1	1	1	2
Summa	37	23	22	34	65	81

Tabell 31. Debutrisker per 3-månadersperiod efter intagningen.

Period i mån. efter intagningen	Haschisch			Oral CS			Intravenös CS		
	Antal ej debuterade vid periodens början	Därav debut inom perioden	Debut i % per 3 månader	Antal ej debuterade vid periodens början	Därav debut inom perioden	Debut i % per 3 månader	Antal ej debuterade vid periodens början	Därav debut inom perioden	Debut i % per 3 månader
0— 3	71	9	12,7	88	2	2,3	103	5	4,9
3— 6	54	9	16,7	72	5	6,9	80	3	3,8
6—12	40	5	6,3	59	7	5,9	66	4	3,0
12—24	30	7	5,8	38	3	1,9	45	4	2,2
24—36	16	4	6,3	20	4	5,0	19	3	3,9
36—48	8	2	6,3	9	1	2,8	10	2	5,0
Mer än 48	3	1	c:a 6,7	4	1	c:a 5,0	4	1	c:a 5,0

intervju för dem som inte använt någon av de angivna missbruksformerna. Här framgår tydligt *dels* att den första kontakten med en ny missbruksform ofta sker relativt snart efter ankomsten till ungdomsvårdsskolan, *dels* att för åtskilliga elever debuten sker långt efter – för många åratal efter – intagningen, vilket senare förhållande möjligen kan sammanhänga med intagningsåldern. Lika kontroversiellt när det gäller att bedöma ungdomsvårdsskolorna som spridningsmiljö för narkotikamissbruk är den omständigheten att en stor del av de elever, som *inte* debuterat med nya missbruksformer, är helt nyanlända till ungdomsvårdsskolan och alltså inte hunnit bli utsatta för en eventuell påverkan och att samtidigt många elever vistats på ungdomsvårdsskolan i ett eller flera år utan att ha tillägnat sig bland kamraterna vanligt förekommande missbruk.

I tab. 31 görs slutligen ett försök att fastställa hur stor risken är för debut i nya missbruksformer vid olika tidpunkter efter intagningen i ungdomsvårdsskola. Som utgångspunkt har därvid tagits antalet elever som vid respektive periods början inte haft erfarenhet av ifrågavarande missbruk varefter beräknats antalet debutanter inom perioden. Det numerära underlaget för beräkningarna minskar successivt inte bara på grund av avgång av dem som debuterat utan även genom att allt färre elever haft tillräcklig vårdtid för de senare riskperioderna. Det synes förhålla sig så att i fråga om haschisch är riskerna störst i början av ungdomsvårdsskolevistelsen för att efter hand långsamt avtaga. När det gäller det orala och intravenösa missbruket av centralstimulantia kan någon sådan tendens ej urskiljas utan riskerna förefaller vara i stort sett lika under hela vårdtiden. Det tycks alltså inte vara så att de lättpåverkade dukar under i början och att de som klarar sig igenom detta initialskede skulle vara resistenta även i fortsättningen.

10.6 *Sammanfattning*

Tillförlitligheten av en intervju-undersökning, som berör förhållanden som för försökspersonerna kan medföra påföljder av obehagligt slag, kan naturligtvis alltid diskuteras. Intervjuarnas uppfattning, konsekvensen i de enskilda försökspersonernas svar och likheten mellan de olika skolorna tyder dock på en tämligen hög grad av tillförlitlighet. Ingenting antyder att eleverna skulle ha lämnat överdrivna uppgifter om sitt eget narkotikamissbruk. Mer sannolikt är i så fall att man gett uppgifter i underkant. Dessutom finns naturligtvis skäl att misstänka viss återhållsamhet när det gällt upplysningar om kamraternas roll som medverkande och om omfattningen av missbruk inom skolan.

Närmare tre fjärdedelar av eleverna på de ungdomsvårdsskolor, som ingår i undersökningen, har använt narkotika i någon

form. Den klart dominerande missbruksformen är cannabis-rökning, som prövats av 72 % av eleverna, varefter kommer oralt bruk av centralstimulantia med 46 % och intravenöst missbruk med 33 %. Flertalet elever har prövat mer än en missbruksform.

Spridningen i fråga om missbruksfrekvensen är mycket stor från engångsföreteelser eller högst sporadiskt bruk till ett långvarigt och intensivt missbruk. En liten grupp elever uppger sig sålunda ha använt cannabis eller centralstimulerande medel vid endast ett tillfälle, medan var fjärde redovisar mer än 100 tillfällen med haschischrökning och var nionde mer än 100 tillfällen med intravenöst missbruk.

Ett klart samband föreligger mellan tidrymd sedan debuten och antalet brukningstillfällen. Det finns därför anledning att antaga att många elever, vilkas debut ligger nära i tiden och som nu redovisar ringa missbruk, senare kommer att utvecklas till vanemissbrukare. Å andra sidan förekommer det också elever, som debuterat långt före undersökningstillfället men därefter inte fortsatt alls eller hållit sin konsumtion på mycket låg nivå.

För ett stort antal av eleverna har missbruket startat efter omhändertagandet på ungdomsvårdsskola. Av haschisch-rökarna uppger sig sålunda 43 % ha debuterat efter intagningen, av de orala missbrukarna 41 % och av de intravenösa missbrukarna 55 %. Många av de elever, som vid undersökningstillfället saknade erfarenhet av berörda missbruksformer, var förhållandevis nyintagna och det förefaller sannolikt att åtminstone en del av dessa kommer att bli missbrukare längre fram.

Huvudparten av debuterna i nya missbruksformer efter intagning i ungdomsvårdsskola har skett utom skolans område under permissioner och rymningar eller vid vård utom skolan, men närmare en fjärdedel har ägt rum inom skolan. Vid 40 % av debuttillfällena har kamrater från den egna ungdomsvårdsskolan varit närvarande.

Ett inte obetydligt missbruk uppges ske inom skolans område. Sålunda anger 40 % av eleverna att de rökt haschisch inom skolan, 8 % att de använt centralstimulantia oralt och 10 % att de injicerat. På denna punkt har man dessutom all anledning att misstänka en viss förtegenhet hos uppgiftslämnarna.

Undersökningsresultaten kan i korthet sammanfattas så att även på de ungdomsvårdsskolor, som icke är speciellt avdelade och utrustade för behandling av narkotikamissbrukare, har huvudparten av eleverna varit i kontakt med narkotika och åtskilliga kan betecknas som grava och avancerade missbrukare. Vidare förefaller det uppenbart att ungdomsvårdsskolorna utgör en klar riskmiljö för utbildande av narkotikamissbruk hos ungdomar som tidigare ej varit i kontakt med narkotika. Huruvida ungdomsvårdsskolorna i detta avseende är mer riskabla än den miljö ungdomarna annars skulle ha vistats i är däremot en öppen fråga, som ej kan besvaras av denna undersökning.

Skola: .....

Namn: ..... Född / 19.....

Intagen i ungdomsvårdsskola den / 19.....

Intervjudatum: / 1968.

1. HAR DU NÅGON GÅNG RÖKT HASCHIS? ☐ JA ☐ Nej

a. NÄR RÖKTE DU FÖRSTA GÅNGEN? .....

☐ före intagning i uvskola ☐ efter intagning i uvskola
Om debuten skett efter intagning ☐ inom skolan ☐ under rymning
markera bland vidstående alternativ ☐ under perm ☐ under vusk

b. VAR RÖKTE DU FÖRSTA GÅNGEN? .....

☐ inom uvskola ☐ utom uvskola

c. TILLSAMMAN MED VEM EL. VILKA RÖKTE DU FÖRSTA GÅNGEN?

☐ ensam ☐ elever från egna uvskolan ☐ andra personer

d. NÄR RÖKTE DU SENAST? .....

e. HUR MÅNGA GÅNGER HAR DU RÖKT SAMMANLAGT? .....

f. Övrigt av intresse .....

2. HAR DU NÅGON GÅNG »KNAPRAT» PRELUDIN: RITALINA ELLER LIKNANDE? ☐ JA ☐ NEJ

a. NÄR KNAPRADE DU FÖRSTA GÅNGEN? .....

☐ före intagning i uvskola ☐ efter intagning i uvskola
Om debuten skett efter intagning ☐ inom skolan ☐ under rymning
markera bland vidstående alternativ ☐ under perm ☐ under vusk

b. VAR KNAPRADE DU FÖRSTA GÅNGEN? .....

☐ inom uvskola ☐ utom uvskola

c. TILLSAMMAN MED VEM ELLER VILKA KNAPRADE DU FÖRSTA GÅNGEN .....

☐ ensam ☐ elever från egna uvskolan ☐ andra personer

d. NÄR KNAPRADE DU SENAST? .....

e. HUR MÅNGA GÅNGER UNGEFÄR HAR DU KNAPRAT?

f. Övrigt av intresse .....

3. HAR DU NÅGON GÅNG »SILAT» PRELUDIN: RITALINA ELLER LIKNANDE? ☐ JA ☐ NEJ

a. NÄR SILADE DU FÖRSTA GÅNGEN? .....

☐ före intagning i uvskola ☐ efter intagning i uvskola
Om debuten skett efter intagning ☐ inom skolan ☐ under rymning
markera bland vidstående alternativ ☐ under perm ☐ under vusk

b. VAR SILADE DU FÖRSTA GÅNGEN? .....

☐ inom uvskola ☐ utom uvskola

c. TILLSAMMAN MED VEM ELLER VILKA SILADE DU FÖRSTA GÅNGEN?

.....

☐ ensam ☐ elever från egna uvskolan ☐ andra personer

d. NÄR SILADE DU SENAST? .....

e. HUR MÅNGA GÅNGER HAR DU SILAT SAMMANLAGT? .....

f. Övrigt av intresse .....

.....

4. HAR DU NÅGON GÅNG ..... INOM SKOLANS OMRÅDE?

a. ..... RÖKT HASCHIS ..... ☐ Ja ☐ Nej

HUR MÅNGA GÅNGER UNGEFÄR? .....

b. ..... KNAPRAT ..... ☐ Ja ☐ Nej

HUR MÅNGA GÅNGER UNGEFÄR? .....

c. ..... SILAT ..... ☐ Ja ☐ Nej

HUR MÅNGA GÅNGER UNGEFÄR? .....

ÖVRIGA UPPLYSNINGAR:

11 Undersökning av narkotikamissbrukare vårdade för gulsot på Roslagstulls sjukhus, Stockholm, under år 1964

En förloppsstudie av narkotikamissbruk och sociala förhållanden

Gunborg Frej

11.1 *Inledning*

Målsättningen vid denna undersöknings början var att utföra en panelstudie, bestående av en medicinsk och en socialmedicinsk och sociologisk del, av ett antal narkotikamissbrukare som vårdats på Roslagstulls sjukhus i Stockholm för inokulationshepatit. Data skulle jämföras för tiden för sjukhusvistelsen och för 1967. Det första sjukdomsfallet av denna typ konstaterades vid Roslagstulls sjukhus i november månad 1962. Det var då många år sedan hepatit varit känd hos en narkotikamissbrukare. Fram till oktober 1964 hade ca 130 narkotikamissbrukare vårdats på Roslagstulls sjukhus för inokulationshepatit. 100 patienter, 75 män och 25 kvinnor, för vilka denna diagnos ansågs säker, har beskrivits i medicinsk press av tre läkare vid Roslagstulls sjukhus.[1]

Sommaren 1967 fick författaren till denna rapport i uppdrag av medicinalstyrelsens narkomanvårdskommitté att under professor Gunnar Inghes ledning utföra den sociologiska delen av efterundersökningen av ovannämnda 100 patienter som vårdats vid Roslagstulls sjukhus under tiden november 1962 till oktober 1964.

Den medicinska delen av undersökningen skulle ombesörjas av en underläkare vid Roslagstulls sjukhus under ledning av professor Justus Ström därstädes. Båda undersökningsdelarna skulle utföras vid Roslagstulls sjukhus.

Detta material ansågs ur olika synpunkter vara det mest lämpliga av tillgängliga material för en efterundersökning av narkotikamissbrukare. För det första var de aktuella patienterna de första i Stockholm som vårdats för inokulationshepatit, varför uppföljningstiden skulle bli den längsta vad gällde den medicinska undersökningen. Sedan hösten 1964 har patienter med inokulationshepatit i allmänhet vårdats poliklinskt, varför lika utförliga data ej ansågs föreligga för gulsotspatienter efter denna tid. För den socialmedicinska och sociologiska undersökningsdelen var detta material det enda tillgängliga, då det gällde att undersöka narkotikamissbrukets naturliga förlopp samt hur individers sociala situation gestaltar sig efter en tids narkotikamissbruk.

I avsnitten som behandlar undersökningsmaterial och -metod skall närmare redogöras för hur denna ursprungliga målsättning fick revideras. Här skall endast påpekas att denna rapport endast avser den socialmedicinska och sociologiska delen och att denna del ej är en panelstudie, då det ej fanns tillräckliga sociala data att bygga på i sjukhusjournalerna. I stället har en retrospektiv undersökningsmetod använts för att studera narkotikamissbrukets utveckling och dess påverkan av vissa sociala

[1] Agell et al. — *Nordisk Medicin* (1965):74: 672.

förhållanden och funktioner.

De personer som ingår i denna undersökning har av läkare vid Roslagstulls sjukhus betecknats som narkotikamissbrukare därför att de injicerat narkotika eller andra preparat i venen. I denna undersökning har ingen annan definition gjorts för begreppen narkotikamissbruk och narkotikamissbrukare. Även begreppet narkotika har här använts på ett löst och opreciserat sätt. Det har endast definierats operationellt som de medel undersökningspersonerna missbrukat.

Vad som i det föregående sagts om målsättningen visar att denna undersökning inte har gjorts för att pröva någon viss teori för fenomenet narkotikamissbruk eller för någon viss typ av detta fenomen. Det är fråga om en empirisk undersökning vars material och således bearbetningsresultat inte är representativt för vare sig narkotikamissbrukare i allmänhet i Sverige eller intravenösa sådana. På grund av vissa selekterande faktorer samt den förändring som inträffat i fråga om sammansättningen av inokulationshepatitpatienterna vid Roslagstulls sjukhus, kan man ej heller uppfatta undersökningsmaterialet som representativt för populationen inokulationshepatiter. Bland selekterande faktorer kan nämnas, att somliga hepatitfall aldrig blir gula och därför ej söker läkare, att somliga ej söker läkare, trots att de vet att de har gulsot, att somliga sköts av privatpraktiserande läkare och ej kommer till sjukhus. Uppgifter från Roslagstulls sjukhus tyder på att medelåldern nu är lägre bland hepatitpatienterna.[1] Centralstimulerande medel tycks spela en ännu mer dominerande roll nu än vad som är fallet i detta material,[1] där en inte obetydlig del utgörs av opiatmissbrukare.[2] En del av undersökningspersonerna började dessutom med intravenöst missbruk lång tid innan det blev vanligt förekommande i Sverige. Det är vanligt att personer som introducerar ett beteende skiljer sig från dem som senare adapterar detta beteende. Det är inte bara i psykologiskt hänseende som detta gäller utan även socialt t. ex. i fråga om social status.

11.2 *Undersökningsmaterial*

Som nämnts i inledningen skulle undersökningen omfatta 100 patienter, 75 män och 25 kvinnor, som vårdats på Roslagstulls sjukhus för inokulationshepatit under tiden november 1962–oktober 1964. Då det endast var två personer som vårdats på sjukhuset 1962 och 14 under 1963, uteslöts dessa ur materialet för att uppföljningstiden inte skulle skilja sig alltför mycket för de olika individerna. Det återstod således 84 personer. Könsfördelningen blev då 67 män och 17 kvinnor. Proportionellt var det alltså betydligt fler kvinnor som vårdats under 1962 och 1963 än under 1964. Då undersökningen påbörjades, omkring den 1 juli 1967, hade tre personer avlidit, två män och en kvinna. Dödsorsaken var i två av fallen förgiftning och i det tredje fallet "bronchopneumoni + narcotismus chronicus". Antalet personer som skulle undersökas var därefter vid undersökningens början 81 personer, 65 män och 16 kvinnor. Senare, medan undersökningen pågick, upptäcktes ett fall, som förmodligen aldrig haft inokulationshepatit och som därför utgick ur materialet. Denne patient hade under hela sjukhusvistelsen 1964 förnekat, att han någonsin injicerat narkotika. Vid kallelse till efterundersökning tog han kontakt med undersökningsledaren och sjukhuset och förklarade samma sak. Antalet undersökningspersoner reducerades således till 80, 64 män och 16 kvinnor.

Av dessa 80 personer blev bortfallet sex personer, fyra kvinnor och två män.

Orsakerna till bortfallet var följande:

	Män	Kvinnor
Vägrare	0	3
Ej anträffbara	2	1
Totalt	2	4

Av de ej anträffbara saknade kvinnan adress och kunde inte spåras; en man vistades under hela tiden fältarbetet varade utomlands och en man hade avvikit från

[1] Frej,Case-finding survey, tabell 17.
[2] Se tabell 24.

en fångvårdsanstalt och påträffades inte förrän materialinsamlingen upphört. Efter bortfallet bestod undersökningsmaterialet av 74 personer, 62 män och 12 kvinnor.

11.3 *Undersökningens omfattning, metod och utförande*

Undersökningen omfattar följande:

1. Demografisk och social bakgrund.
2. Social situation.
3. Sociala kontakter och miljö.
4. Alkoholsituation.
5. Hälsotillstånd.
6. Narkotikabruk och vanor i anslutning därtill.
7. Attityder i anslutning till narkotika.
8. Asocialitet.

Vad varje område innehåller kommer att redogöras för i samband med presentationen av bearbetningen och resultaten för området i fråga.

Vid undersökningens början var det meningen att inhämta data på tre olika sätt:

1. Genom sjukhusjournalerna från 1964.
2. Genom intervju.
3. Genom uppgifter i officiella statliga och kommunala register.

Då journalerna var osystematiskt förda vad gäller sociala data måste den första metoden överges med undantag för ett par bakgrundsvariabler. I stället fick intervjuformuläret innehålla frågor som gällde förhållanden inte bara för den aktuella uppföljningstiden från sjukhusvistelsen 1964 och fram till intervjutillfället utan även för tiden före och vid sjukhusvistelsen. Som tidigare nämnts i inledningen fick undersökningen därför karaktären av en retrospektiv förloppsstudie.

Intervjuformuläret utformades med avsikt att försöka mäta förloppet av narkotikamissbruket och övriga undersökningsvariabler som ingår i de ovan nämnda delar undersökningen omfattar. För att kunna mäta narkotikamissbrukets inverkan på undersökningspersonernas sociala situation har undersökningsvariablerna i görligaste mån jämförts vid olika tidpunkter: vid narkotikamissbrukets början, vid sjukhusvistelsen 1964 och vid intervjutillfället. Om undersökningsvariablerna har varit av sådan beskaffenhet, t. ex. själva narkotikamissbruket, att intervjupersonerna kunnat lämna en kontinuerlig redogörelse för ett förlopp, har denna frågeteknik använts.

På grund av denna retrospektiva frågeteknik måste man förmodligen räkna med en högre grad av minnes- och rationaliseringseffekter än vad som brukar vara fallet vid intervjuundersökningar.

Från följande register har data insamlats:

Kriminalvårdsstyrelsens kriminalregister.

Kontrollstyrelsens straffregister.

Kriminalpolisens i Stockholm register.

Barnavårdsnämndsregister i de kommuner intervjupersonerna bott, tills de var 21 år.

Nykterhetsnämndsregister i de kommuner intervjupersonerna bott efter 21 års ålder.

Allmänna försäkringskassornas sjukregister.

Socialregister i de kommuner intervjupersonerna bott efter 16 års ålder.

Från kriminalregistret har medtagits anteckningar till 1967 års utgång. Data från kontrollstyrelsens straffregister och kriminalpolisens i Stockholm register avser tiden före den 1/10 1967. För övriga register är data insamlade för tiden fram till den 1/7 1967.

Till sin grundtyp skulle undersökningen vara beskrivande. Redan på ett tidigt stadium av undersökningen blev det märkbart att intervjupersonerna skilde sig mycket åt, dels vad gällde narkotikaanamnesen generellt och dels vad gällde fortsatt narkotikamissbruk efter 1964. De sociala förhållandena och samhällsanpassningen tycktes också variera mycket inom materialet. Av denna anledning ansågs det värdefullt att även bearbeta materialet på ett mera analyserande sätt. Bearbetningen har därför indelats i två delar, en efter den ovan nämnda förloppsstudiemodellen och en som avser att undersöka, huruvida personer som slutade använda narkotika under den aktuella uppföljningstiden skiljer

sig från dem som fortfarande är missbrukare vad gäller de olika variabelkategorier undersökningen omfattar.

Intervjuundersökningen pågick i fem månader, under tiden den 4 september 1967 –den 1 februari 1968. Orsakerna till att fältarbetet tog så lång tid var flera. Det var i vissa fall svårt att lokalisera intervjupersonernas aktuella bostadsplats, och således komma i kontakt med dem. Samtliga personer skulle läggas in på Roslagstulls sjukhus, där man endast kunde taga emot ett par patienter samtidigt. Det visade sig också att det i många fall var svårt att få undersökningspersonerna att inställa sig på sjukhuset. Undersökningen tog tre dagar och alla hade tidigare gått igenom en mängd leverprov och visste att vissa var obehagliga. Vidare tyckte en del patienter att det var obehagligt att återkomma till den aktuella vårdavdelningen, eftersom det i vissa fall förekommit stridigheter mellan patienter och personal under sjukhusvistelsen 1964. Några hade till och med blivit avvisade från fortsatt vård. Vissa personer som fortfarande använde narkotika var oroliga för abstinensbesvär under vistelsen på sjukhuset.

Nedanstående uppställning visar hur många kallelser eller uppmaningar som intervjupersonerna erhöll innan intervjun kom till stånd.

Antal kallelser	Antal personer
En	34
Två	16
Tre	3
Fyra	15
Fem	6

Totalt antal intervjuade: 74 personer.

Av dessa 74 personer inställde sig 46 på Roslagstulls sjukhus. Vid undersökningstillfället vistades nio personer på fångvårdsanstalt och fyra personer vårdades på mentalsjukhus. Av dessa fyra personer hade en dömts till överlämnande till särskild vård på mentalsjukhus enligt 3 § 31 kap. BrB och de övriga tre var intagna på s. k. ansökan I på grund av sitt narkotikamissbruk. Dessa 13 personer intervjuades på respektive institution. 15 personer intervjuades i sina hem eller på annan plats utanför sjukhuset, emedan de ej var villiga att inställa sig där.

Två av de 46 personer som kom till Roslagstulls sjukhus gick inte med på någon medicinsk undersökning. De 13 personer som vistades på någon form av anstalt var samtliga villiga att genomgå den medicinska undersökningen. Fyra personer som ej var på anstalt men som intervjuades på annan ort än Stockholm ville bli medicinskt undersökta på den ort de var bosatta. Av de 74 personer som intervjuades var det således 13 som ej ville genomgå den medicinska delen av undersökningen.

DEL I

11.4 *Demografisk och social bakgrund*

11.4.1 Kön och ålder

Av de 74 personer som intervjuades var 62, 84 %, män och 12, 16 %, kvinnor.

Åldern varierar mellan 20 och 43 år. Medelåldern är 27,5 år och medianåldern 27,0 år.

I tabell 1 har kön och ålder ställts i

Tabell 1. Köns- och åldersfördelningen.

	Ålder				
Kön	20—24 år	25—29 år	30—34 år	35—43 år	Totalt
Man	21	22	10	9	62
Kv.	2	10	—	—	12
Totalt	23	32	10	9	74

Tabell 2. Civilstånd efter ålder och kön.

	Ålder och kön								
	20—24 år		25—29 år		30—34 år		35—43 år		
Civilstånd	M	K	M	K	M	K	M	K	Totalt
Ogift	18	1	14	6	3	—	2	—	44
Gift	3	—	4	3	1	—	3	—	14
Frånskild	—	1	4	1	5	—	4	—	15
Änkling/Änka	—	—	—	—	1	—	—	—	1
Totalt	21	2	22	10	10	0	9	0	74

relation till varandra.

Ungefär tre fjärdedelar, 74 %, av undersökningsmaterialet är under 30 år. Flest antal individer förekommer i åldersgruppen 25–29 år. Typvärdet är 25 år. 10 av samtliga 12 kvinnor finns i den nyss nämnda åldersklassen. Männen är jämnt fördelade både på de två lägsta åldersklasserna och på de två högsta. Fyra av männen är 40 år eller mer.

11.4.2 Civilstånd, barn

Tabell 2 visar civilståndsfördelningen efter ålder och kön och tabell 3 vilka förändringar som inträffat på detta område i materialet sedan vistelsen på Roslagstulls sjukhus 1964.

44 personer, 59 %, är ogifta. Av dessa är 13 förlovade. Anmärkningsvärt många, 15 personer, 20 %, är frånskilda. Till denna siffra kan läggas ytterligare två personer, som är omgifta. Mer än en femtedel har således en skilsmässa bakom sig. 14 personer, 19 %, är gifta.

Den marginella fördelningen har inte ändrats särskilt mycket. Sammanlagt 14 personer har ändrat civilstånd. Det intressantaste resultatet är att 5 av de 11 personer som var gifta 1964 är frånskilda 1967.

Intervjupersonerna har tillfrågats om hur många gånger de varit gifta och hur många barn de har. I tabell 4 har antal äktenskap och antal barn satts i relation till vartannat.

Av de 30 personer som varit eller är gifta är det endast fyra som varit gifta mer än en gång och av dessa är två fortfarande gifta med sin andra äktenskapspartner. Det är alltså endast två personer som skilt sig mer än en gång.

35 personer har inte några barn. 15 personer som aldrig har varit gifta har barn.

Samtliga personers barn är minderåriga. Intervjupersonerna har tillfrågats om de själva har hand om sina barn och, om de inte har det, vem som har vårdnaden om dem. Endast 12 av de 39 personer som har barn har hand om alla sina barn själv. Tre personer har hand om något eller några av barnen. I 12 fall har andra föräldern vårdnaden om barnen, tre har barnen hos släktingar, fem personers barn har omhändertagits av barnavårdsnämnden. I ett av dessa fall har barnet adopterats. Olika kombinationer av vårdnadshavare, utan att intervjupersonerna själva har hand om något barn, förekommer i fyra fall. Det kan naturligtvis finnas olika anledningar till att

Tabell 3. Civilstånd 1964 och 1967.

	1964				
1967	Ogift	Gift	Frånskild	Änkling/Änka	Totalt
Ogift	44	—	—	—	44
Gift	6	6	2	—	14
Frånskild	1	5	9	—	15
Änkling/Änka	—	—	—	1	1
Totalt	51	11	11	1	74

Tabell 4. Antal äktenskap och antal barn.

Antal äktenskap	Antal barn				
	Inget	Ett	Två	Tre el. fl.	Totalt
Inget	29	11	4	—	44
Ett	4	9	10	3	26
Två	2	1	—	—	3
Tre	—	—	—	1	1
Totalt	35	21	14	4	74

så få av personerna har hand om sina barn. Någon penetrering av de olika fallen har ej gjorts, varför det ej kan ges någon förklaring till detta resultat. Det bör emellertid påpekas att 15 personer har utomäktenskapliga barn och att lika många personer är frånskilda. I några fall har intervjupersonerna spontant berättat, att de på grund av narkotikamissbruket måst lämna sina barn till släktingar eller att barnavårdsnämnden ingripit och omhändertagit barnen av samma anledning. Man har dock fått en allmän uppfattning om att det i dessa fall även förekommit kriminalitet eller asocialitet i familjen.

11.4.3 Utbildning, yrke

Intervjupersonerna har tillfrågats om vilken skolutbildning de har. Av de 74 undersökningspersonerna har 28 enbart folkskola, 9 har realexamen eller motsvarande, 31 har olika former av påbyggnad utan formell examen efter folkskoleutbildningen, 6 har studentexamen eller motsvarande utbildning. Även om man håller i minnet den relativt låga genomsnittsåldern, är det förvånansvärt få som endast har folkskoleutbildning. Då det gäller olika typer av avvikande beteende brukar undersökningar och statistik visa att utbildningsnivån i allmänhet är lägre för dylika grupper än för normalpopulationen.[1]

Intervjupersonernas yrken eller sysselsättning har kodats enligt en något mer differentierad skala än den vanliga socialgruppsindelningen enligt 1952 års valstatistik. Olika studieformer och »hemmafru» har tagits med som särskilda koder. För att få en uppfattning om narkotikamissbruket har påverkat yrkessituationen har personerna även tillfrågats om vilket yrke de hade, då de började använda narkotika. Tabell 5 visar resultaten av dessa båda frågor.

Denna tabell visar att det ej förekommit någon förskjutning att tala om vare sig »uppåt» eller »nedåt» på den sociala yrkesskalan i gruppen som helhet. Ungefär en tiondel saknar yrke eller sysselsättning. Ifrån denna grupp har hemmafruarna brutits ur. Det är alltså frågan om sådana som aldrig har haft något yrke och avser inte vilka som saknar eller saknade anställning tillfälligt. Inte någon tillhörde socialgrupp I vid undersökningstillfället. Det bör uppmärksammas att i siffrorna för socialgrupp 2 ingår för den första tidpunkten två och för den andra tidpunkten fem som var egna företagare. Somliga av dessa personer hade vid undersökningstillfället oordna-

Tabell 5. Yrkes- eller sysselsättningstyp vid narkotikadebuten och vid intervjutillfället.

	Narkotikadebuten		1967	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Saknar yrke/ sysselsättning	8	11	7	9
Soc.gr. 1	1	1	—	—
Soc.gr. 2	18	24	24	32
Soc.gr. 3 (yrkeskunniga/ utbildade)	19	26	17	23
Soc.gr. 3 »unskilled»	17	23	12	16
Stud.	10	14	12	16
Hemmafru	1	1	2	3
Totalt	74	100 %	74	100 %

[1] Se t. ex. Forsström, 1965, sid. 52 och Chein, 1966 sid. 125.

Tabell 6. Föräldrarnas yrkeskategori.

Yrke	Fadern	Modern
Soc.gr. 1	6	—
Soc.gr. 2	29 (8)[1]	27 (6)[1]
Soc.gr. 3 (yrkeskunniga/ utbildade)	25	10
Soc.gr. 3, »unskilled»	9	13
Hemmafru	—	24
Vet ej	5	—
Totalt	74	74

[1] Siffrorna inom parentes anger antalet egna småföretagare.

de sociala och ekonomiska förhållanden. I gruppen studerande ingår sex personer som gick på omskolningskurser vid intervjutillfället. Några universitets- eller högskolestuderande ingår ej i gruppen.

Då man studerar socialgruppstillhörighet är det väsentligt att även jämföra denna med föräldrarnas, då det gäller en undersökning avseende avvikande beteende. Här nedan skall först presenteras föräldrarnas socialgruppstillhörighet och sedan skall jämförelse ske mellan intervjupersonernas och deras föräldrars socialgruppstillhörighet för att försöka se om det förekommit någon social rörlighet mellan generationerna. Som tidigare framhållits hade det inte förekommit någon påtaglig intragenerationsrörlighet för tidsperioden mellan narkotikamissbrukets början och intervjutillfället. Det bör hållas i minnet att jämförelserna i båda fallen avser yrkes- eller socialgruppstillhörighet och inte övriga stratifieringsvariabler som har betydelse för vilken social status en person har i samhället.

Utan närmare penetrering synes differenserna mellan fädernas och sönernas yrkeskategorier vara »normala» vid jämförelse med resultat från undersökningar som avser social rörlighet mellan fäder och söner.[1]

I det enskilda fallet kan emellertid en förskjutning i social status mellan far och son vara ganska betydelsefull för anpassningen inom familjen. Kanske ännu större betydelse i detta avseende har avvikelser mellan syskon. Av denna anledning tillfrågades intervjupersonerna om hur många syskon de har och vilka yrken dessa har. Fädernas och syskonens yrken har ställts i relation till intervjupersonernas. Denna jämförelse har endast gjorts för män. Antalet kvinnor var dels mycket litet, dels var flera av kvinnornas mödrar hemmafruar, varför det var svårt att göra en meningsfull jämförelse i fråga om social rörlighet, då det förmodligen föreligger olika värderingar i många familjer vad gäller relationen mellan faderns och sonens respektive faderns och dotterns yrken. Som framgår av tabell 5 saknar sju personer yrke av något slag vid undersökningstillfället. I de fall dessa hade något yrke vid narkotikadebuten har de i nedanstående jämförelse kodats enligt detta yrke. Två män och en kvinna kunde dock inte hänföras till någon yrkeskategori, varför det återstod 60 män som jämfördes med sina fäder och eventuella syskon i fråga om social rörlighet.

I ungefär hälften av de berörda familjerna förekommer det inte någon rörlighet på den sociala stratifieringsskalan. Antalet individer som avviker från hela familjens socialgruppstillhörighet är ungefär detsamma antingen det gäller förändringar »uppåt» eller »nedåt». Det bör uppmärksammas att tidsfaktorn ej har hållits under kontroll.

11.4.4 Övriga bakgrundsvariabler

Intervjupersonerna tillfrågades bl. a. om på vilka orter de bodde tills de var 16 år. 45 personer hade enbart bott i Stor-Stockholm. 13 personer hade inte bott någon tid av sin barndom där. I hela undersök-

Tabell 7. Social rörlighet i förhållande till fadern och syskon.

	Antal
Samma soc.gr.	28
»Uppåt»	7
»Nedåt»	9
Stabil (syskon), »uppåt» (fadern)	1
Stabil (syskon), »nedåt» (fadern)	6
Stabil (fadern), »nedåt» (syskon)	9
Totalt	60

[1] Carlsson, 1959, Sid. 367—396.

Tabell 8. De inflyttades situation den första tiden.

Ålder				
16—20 år	21—25 år	26 år el. mer		Totalt
7	4	1		12
Bostadsförhållanden				
Hade bostad		Sakn. bostad		
9		3		12
Arbetssituation				
Sakn. anst.	fast arbete	tillf. arb.	stud.	
3	6	1	2	12
Trivsel				
Ja		nej		
10		2		12
Bekanta				
Ja		nej		
5		7		12

ningsmaterialet är det endast en person som inte under någon tidsperiod har varit bosatt i Stockholm. Han vårdades på Roslagstulls sjukhus emedan han vistades på fångvårdsanstalt inom sjukvårdsområdet. Tolv personer har alltså flyttat in till Stockholm. För majoriteten av detta undersökningsmaterial kan således narkotikamissbruket ej ha orsakats av oordnade sociala förhållanden vid inflyttning till storstaden. Tabell 8 visar dessutom att endast ett fåtal av de 12 inflyttade saknade bostad eller sysselsättning den första tiden i Stockholm.

Vid intervjutillfället var alla utom sex personer bosatta inom storstockholmsområdet.

11.4.5 Sammanfattning och kommentarer

Vad gäller de demografiska variablerna kan sammanfattningsvis sägas att ungefär tre fjärdedelar av undersökningsmaterialet är under 30 år, att fördelningen på män och kvinnor är ca fem resp. en sjättedel, att andelen frånskilda, ca en femtedel, och ogifta är oproportionerligt stor och att anmärkningsvärt många personer har barn utom äktenskapet. Även om inga orsaksanalyser har gjorts, kan man antaga att narkotikamissbruket har haft en negativ inverkan på familjeförhållandena, då fem av de elva personer som var gifta 1964 har skilt sig och då det endast är 12 personer av 39 som har hand om alla sina barn.

Köns- och åldersfördelningen överensstämmer anmärkningsvärt väl med vad som dels redovisats vid enskilda undersökningar i USA och dels deras federala statistik över narkotikamissbrukare, trots att det där i allmänhet är fråga om en annan typ av narkotikamissbruk.[1]

Om man jämför köns- och åldersfördelningen i detta material med motsvarande i den av narkomanvårdskommittén också utförda undersökningen angående av myndigheter kända narkotikamissbruksfall i Stor-Stockholm under sista halvåret 1967, finner man att kvinnorna där utgör en fjärdedel medan andelen 30 år eller yngre också där är ca tre fjärdedelar. Åldersfördelningen för övrigt överensstämmer emellertid ej.[2]

Då det gäller andelen frånskilda och ogifta personer i materialet är inte heller det ett resultat som skiljer sig från vad som rapporterats från olika narkotikaundersökningar. Andelen ogifta och frånskilda personer brukar vara stor.[3] Utbildningsnivån är högre än vad som visats i andra narkotikaundersökningar.[4] Den »lägsta» socialgruppen, som här kallats »unskilled», är anmärkningsvärt liten i detta material.[5] Föräldrarnas socialgruppstillhörighet överensstämmer ganska väl med valstatistikens för Stockholm.[6] Detta resultat skiljer sig från vad som konstaterats i amerikanska narkotikaundersökningar.[7] Intervjupersonernas socialgruppstillhörighet har i allmänhet inte förändrats sedan narkotikamissbrukets början. Deras socialgrupp överensstämmer i stort sett med fädernas och syskonens.

[1] Se t. ex. Kolb, 1962, sid. 9; O'Donnell, et al. 1966, sid. 10; Daniel et al., 1965, sid 6—9; Scher – The International Journal of The Addictions 2 (1967), 2: 171—190, – sid. 175.

[2] Frej, Case-finding survey, tabell 8.

[3] Kolb, 1962, sid 115; O'Donnell et al. — The International Journal of The Addictions, 2 (1967), 1: 21—38—sid 37; Retterstöl, 1967, sid 107.

[4] Se t.ex. Chein, 1966, sid 125.

[5] O'Donnell et al., 1966, sid 10; Frej, Case-finding survey, tabell 8.

[6] Statistisk Årsbok för Stockholms stad 1967, tabell 93, sid 107.

[7] Se t.ex. Brill — The International Journal of The Addictions, 1 (1966), 2: 7—21 — sid 9.

Tabell 9. Anställnings- och sysselsättningstyp.

	Saknar sysselsättning	Tillf.arb.	Stud.	Fast. arb.	Mil.tj.	Minns ej	Totalt
Narkotikadebuten	11	3	14	42	2	2	74
Intervjun	32	8	12	21	1	1	74

11.5 *Social situation*

11.5.1 Bostadsförhållanden

Vid intervjutillfället bodde 36 personer i egen bostad, 24 i föräldrahemmet, sex delade bostad med andra personer, två bodde i uthyrningsrum och en på ett skolinternat. Fem saknade bostad. Av dessa var det endast en som inte vistades på mentalsjukhus eller fångvårdsanstalt.

Av de 69 personer som hade bostad var det sju som kan betecknas som trångbodda. Som norm på trångboddhet har använts de tidigare bestämmelserna om bostadsbidrag till barnfamiljer. En familj betraktades då som trångbodd, om antalet personer som bebodde lägenheten uppgick till mer än två per rum, köket oräknat.

Intervjupersonerna fick också uppge, hur de såg på sin nuvarande bostadsstandard i förhållande till hur de bodde då de började använda narkotika. Ca en femtedel ansåg, att deras bostadsstandard hade försämrats och ca en tredjedel att den förbättrats, medan resten sade sig ha oförändrad standard. Ungefär en tredjedel hade ej bytt bostad.

11.5.2 Arbetsförhållanden

Tabell 9 visar att en klar försämring i arbetssituationen har inträtt för gruppen som helhet, sedan de började använda narkotika. Dubbelt så många hade ett fast arbete vid narkotikadebuten än vad som var fallet vid intervjutillfället. Som angivits under tabell 5, var hälften av dem som angetts som studerande vid intervjutillfället elever vid olika former av omskolningskurser. Antalet arbetslösa, 32 personer, 43 %, var vid intervjutillfället mycket stort, även om man beaktar att 13 personer vistades på mentalsjukhus eller fångvårdsanstalt och därför automatiskt fördes till arbetslöshetsgruppen. Vid narkotikadebuten var antalet arbets- eller sysselsättningslösa 11 personer, 15 %.

Tabell 10 visar instabiliteten i arbetssituationen på ett med föregående tabell överensstämmande sätt. 63 personer, 85 %, har varit arbetslösa under någon period av uppföljningstiden. Ungefär hälften av dessa, 31 personer, har uppgett narkotikan som främsta orsak till arbetslösheten. Narkotikamissbruket tycks ha spelat störst roll för personer som har varit arbetslösa mer än två år under denna treårsperiod.

I intervjun ingick också en fråga om det förekommit arbetslöshet eller för studerande sysselsättningslöshet även före narkotikadebuten. Svaren fördelade sig enligt följande: Ej arbetslöshet: 45, arbetslös: 29. Trots att marginalsiffrorna är av sådan beskaffen-

Tabell 10. Arbetslöshetstid under uppföljningstiden och orsaken härtill.

	Arbets-/sysselsättningslöshetstid 1964—1967						
Främsta orsaken härtill	Ej arb.-lös	≤ 6 mån.	7—12 mån.	13—23 mån.	2—3 år	hela tiden	Totalt
Ej arb.lös	11	—	—	—	—	—	11
Sjukdom (ej nark.)	—	4	4	—	1	—	9
Arbetsbrist	—	3	2	1	—	—	6
Narkotikan	—	3	5	5	10	8	31
Anstaltsvistelse	—	—	2	3	3	1	9
Annat, vet ej	—	1	1	2	1	3	8
Totalt	11	11	14	11	15	12	74

Tabell 11. Förekomst av arbetslöshet före narkotikadebuten och under tiden 1964—1967.

Före narkotikadebuten	1964—1967 Arb.lös	Ej arb.lös	Totalt
Arb.lös	25	4	29
Ej arb.lös	38	7	45
Totalt	63	11	74

het att man tveklöst kan påvisa den förändring som skett i intervjupersonernas arbetssituation, sedan de började använda narkotika, har förekomst av arbetslöshet före narkotikadebuten korstabulerats med motsvarande under den aktuella uppföljningstiden. Tabell 11 visar resultatet härav.

Sju personer har aldrig varit arbetslösa. För fyra personer har en förbättring i arbetssituationen inträffat efter narkotikadebuten. 38 personer hade aldrig varit utan sysselsättning, innan de började använda narkotika, men väl efteråt. Denna skillnad är så stor att man klart kan påvisa sambandet mellan arbetslöshet och narkotikamissbruk.[1] Detta resultat stöder ytterligare dem som framkommit i tabellerna 9 och 10, nämligen att narkotikamissbruket har haft ett negativt inflytande på arbetsförhållandena. Det bör dock påpekas att invändningar kan göras mot tillvägagångssättet i tabell 11. Tidsfaktorn har ej hållits under kontroll vad gäller förekomst av arbetslöshet före narkotikamissbrukets början. Vidare borde åldern hållits under kontroll. Denna sistnämnda brist är dock ej så stor, eftersom åldern är låg i materialet och personerna inte bara tillfrågats om arbetslöshet utan också om perioder av sysselsättningslöshet t. ex. avbrott i studierna.

Ju fler yrkesverksamma år eller ju äldre en individ är desto fler anställningar har han haft. Två personer har aldrig arbetat. 6–10 yrkesverksamma år och 5–10 anställningar är typvärden för detta material, 31 respektive 30 personer. 27 personer, 36 %, har haft fler än 10 anställningar. Någon jämförbar statistik för normalbefolkningen eller för jämförbara undersökningsgrupper finns ej, varför det är svårt att uttala sig om dessa bearbetningsresultat.

11.5.3 Ekonomisk ställning

Den tredje undersökningsvariabeln i detta avsnitt, som behandlar intervjupersonernas sociala situation, är deras ekonomiska ställning.

Trots att omskolningsbidrag har räknats som inkomst är det 29 personer som saknar inkomst. Endast något mer än en femtedel har inkomster som överstiger 1 500 kronor i månaden. Inte någon person tjänade mer än 30 000 kr. under 1966. Om man jämför årsinkomsten för 1966 med månadsinkoms-

[1] $X^2 = 25{,}93$ (1), $P < 0{,}001$ (Mc Nemartest).

Tabell 12. Inkomst per månad och år.

Månadsinkomst								
Saknar inkomst		250—500 kr	500—750 kr	750—1 000	1 000—1 500	1 500—2 500	> 2 500	Totalt
29		4	9	9	7	13	3	74
Årsinkomst 1967								
Vet ej	Ingen inkomst	< 3 000	3 000—6000	6 000—9 000	9 000—12 000	12 000—18 000	18 000—30 000	
1	22	6	12	7	3	13	10	

Tabell 13. Inkomständring och främsta orsaken härtill.

Orsak	Inkomständring				Totalt
	Oförändr. inkomst	Tidigare högre ink.	Tidigare mindre ink.	Tid. både hög. o. läg.	
Oförändrad inkomst	8	—	—	—	8
Ändr. i lön el. arb.	—	3	12	4	19
Stud./mil.tj./arb.-löshet	—	4	—	2	6
Sjukdom/anstaltsvist.	—	10	—	—	10
Narkotikan	—	24	—	2	26
Annat/vet ej	—	2	3	—	5
Totalt	8	43	15	8	74

ten vid intervjutillfället, tycks ingen nämnvärd förändring i inkomstsituationen ha inträffat under det sista året.

Under 1967 hade 27 personer uppburit socialhjälp, i de flesta fall endast vid enstaka tillfällen.

Intervjupersonerna har fått uppge, om de tidigare tjänat mer eller mindre något år före 1966 och i så fall vilken den främsta orsaken till inkomständringen var. Tabell 13 visar svarsfördelningen på dessa frågor.

Det är tydligt att narkotikamissbruket har haft en negativ effekt på inkomsterna, vilket är helt naturligt efter vad som framkom vad gäller narkotikans inflytande på arbetsförhållandena. Ungefär tre gånger så många, 43 personer, 58 %, har fått försämrad inkomst som förbättrad, vilket 15 personer, 20 %, fått. För majoriteten av den sistnämnda gruppen har ändringen berott på ändrade arbets- eller löneförhållanden. 26 personer, 35 %, anser att deras inkomster ändrats på grund av narkotikamissbruket. Av dessa har 24, 32 %, nu lägre inkomst. De tio personer som uppgivit att deras inkomst har minskat på grund av sjukdom eller anstaltsvistelse anser inte att deras narkotikamissbruk varit en indirekt orsak.

11.5.4 Sammanfattning och kommentarer

Generellt kan sägas om undersökningspersonernas sociala situation att huvudparten tycks ha ordnade bostadsförhållanden, medan deras arbets- och ekonomiska förhållanden är bristfälliga, då man ser på gruppen som helhet. Det är också på de två sistnämnda variablerna som narkotikamissbruket har haft en negativ inverkan.

Det är svårt att jämföra dessa resultat med vad som framkommit vid undersökningar i andra länder, dels beroende på att undersökningsmaterialen och -metoderna i allmänhet har varit skilda från vad som gäller för denna undersökning och dels beroende på skillnader i den sociala strukturen och därmed arbetsförhållandena i de samhällen undersökningarna har utförts i.[1]

Det stora antalet arbetslösa vid intervjutillfället är dock i överensstämmelse med de i amerikansk narkotikalitteratur ofta förekommande påståendena om att de flesta narkotikamissbrukare är arbetslösa.[2]

11.6 *Sociala kontakter*

Målsättningen vad gäller detta avsnitt har inte varit att göra en fullständig kartläggning av intervjupersonernas sociala kontakter eller relationer, utan utgångspunkten har varit att försöka undersöka vilken betydelse narkotikamissbruket har haft vad gäller relationerna till familj och vänner samt sammansättningen av dessa grupper med avseende på olika typer av avvikande beteende.

11.6.1 Anhöriga

Som tidigare har nämnts bor 24 personer i föräldrahemmet. Av de övriga 50 perso-

[1] Kolb, 1962, sid. 10—11, 144.
[2] Se t. ex. O'Donnel et al., 1966, sid. 10.

nerna har 39 sina föräldrar i storstockholmsområdet. 41 av dem som ej bor i föräldrahemmet besöker sin familj. Endast en av de övriga nio anger att orsaken till att han ej besöker sina föräldrar är hans narkotikamissbruk.

I ungefär hälften av fallen har flyttningen från föräldrahemmet förorsakats av olika besvärligheter i familjen. Om man ställer denna siffra i relation till hela undersökningsmaterialet är det alltså en tredjedel som haft anpassningsproblem i familjen.

31 personer var ogifta och ej förlovade vid intervjutillfället. Tio av dessa har eller har haft stadigt sällskap eller varit förlovade under den tid de använt narkotika. Mer än två tredjedelar har eller har haft någon samlevnadspartner under den tid de använt narkotika.

Det var vanligt att föräldrar och partner reagerade med förskräckelse, sorg eller aggressivitet, då de fick reda på intervjupersonernas narkotikamissbruk. I fyra fall började partnern själv använda narkotika. Endast i fem fall kände partnern till narkotikamissbruket före äktenskapet eller innan samlevnaden påbörjades. Det var vanligt att partnern efter en tid ändrade sin inställning till narkotikamissbruket i negativ riktning. Endast en av de 17 personer som är frånskilda ansåg att narkotikamissbruket var den viktigaste orsaken till skilsmässan. Tre ansåg att det var en bidragande orsak.

11.6.2 Vänner

De flesta människor placeras automatiskt i den primärgrupp som utgörs av familjen. Denna grupp brukar i allmänhet också vara bestående. Den primärgrupp som vänkretsen utgör har inte någon av dessa givna egenskaper. För att undersöka om narkotikamissbrukarna i denna undersökning är socialt isolerade eller ej utanför familjen samt om deras vänkrets är begränsad eller ej till andra narkotikamissbrukare har intervjupersonerna fått ange hur många vänner de har regelbunden kontakt med och hur många av dessa som använder narkotika. Någon definition på vare sig »vänner» eller »regelbunden» gavs ej av intervjuaren. Vänkretsens eventuella förändring efter narkotikamissbrukets början samt dess inställning till narkotikaanvändning har också undersökts.

Tabell 14. Totala antalet vänner i relation till antalet vänner som använder narkotika.

Antal vänner narkotikamissbrukare	Antal vänner 0	1	2—4	5—10	> 10	Totalt
Ingen vän	13	—	—	—	—	13
Ingen vän, nark.	—	5	9	18	4	36
1 vän	—	—	3	3	1	7
2—4	—	—	5	5	1	11
5—10	—	—	—	3	2	5
> 10	—	—	—	—	2	2
Totalt	13	5	17	29	10	74

13 personer, 18 %, anser att de inte har någon vän. Om dessa individer har definierat vänskap efter strängare kriterier än övriga personer, vet man inte. Det är emellertid tydligt att dessa personer anser sig sakna vänner. Fem uppger att de har endast en vän. I ett av fallen är denna enda vän identisk med sexualpartnern. 36 personer, 49 % av samtliga, säger att det inte är någon i deras vänkrets som använder narkotika. 25 personer, 34 %, har någon vän som missbrukar narkotika. I endast ett tiotal fall tycks huvudparten av vännerna använda narkotika.

53 personer har någon eller några vänner som inte använder narkotika. Av dessa uppger åtta att deras vänner ej känner till deras narkotikamissbruk. I 21 fall har vännerna försökt påverka intervjupersonerna att sluta och i lika många fall har någon

Tabell 15. Jämförelse mellan vänkretsen vid intervjutillfället och före narkotikadebuten.

Antal Lika	färre nu	fler nu	Totalt
23	41	10	74

Sammansättning Samma	ej samma	aldr. haft ngn vän	uppg. saknas	Totalt
30	41	1	2	74

Tabell 16. Avvikande beteende i primärgrupperna.

	Familj	Partner	Vänner
Psyk. sjukdom	7	6	—
Alkoholmissbruk	20	5	—
Narkotikamissbruk	10[1]	15[2]	25 (10)
Bvn.-åtgärd[3]	5	4	—
Straff	7	10	24 (11)
Ej avvikande bet.	44	20	25
Totalt antal pers. med avv.bet. i resp. grupp	30	26	35
Totalt antal IP	74	46[4]	60[5]

[1] I sju fall är det syskon och i tre fall någon förälder.
[2] Av dessa har åtta nu slutat.
[3] Bvn = barnavårdsnämnd
[4] 28 har inte varit gifta eller förlovade.
[5] Endast de som uppgivit att de nu har någon vän har tillfrågats. Antalet inom parentes gäller de som endast är narkotikamissbrukare resp. straffade.

påverkan ej förekommit. Tre personer kunde ej besvara frågan huruvida påverkan förekommit eller ej.

Då man skall tolka resultatet av tabell 15 bör man fråga sig vilka faktorer som hållits under kontroll. Här har inte försök gjorts att hålla vare sig bakomliggande eller mellankommande variabler under kontroll. Åldern är mycket olika i materialet och dessutom har individerna i fråga börjat använda narkotika vid olika ålder.

Intervjupersonerna har själva fått ange, varför de nu inte har kvar de vänner de hade vid narkotikadebuten. I fyra fall anser de att narkotikamissbruket är orsaken till förändringen i vänkretsen; 15 personer uppger, att de nu saknar gemensamma intressen med sina gamla vänner eller att man kommit ifrån varandra av olika anledningar, bland annat på grund av geografiskt avstånd; 19 personer har själva dragit sig undan gemenskapen. Av de övriga fyra personerna anser en att vännerna dragit sig undan, en att vänskapen avbrutits utan någon speciell orsak och två personer har lämnat okodifierbara svar.

11.6.3 Avvikande beteende i primärgrupperna

Intervjupersonerna tillfrågades om olika typer av avvikande beteende förekommit i deras familj, hos partnern eller i vänskapskretsen. Vilka beteenden eller samhälleliga åtgärder som undersökts framgår av tabell 16. Dessa data har inte ställts i relation till intervjupersonernas narkotikamissbruk eller till olika tidpunkter. Det är endast fråga om ett försök att grovt skildra den miljötyp intervjupersonerna har levt eller lever i.

Tabellen innehåller betydande s. k. overlapping mellan de olika raderna och kolumnerna. Det förekommer således ofta olika typer av avvikande beteende i samma familj eller vänkrets och avvikande beteende förekommer ofta i både familj och vänkrets. I 30 fall, 41 %, av materialet har det förekommit psykisk sjukdom, alkoholmissbruk, narkotikamissbruk, ingripande av barnavårdsnämnd eller kriminalitet, som föranlett straff, i familjen. 26 personer, 35 % av samtliga och 57 % av 46, har eller har haft äktenskapspartner eller fästmö/fästman med något eller några av dessa former av avvikande beteende. Intervjupersonerna har ej tillfrågats angående förekomst av psykisk sjukdom, alkoholmissbruk och åtgärd av barnavårdsnämnd hos deras vänner, då det antogs att de ej kunde besvara frågor härom. 35 personer, 47 %, av samtliga eller 58 % av 60 har vänner som antingen är straffade eller narkotikamissbrukare eller båda. I 20 fall, 27 %, har alkoholmissbruk förekommit i familjen. Om eller hur detta har inverkat på förhållandena i familjen har ej undersökts. Narkotikamissbruk

är, som väntat, mycket vanligare i vänkretsen än i familjen och hos partnern. Ännu större skillnad är det dock i fråga om förekomst av kriminalitet. I 10 familjer, 14 %, har narkotikamissbruk förekommit. Motsvarande tal för intervjupersonernas partner är 15, 20 % av samtliga och 33 % av 46. Som tidigare nämnts är det 25 personer, 34 %, som har vänner som missbrukar narkotika.

Efter korstabuleringar framgick att endast 14 personer, 19 %, tillhört eller tillhör primärgrupper, där det inte förekommit avvikande beteende i någon av de former som här behandlats.

Då familj, partner och vänner slogs samman till en grupp, framkom det, att det endast var i åtta fall, 11 %, varav tre endast hos vänner, som narkotikamissbruk var den enda formen av avvikande beteende.

Det är således ovanligt med narkotikamissbruk som ett från annat avvikande beteende isolerat fenomen i intervjupersonernas omedelbara miljö. Detta resultat är i överensstämmelse med vad som brukar framkomma vid undersökningar av olika grupper med avvikande beteende. Hög förekomst av en form av avvikande beteende inom en grupp brukar också medföra stor frekvens av andra typer av avvikande beteende.

11.6.4 Sammanfattning och kommentarer

Undersökningspersonerna är ej isolerade från familj- eller vänskapsgrupper. 65 personer, 88 %, har kontakt med sina föräldrar; 53 personer, 72 %, har eller har haft någon samlevnadspartner; 60 personer, 81 %, har andra vänner än sin sexualpartner. Endast en person har inte någon kontakt i dessa grupper.

Det bör uppmärksammas, att det här endast varit fråga om kvantitativa mätningar av de variabler genom vilka intervjupersonernas sociala kontakter undersökts. Resultaten är därför inte jämförbara med undersökningsresultat, då narkotikamissbrukares sociala relationer mätts på ett mera kvalitativt sätt.[1]

Huruvida narkotikamissbruket påverkat de sociala kontakterna i primärgrupperna är osäkert. Några entydiga resultat har ej framkommit.

Avvikande beteende i form av alkoholmissbruk, kriminalitet, narkotikamissbruk eller psykisk sjukdom av allvarligare art är mycket vanligt i intervjupersonernas primärgrupper. Enbart narkotikamissbruk förekommer endast i ett fåtal fall. Detta resultat överensstämmer väl med vad som framkommit i amerikanska narkotikaundersökningar angående förekomst av olika typer av avvikande beteende i narkotikamissbrukares omedelbara miljö.[2] Det har t. ex. i en undersökning visats, att makan/maken till narkotikamissbrukare i mycket högre grad än bland normalbefolkningen uppvisar avvikande beteende just i de avseenden som behandlats här.[3]

11.7 *Alkoholvanor samt psykiska och somatiska besvär*

I detta avsnitt skall intervjupersonernas subjektiva uppfattningar och uppgifter angående sina alkoholvanor samt psykiska och somatiska tillstånd behandlas. Dessa tre variabler skall också ställas i relation till narkotikamissbruket. Senare skall uppgifter som inhämtats om variablerna från Kontrollstyrelsen, nykterhetsnämnder samt allmänna försäkringskassor redovisas.

11.7.1 Alkoholvanor

Då samtliga intervjupersoner har haft gulsot ansågs det väsentligt att ganska noggrant ta reda på deras alkoholvanor för att dessa skulle kunna sättas i relation till resultaten av leverundersökningarna. Vidare ansågs det värdefullt att se i vilken relation alkohol- och narkotikavanor står till varandra.

66 personer, 89 %, uppger, att de dricker vin eller sprit. Av dessa är det två som endast dricker vin.

[1] Se t.ex. Chein et al.. 1964, sid 13.
[2] Se t.ex. Chein, 1966, sid 125.
[3] O'Donnell et al. — The International Journal of The Addictions, 2 (1967) 1: 21—38 — sid 24—25.

Tabell 17. Alkoholvanorna vid intervjutillfället.

Mängd per gång	Alkoholintagning: Anv. ej	≤ 1 g./mån.	2—4 ggr/mån.	> 1 g./v.	Totalt
Använder ej	8	—	—	—	8
Obetydlig[1]	—	13	3	2	18
Ung. 1 fl. lättvin	—	6	16	3	25
≥ 37 cl sprit	—	4	12	7	23
Totalt	8	23	31	12	74

[1] Med obetydlig mängd menas här en kvantitet av högst ett par glas vin eller snapsar.

Åtta personer, 11 %, använder således inte alkohol.[1] Två av dem har aldrig tidigare använt alkohol.[2]

Intervjupersonernas alkoholvanor har försökts fastställas genom att ställa frekvens och alkoholmängd i relation till varandra. Resultatet skildras i tabell 17.

Sju personer uppger, att de dricker 37 cl starksprit eller mer oftare än en gång i veckan. Sammanlagt är det 12 personer som dricker alkohol genomsnittligt oftare än en gång i veckan. Det finns en tendens till större mängd alkohol ju oftare man använder det.

I tabell 18 undersöks dels vilken roll narkotikamissbruket i sig självt och dels hepatiten, som orsakats av narkotikaanvändning, spelat för utformningen av intervjupersonernas nuvarande alkoholvanor.

Inte mindre än 49 personer, 68 %, av alla som använder eller använt alkohol, har minskat sin konsumtion. Sex av dessa har som ovan nämnts helt slutat använda sprit. Endast 10 personer har ökat sin alkoholkonsumtion. Dessa har främst missbrukat centralstimulantia. Åtta av dessa hade vid intervjutillfället slutat använda narkotika. Två kombinerade centralstimulerande medel med alkohol. Enligt denna tabell skulle alkoholvanorna ha påverkats mer av själva narkotikamissbruket än av gulsoten.

11.7.2 Psykiska besvär

I litteratur som behandlar narkotikaproblem talas det ofta om att vissa personlig-

[1] 4 av dessa är opiatmissbrukare. Sammanlagt ingår 13 av denna missbrukstyp i materialet.

[2] Båda två är opiatmissbrukare.

Tabell 18. Alkoholvanornas förändring.

	Förändringens riktning: Ingen ändr.	Tid. mer	Tid. mindre	Totalt
Tidpunkt				
Ingen ändr.	13	—	—	13
Före narkotikabruket	—	3	1	4
Efter nark. före gulsoten	—	26	3	29
Efter gulsoten	—	19	6	25
Vet ej	—	1	—	1
Totalt	13	49	10	72[1]
Orsak				
Ej ändrat	13	—	—	13
Narkotikan i stället	—	26	—	26
Hälsoskäl	—	12	4	16
Soc./ekon. skäl	—	7	2	9
Annat, vet ej	—	4	4	8
Totalt	13	49	10	72[1]

[1] De personer som aldrig har använt alkohol ingår ej i tabellen.

Tabell 19. Psykiska besvär.

	Före intervjun	Före gulsoten	Före narkotikan
Inga besvär	7	19	39
Haft besvär, ej sökt läkare	16	33	19
Sökt läk., ej vård	20	15	12
Psyk. klin.+/mentalsjh.	31	7	4
Totalt	74	74	74

hetstyper eller -drag disponerar för narkotikamissbruk.[1] Några experimentell- eller kliniskpsykologiska undersökningar har ej företagits. Intervjupersonerna har endast själva fått ange, om de haft några nervösa besvär och om de sökt läkare eller vårdats på sjukhus härför. Dessa uppgifter har i tabell 19 satts i relation till de tre aktuella tidpunkterna: narkotikamissbrukets början, gulsoten och intervjutillfället.

Majoriteten, 67 personer, 91 %, uppger sig ha haft psykiska besvär. 35 personer, 47 %, hade haft dylika besvär före narkotikadebuten. 31, 42 %, har vårdats på psykiatrisk klinik eller mentalsjukhus. Före narkotikamissbrukets början var det 4, 5 %, som varit intagna för psykiatrisk vård. Under uppföljningstiden, från gulsoten till intervjutillfället, har andelen personer som någon gång varit föremål för psykiatrisk vård, öppen eller sluten, stigit från 30 % till 69 %.

42 personer, 57 %, har sökt läkare eller vårdats på sjukhus för psykiska besvär efter gulsoten. Ytterligare 7 personer har gått hos psykiater under uppföljningstiden, men dessa anser sig inte ha gjort det för psykiska besvär utan endast för att få narkotika legalt.

Det är således tydligt att intervjupersonerna har haft mer psykiska besvär efter narkotikadebuten än tidigare. Problemet är emellertid komplext, och det är svårt att uttala sig om narkotikamissbrukets betydelse för försämringen av det psykiska hälsotillståndet.

11.7.3 Somatiska besvär

Det uppges ofta av fackmän, läkare och andra som kommer i kontakt med narkotikamissbrukare, att dessa snabbt underminerar sin hälsa, både fysiskt och psykiskt. Då dessa patienter har haft inokulationshepatit, skulle man kunna tänka sig att denna grupp skulle vara särskilt utsatt för kroppsliga men.

Någon sammanställning av patienternas kroppsliga status vid undersökningstillfället har inte gjorts. De data som lämnas här är endast uppgifter av intervjupersonerna själva angående deras hälsotillstånd sedan 1964, främst vad beträffar gulsot eller andra infektioner på grund av narkotikamissbruk.

29 personer har vårdats på sjukhus efter vistelsen på Roslagstulls sjukhus 1964. Av dessa har 13 haft olika sjukdomar eller besvär som orsakats av deras narkotikamissbruk. 39 personer, 53 %, har haft någon infektion orsakad av narkotikamissbruket sedan inokulationshepatiten 1964. 23, 31 %, har haft gulsot. Av dessa har 8 personer även haft annan infektion, främst bölder. 16, 22 %, har haft infektioner av olika slag men ej gulsot.

27 av dessa 39 personer hade sökt läkare åtminstone vid något tillfälle.

11.7.4 Sammanfattning

Att intervjupersonernas hälsotillstånd, åtminstone temporärt, har påverkats av deras narkotikamissbruk är givet i detta material, då samtliga vårdats för gulsot, som de ådragit sig genom injicering av narkotika. Även under uppföljningstiden har narkotikan haft en negativ inverkan på hälsotillståndet, då mer än hälften av materialet har haft olika infektioner, till vilka narkotikamissbruket varit orsak.

[1] Se t. ex. Retterstöl, 1967, sid. 68 ff.

91 % säger sig ha haft psykiska besvär. 42 % har vårdats på psykiatrisk klinik eller mentalsjukhus. Före narkotikamissbrukets början var motsvarande procenttal 47 % respektive 5 %. Det är således tydligt att det för undersökningsmaterialet som helhet inträtt en försämring i det psykiska hälsotillståndet sedan narkotikamissbruket börjat.

89 % uppger att de dricker vin eller sprit. Endast ett fåtal uppger att de använder alkohol mycket och ofta. Narkotikaanvändningen tycks ha medverkat till att alkoholkonsumtionen minskat för en stor del av materialet.

Resultaten i detta kapitel skall ytterligare kommenteras senare, då alkoholmissbruk och hälsotillstånd behandlas utifrån andra utgångspunkter än intervjupersonernas egna uppgifter.

11.8 *Narkotikabruket*

11.8.1 Debutsituationen

Då detta är en deskriptiv undersökning skall här endast redogöras för intervjupersonernas beskrivning av hur och varför de första gången prövade narkotika. Något försök att fastställa andra bakomliggande orsaker har inte gjorts.

40 personer hade aldrig före debuten kommit i kontakt med personer som använde narkotika. De 34 personer som känt narkotikamissbrukare tidigare hade gjort det under olika tidsperioder varierande mellan en månad och över tre år. Tabell 20 visar svaren på övriga frågor som ställdes angående debutsituationen.

Den mest utsatta åldersgruppen har för detta undersökningsmaterial varit 17–20 år. 55 % av materialet prövade första gången på narkotika i denna ålder. Medelåldern var 19,6 år och medianåldern 19,0 år. Den dominerande preparattypen var centralstimulantia. 65 % började med ett dylikt preparat. I mer än en tredjedel av fallen tog man högst fem tabletter. Oral intagning var helt dominerande över rökning och injektion. Åtta personer tog enbart cannabis och en tog detta preparat i kombination med tabletter av okänt slag. Detta material ger således inte stöd åt tanken att man ofta börjar med cannabis och sedan övergår till andra preparat.[1]

Nästa avdelning i tabellen skildrar två dimensioner i debutsituationen, dels genom vilka personer intervjupersonerna kom åt narkotikan och dels deras egen motivation eller initiativtagande. Vid kodning av intervjupersonernas berättelser om hur det kom sig att de tog narkotika första gången, visade det sig att dessa två uppgifter var de väsentligaste och att de stod i intim relation till varandra. Resultatet av denna bearbetning visar att det vanligaste sättet, på vilket man kom i kontakt med narkotika, var genom kamrater, vilket här skett i 72 % av fallen.

72 % reagerade positivt på den första dosen narkotika.

Vissa av variablerna som ingår i tabell 20 har ställts i relation till varandra för att man på detta sätt skulle försöka se om det föreligger olika typsituationer. Först fastställdes vilka typer av olika »narkotikabeteenden» som förekom vid debuten genom att korstabulera preparattypen med intagningssättet. Tabell 21 visar resultatet härav.

Den enda tillräckligt stora manipulerbara gruppen är »centralstimulantia – oralt». Materialet delades därför upp på denna grupp och en grupp som innefattar alla andra typer. I tabell 22 har dessa grupper satts i relation till sättet på vilket man kom i kontakt med narkotikan första gången och åldern vid tillfället i fråga.

Av kolumnernas marginalsiffror framgår, att det är en större del av dem som tillhör gruppen »centralstimulantia – oralt» än andra som fått impuls eller påverkats av kamrater vid deras första egna kontakt med narkotika. Någon entydig tendens till samband mellan beteende och ålder finns ej. Man skulle kunna tänka sig att ju yngre man är, då man börjar använda narkotika, desto större betydelse skulle kamraternas påverkan ha. Tabellen ger inget dylikt resultat.

[1] Märk att detta resultat inte säger något om hur relationen cannabis—andra preparat är nu.

Tabell 20. Debutsituationen.

Ålder					
≤ 16 år	17—18	19—20	21—24	≥ 25 år	Totalt
13	23	18	12	8	74

Preparat				
Opiater	P	Annat CS	Lugn/sömn.	Cannabis	
8	38	10	6	9 (1)[1]	74

Mängd						
≤ 5 ml/tabl.	5—10	11—20	> 20	Annat	Vet ej	
27	17	8	3	9[2]	10	74

Intagningssätt			
Rökning	Oralt	Inj.	
9 (1)[1]	50	15 (3)[3]	74

Anskaffningssätt					
Gm kamr., ej ssk ors.	Gm kamr., egen mot.[4]	Gm okänd, ej ssk ors.	Gm okänd, egen mot.	Annat	
29	24	6	9	5[5]	74

Reaktion			
Negativt	Positivt	Varken pos. el. neg.	
12	53	9	74

[1] Inom parentes har angivits antalet som kombinerat cannabis med annat.
[2] Avser cannabisrökarna.
[3] Siffran inom parentes avser hur många som tagit intramuskulär injektion.
[4] Mot=motivation.
[5] Av dessa fick tre personer genom läkare.

Först i åldersgruppen 17–18 år tycks denna påverkan göra sig klart gällande. Störst inflytande har kamraterna enligt detta material i åldersgruppen 19–20 år. Ända upp till 25 år har kamraterna spelat störst roll för att man skulle pröva narkotika. Någon enkel modell av en typsituation efter variablerna ålder, narkotikabeteende och kamratinflytande föreligger ej.

Sammanfattning och kommentarer

Efter denna penetrering av debutsituationen finner man således att för detta material

Tabell 21. Preparattyp och intagningssätt vid debuten.

	Preparattyp					
Intagningssätt	Opiater	CS [1]	Lugn./sömn.	Cannabis	Vet ej	Totalt
Injektion	6	9	—	—	—	15
Oralt	2	39	6	—	3	51
Rökning	—	—	—	9[1]	—	9[2]
Totalt	8	48	6	9	3	74

[1] CS=centralstimulerande medel.
[2] En person har både rökt och tagit centralstimulantia oralt. Denne individ har räknats till cannabisgruppen.

Tabell 22. Typ av narkotikabeteende i relation till ålder och åtkomstsätt.

	Typ av narkotikabeteende				
	CS — oralt		Annat beteende		
	Åtkomstsätt		Åtkomstsätt		
Ålder	Gm. kamr.	Annat	Gm. kamr.	Annat	Totalt
≤ 16 år	5	3	1	4	13
17—18 år	9	1	8	5	23
19—20	11	1	6	—	18
21—24	4	2	6	—	12
≥ 25 år	1	2	2	3	8
Totalt	30	9	23	12	74

gäller, att den mest kritiska åldern var 17–20 år, att man i allmänhet tog centralstimulerande medel oralt, att nästan hälften av fallen kände narkotikamissbrukare innan de själva började, att huvudparten, 72 %, fick narkotikan genom kamrater och att kamratinflytande var störst i åldersgruppen mellan 17 och 24 år.

I den av Chein et al. utförda undersökningen i vissa distrikt i New York av unga narkotikamissbrukare uppgavs 16 år vara den mest kritiska åldern. Denna undersökning gällde heroinister och dessa hade i 83 fall av 96 rökt marihuana, innan de började använda heroin. Som framgår av tabell 20 var det endast ett fåtal i detta material som första gången tog cannabis. Däremot överensstämmer resultaten vad gäller åtkomstsättet med vad som var fallet för de unga heroinisterna, av vilka $^2/_3$ fick första gången av en jämnårig vän eller i en grupp. Nio personer eller 12 % tog själva på eget initiativ kontakt med en okänd person för att skaffa narkotika första gången. I Cheins undersökning var det 10 % som köpte av langare. Även i detta fall stämmer resultaten väl överens.[1]

11.8.2 Debuten för intravenös injicering

Gemensamt för samtliga individer i detta undersökningsmaterial är att de åtminstone vid något tillfälle tagit narkotika genom intravenös injektion. Som tabell 20 visade var det 15 personer som injicerade sin första dos narkotika. Av dessa tog 12 personer narkotikan intravenöst och tre intramuskulärt.

Tabell 23. Antal år mellan allmän narkotikadebut och intravenös debut.

Antal år	Antal personer
IV första gången[1]	12
Samma år	18
1 år	17
2 år	5
3 år	6
4 år	8
5 år	3
6 år	2
7 år	1
11 år	2
Totalt	74

[1] IV=intravenös injektion

De 62 personer som således inte tog narkotikan genom venen vid debuttillfället tillfrågades om när de första gången injicerade i venen. Tabell 23, som har gjorts upp efter uppgifter om vilka årtal de båda tillfällena inträffade, visar resultatet.

35 personer, eller mer än hälften, av dem som ej första gången »pumpade» började samma år eller året därpå inta narkotikan genom venen. Det kan påpekas att det finns personer som efter många års narkotikaanvändning byter intagningssätt.

11.8.3 Narkotikamissbruket generellt

Undersökningspersonernas narkotikabeteende har försökts kartläggas genom att ta re-

[1] Chein et al., 1964, sid. 149, 152; Chein, 1966, sid. 128.

Tabell 24. Narkotikavariabler.

Antal gånger IP tagit narkotika

	1—10 ggr	11—100	101—500	501—1 000	1 001—2 000	>2 000	Totalt
Generellt	2[1]	10	7	8	11	36	74
Intravenöst	4[1]	13	8	6	10	33	74

Vanligaste intagningssättet

Rökning	Oralt	IV=injektion	
2	8	64[1]	74

Använda medel

	Opiater	P[2]	Annat CS	Lugn/sömn.	Cannabis	Vet ej	
Mest	13	53[1]	4[3]	2	2	—	74
Näst mest	12	5	43[4]	6	5	1	72[5]

Vanligaste dosen

	≤ 5 ml/tabl.	5—10	11—20	> 20	Annat	Vet ej	Totalt
Mest använt medel	11	16	24	18	2[6]	2	73[1]
Näst mest använt medel	18	14	22	9	5[6]	4	72[5]

[1] En person har endast använt narkotika en gång.
[2] p=preludin
[3] Gäller i samtliga fall ritalina.
[4] Gäller i 35 fall ritalina.
[5] Utöver den person som endast använt narkotika en gång har en person endast använt P, varför n=72.
[6] Avser i samtliga fall cannabisrökare.

da på missbruksfrekvensen totalt och under olika tidsperioder, på vilket sätt de intagit narkotikan, vilka medel och doser de tagit. Vidare har intervjupersonerna fått redogöra för orsakerna till det beteende de valt.

Intervjupersonerna har fått uppskatta hur många gånger de ungefär har intagit narkotika. Det är ett summariskt och otillfredsställande mått på hur grava narkotikamissbrukare de är eller har varit. Längre fram i kapitlet skall redogöras för ett annat sätt att uppskatta graden av deras narkotikamissbruk. Tabellen visar emellertid, att den största delen av undersökningsmaterialet har använt narkotika mycket och intagit den genom intravenös injektion.

Både vad gäller det mest och det näst mest använda medlet är centralstimulantia klart dominerande. I första hand används preludin och som andra medel något annat centralstimulerande.

Ungefär en tredjedel tar doser på 11–20 tabletter, både vad gäller det mest och näst mest använda medlet. Riktigt höga doser är vanligare vid huvudpreparatet än vid det preparat som de använt näst mest. Motsvarande skillnad i omvänd ordning föreligger vid riktigt små doser. En förklaring till detta resultat kan vara att det näst mest använda medlet i dessa fall inte är ett ersättningsmedel, då huvudpreparatet ej gått att anskaffa, utan är ett bipreparat.

Det är endast åtta personer som mest tagit narkotikan genom munnen. Det gäller de två som uppgivit att de mest använt lugnande medel och en som tagit opium, de övriga fem har tagit centralstimulantia.

För att se om man i allmänhet hållit sig till en preparattyp eller om man kombinerat olika typer eller eventuellt bytt preparattyp, har de mest använda medlen satts i rela-

Tabell 25. Mest använt medel i relation till näst mest använt medel.

Näst mest använt medel	Mest använt medel				
	Opiater	CS	Lugn/sömn.	Cannabis	Totalt
Opiater	7	5	—	—	12
CS	4	43	—	1	48
Lugn/sömn.	—	5	1	—	6
Cannabis	2	2	—	1	5
Vet ej	—	—	1	—	1
End. 1 prep.	—	1	—	—	1
Totalt	13	56[1]	2	2	73[1]

[1] Den person som endast använt narkotika en gång har ej tagits med. Detta gäller även för följ. tab. då n=73.

tion till de näst mest använda. Tabell 25 skildrar detta.

Personer som missbrukar centralstimulantia håller sig i huvudsak till denna preparatgrupp. Övriga grupper är så små, att korstabuleringen där är ganska meningslös. De som i första hand har använt opiater och som preparat nummer två centralstimulantia utgörs av personer som fått narkotika legalt. Personer som använder cannabis eller lugnande mediciner spelar en obetydlig roll i detta material, vilket naturligtvis var väntat, då det är fråga om personer som fått inokulationshepatit på grund av att de injicerat narkotika i venen.

Det intagningssätt som är förknippat med störst risker för hälsotillståndet är intravenös injektion. Som framgick av tabell 24 har 64 personer, 86 %, i första hand använt sig av detta administrationssätt. Intervjupersonernas redogörelse för orsakerna till sitt val av intagningssätt skildras i tabell 26.

Alla utom nio personer kan direkt ange varför de använt sig av ett visst intagningssätt. Riskerna med intravenös intagning är tydligen kända, eftersom det är personer som främst rökt eller tagit medlen genom munnen som anger skäl som kunnat tolkas som att de anser att deras intagningssätt är minst skadligt eller enklast. Den s. k. »kicken» och effekten i allmänhet spelar den avgörande rollen för valet av intagningssätt. I detta sammanhang kan erinras om de olika resonemang som förekommit i amerikansk narkotikalitteratur angående euforins betydelse för opiatmissbrukare. Vissa författare anser att euforin är det centrala för missbrukaren,[1] medan andra i högsta grad reducerar euforins roll.[2]

Då det gäller preparatvalet kan man ställa sig frågan, huruvida åtkomstmöjligheterna eller det enskilda preparatets verkningar spelar störst roll. Tabell 27 ger bland annat svar på denna fråga.

Generellt tycks det vara lika vanligt att man använder ett visst preparat på grund av att det är lätt tillgängligt som på grund av

[1] Scher, – The International Journal of The Addictions, 2 (1967), 2: 171—190-sid. 176—177.
[2] Lindesmith, 1966, sid. 100—103.

Tabell 26. Det vanligaste intagningssättet och orsakerna härtill.

Orsak	Intagningssätt			
	Rökning	Oralt	IV-inj.	Totalt
Bäst el. snabbast effekt	—	—	56	56
Enklast/minst risk o. dyl.	2	6	—	8
Ej prövat annat/påverk. av andra	—	1	7	8
Vet ej	—	1	—	1
Totalt	2	8	63	73[2]

[2] Se not vid tabell 25.

Tabell 27. Huvudpreparatet i relation till orsak, mängd, antal narkotikaintagningar.

Orsak	Preparat				
	Opiater	CS	Lugn/sömn.	Cannabis	Totalt
Lättast att få tag i	4	32	1	—	37
Prep.s verkningar	9	24[1]	1	2	36
Totalt	13	56	2	2	73
Mängd					
< 5 ml/tabl.	9	1	1	—	11
5—10	2	13	1	—	16
11—20	1	23	—	—	24
> 20	—	18	—	—	18
Annat	—	—	—	2	2
Vet ej	1[2]	1	—	—	2
Totalt	13	56	2	2	73
Antal gånger narkotikaintagningar					
≤ 100 gg	—	11	—	—	11
100—1 000	1	12	1	1	15
1 000—2 000	—	11	—	—	11
> 2 000	12	22	1	1	36
Totalt	13	56	2	2	73

[1] 3 ritalinabrukare angav sexualstimulerande verkan.
[2] En morfinist som får metadon legalt och tar stora doser.

preparatets egenskaper. För centralstimulerande medel är det något vanligare med den förstnämnda orsaken, medan förhållandet är det omvända för morfinister. Morfinister, som svarat att medlet i fråga är lätt att få tag i, består i två fall av s. k. legala narkotikamissbrukare och i de två andra fallen gör man jämförelse med andra morfinpreparat. I enlighet med dessa resultat skulle man kunna vänta sig flest tillfällighetsmissbrukare, proportionellt sett, bland preludin- och ritalinamissbrukarna än i de andra grupperna. I den nedersta avdelningen i tabellen ser man att så är fallet.

Alla utom en av opiatmissbrukarna har tagit narkotika mer än 2 000 gånger.

Som väntat är doserna för opiatgruppen betydligt mindre än vad som förekommer i gruppen centralstimulantia.

Alla resultat i denna tabell har således styrkt den beskrivning som brukar ges vad avser skillnaderna i narkotikavanorna mellan morfinister och personer som missbrukar centralstimulantia.

Efter kommentarerna till tabell 27 skulle man kunna dra den förhastade slutsatsen, att personer som missbrukar centralstimulerande medel inte tar så stor hänsyn till preparatens verkningar och att »silningen» och miljön i samband härmed spelar lika stor roll. Intervjupersonerna har emellertid fått tala om vilket preparat de föredrar av samtliga de prövat och orsakerna härtill. I tabell 28 visas resultatet.

Ungefär hälften kan inte närmare definiera vad det är för egenskaper hos preparatet som gör att de skulle föredraga det, om de fick välja bland preparat de prövat. De uppger helt allmänt att allmänbefinnandet blir skönast. Sju av nio, som föredrar något opiatpreparat, tillhör denna kategori. Detta resultat har förmodligen påverkats av själva bearbetningen. Då det var en s. k. öppen fråga, har svarskoderna gjorts upp efter svarens beskaffenhet. Eftersom den enda stora enhetliga gruppen är centralstimulantia (P och Rita), är det naturligt att det förekommer koder som skildrar typiska egenskaper hos uppiggande preparat. De som använt opiater under en längre tid, vilket har varit fallet för morfinisterna i detta material, upplever förmodligen inte längre någon euforikänsla efter en morfininjektion utan endast allmänt jämviktstillstånd,

Tabell 28. Preferensmedel och orsaken härtill.

Orsak	Medel					Totalt
	Opiater	P	Rita[1]	Cannabis	Annat	
Starkast effekt	1	—	1	—	—	2
Skönast/allmänbefinnandet	7	17	4	1	8	37
Uppiggande	—	8	1	—	—	9
Ökar tankeförm./medvetandet	—	—	—	1	1	2
Sex. stimulerande	—	—	4	—	1	5
Känner verkn./ingen, minst neg. effekt	1	12	—	2	—	15
Annat	—	1	—	—	1	2
Totalt	9	38	10	4	11[2]	72[3]

[1] Rita=ritalina.
[2] 2 personer har uppgett andra centralstimulerande medel än P och Rita och 2 har uppgett lugnande medel. De återstående 7 har nämnt blandningar av olika slags preparat eller preparattyper, som ej ansetts ingå i någon av de använda kategorierna.
[3] 2 personer har bara prövat preludin.

som de ej uppnår utan morfintillförsel.[1]

Samtliga 72 individer, som prövat något annat preparat än preludin, kunde ange vilket medel de föredrog framför de andra som de prövat. Detta resultat samt den ganska stora överensstämmelsen med det faktiska huvudpreparat (50 föredrog centralstimulerande preparat) visar, att preparatets verkningar har stor betydelse vid valet av preparat, även om man naturligtvis måste finna sig i att anpassa sig efter »marknadssituationen».

Intervjupersonerna har tillfrågats om vilka medel de överhuvud prövat. Likaså ställdes en direkt fråga, huruvida de tagit LSD någon gång. Svaren på dessa frågor är sammanställda i tabell 29, där LSD ställs i relation till vilka övriga preparat som prövats. Avsikten var att undersöka om benägenheten att pröva LSD har samband med en allmän tendens att experimentera med alla typer av preparat som påverkar sinnestillståndet.

Alla har någon gång använt något centralstimulerande medel. 60 personer, 81 %, har prövat något preparat som tillhör opiatgruppen. 64, 86 %, har prövat cannabis. 44, 59 %, slutligen har någon gång missbrukat lugnande medel. 16 personer, 22 %, har använt LSD. Ju fler preparat de överhuvud har prövat desto större chans är det att de också har prövat LSD. Det bör tilläggas att inte någon har använt LSD mer än ett fåtal gånger. Intervjupersoner som prövat LSD skulle kunna infogas i den första av de tre grupper av missbrukare av hallucinogener som den norske psykiatern Nils Retterstöl talar om. Han sä-

[1] Jmf. t. ex. Retterstöl, 1967 sid. 27 och Lindesmith, 1966 sid. 102.

Tabell 29. Prövade medel.

Prövade medel	Prövat LSD		Totalt
	Ja	Nej	
Endast CS	0	5	5
CS+opiater	0	3	3
CS+lugn./sömn.	0	2	2
Alla tre typerna	0	3	3
CS+cannabis	0	1	1
CS+opiater+cannabis	6	15	21
CS+lugn/sömn.+cannabis	0	6	6
Alla fyra typerna	10	23	33
Totalt	16	57	74

Tabell 30. Antal narkotikaintagningar och antal missbruksår.

Missbruks-tid	Antal narkotikaintagningar 1— 10 ggr	11— 100	101— 1 000	1001— 2 000	2 000 >	Totalt
≤1 år	2	3	1	—	—	6
2 år	—	1	3	1	—	5
3 år	—	3	1	—	1	5
4 år	—	1	4	5	6	16
5 år	—	1	1	2	1	5
6 år	—	1	1	—	2	4
7 år	—	—	2	1	4	7
8 år	—	—	—	1	4	5
9 år	—	—	2	—	4	6
≥10 år	—	—	—	1	14	15
Totalt	2	10	15	11	36	74

ger att denna grupp består av narkomaner som prövar hallucinogener av nyfikenhet men alltid återgår till sitt vanliga preparat.[1]

För att på ett tillförlitligare sätt, än endast genom angivandet av antalet gånger narkotika intagits kunna bedöma hur gravt en persons narkotikamissbruk varit, har intervjupersonerna fått redogöra för vilka tider de använt narkotika sedan de debuterade. Personer som börjat använda narkotika före 1957 har dock endast redogjort för den sista tioårsperioden. Från och med 1964 och fram till intervjutillfället har mera detaljerade frågor ställts angående narkotikaförloppet.

Då det gäller centralstimulantia är det vanligt att man under en relativt kort tid kan missbruka stora kvantiteter genom att doserna kan vara mycket stora och att injektionerna tas med korta mellanrum. Å andra sidan finns det personer som mycket sporadiskt använder centralstimulerande medel eller cannabis. För att kontrollera dessa felkällor har tidsrymden satts i relation till det uppgivna antalet narkotikaintagningar.

Missbrukstiden har beräknats på ett summariskt sätt genom att addera de kalenderår intervjupersonen har använt narkotika. I något enstaka fall har en person kodats som »≤ 1 år» då det klart har framgått att det rört sig om mindre än ett år från debuten till sista gången narkotika intogs, trots att missbruksmånaderna inträffat under två olika kalenderår.

Den allmänna tendensen i tabellen är helt naturligt att ju fler gånger man använt narkotika desto längre tid har narkotikamissbruket varat och tvärtom. Det finns dock ett antal personer som trots lång tidsrymd endast har använt narkotika i mindre omfattning. Likaså finns det personer som under ett par års tid tycks ha tagit narkotika mycket intensivt. Med anledning av dessa resultat har vid bedömandet av hur gravt ett narkotikamissbruk är hänsyn tagits till både missbrukstid och antal narkotikaintagningar. Materialet kunde därefter delas upp på följande tre grupper:

a. mindre än fyra år och högst 1 000 intagningar

b. fyra år eller längre tid och högst 1 000 intagningar; eller mindre än fyra år och mer än 1 000 intagningar.

c. fyra år eller längre tid och mer än 1 000 intagningar.

Antalet personer i dessa tre grupper är 14 respektive 15 och 45. I fortsättningen av bearbetningen kommer dessa tre grupper av narkotikamissbruk att kallas för a: begränsat missbruk, b: omfattande missbruk, c: gravt missbruk.

Någon teoretisk eller empirisk grund för denna indelning föreligger ej. Som också har framgått, är definitionerna för de tre missbrukstyperna operationella. På grund av materialets beskaffenhet och sättet på vilket data har insamlats och bearbetats har inte någon av i andra undersökningar förekommande indelningar av narkotikamissbrukare i olika grupper kunnat användas.[2]

I tabell 31 har narkotikamissbrukets svårighetsgrad satts i relation till det främst använda medlet.

Samtliga 14 vars narkotikamissbruk bedömts vara av begränsad omfattning är miss-

[1] Retterstöl, 1967, sid 51.

[2] Se t. ex. Partridge, — The International Journal of The Addictions 2 (1967), 2: 207–220, — sid. 210—211; Alksne et al., — The International Journal of The Addictions 2 (1967), 2: 221—240, — sid. 222—224; Chein et al., 1964, sid. 27, 149.

Tabell 31. Narkotikamissbrukets svårighetsgrad i relation till preparattyp.

	Begränsat	Omfattande	Gravt	Totalt
Opiater	—	1	12	13
CS	14	12	31	57
Lugn./sömn.	—	1	1	2
Cannabis	—	1	1	2
Totalt	14	15	45	57

brukare av centralstimulerande medel. Tre av dessa har tagit narkotikan mest oralt. Endast en av morfinisterna har ej bedömts som grav missbrukare. Andelen morfinister i den sistnämnda gruppen är alltså oproportionerligt stor, vilket också framgick av tabell 27. Om man undantar personer som missbrukat lugnande preparat eller sömnmedel, är det endast två personer i gruppen grava missbrukare som tagit narkotikan främst oralt. En av dessa har missbrukat opium och en preludin.

Sammanfattning

Materialet består huvudsakligen av personer som i stor omfattning missbrukat centralstimulerande medel, som injicerats i venen. Tabell 32 ger en kortfattad sammanfattning av de främsta resultaten angående intervjupersonernas narkotikabeteende.

77 % är missbrukare av centralstimulerande medel, 72 % av preludin. Opiatmissbrukarna utgör 18 %.

86 % har oftast tagit narkotikan genom intravenös injektion. 61 % har enligt den här konstruerade indelningen i olika svårighetsgrader bedömts som grava missbrukare. Opiatmissbrukarna upptar en oproportionerligt stor del härav.

11.8.4 Vanor i anslutning till narkotikamissbruket

Det är här inte fråga om en fullständig kartläggning av intervjupersonernas vanor i deras narkotikamiljö. De vanor som undersökts är på vilket sätt narkotikan skaffats och en uppskattning av kostnaderna för den. Vidare har ett ytligt försök gjorts att skildra den yttre narkotikasituationen, vad avser lokal och antal personer vid »knarkandet». För båda typerna av vanor har undersökning gjorts för att se om vanorna ändrats från den första tiden narkotika användes till den sista tiden.

Tabell 32. Huvudpreparat, vanligaste intagningssätt, missbrukets svårighetsgrad.

	Antal	Procent
Huvudpreparat		
Opiater	13	18
Centralstimulantia	57	77
Lugnande/sömnmedel	2	3
Cannabis	2	3
Totalt	74	100 %
Vanligaste intagningssättet		
Intravenös injektion	64	86
Oralt	8	11
Rökning	2	3
Totalt	74	100 %
Svårighetsgrad		
Begränsat missbruk	14	19
Omfattande missbruk	15	20
Gravt missbruk	45	61
Totalt	74	100 %

Tabell 33. Narkotikaanskaffningen.

	Sista tiden		Första tiden	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Langare	46	64	28	39
Läkare	12	17	5	7
Kamrat(-er)	5	7	34	47
Langare+ läkare	5[1]	7	—	—
Langare+ kamrat(-er)	1	1	—	—
Annat	3[2]	4	5[3]	7
Totalt	72[4]	100 %	72[4]	100 %

[1] Samtliga s. k. legala narkomaner vid Rålambshovs sjukhus.
[2] En var »kurir», två fick av sina fästmän.
[3] En var »kurir», en fick av sin fästman, en fick av bekanta till modern, två fick eller tog av anhörigas eller bekantas mediciner.
[4] En har bara tagit narkotika en gång och en vill ej besvara frågan, varför n=72.

Anskaffning av och kostnader för narkotika

Vid redogörelsen av debutsituationen framgick det att narkotikan då till övervägande del skaffades genom kamrater. I tabellerna 33 och 34 har intervjupersonerna fått redogöra för förhållandena den första tiden och vid intervjutillfället eller den sista tiden de använde narkotika.

Av tabell 20 framgick det att 53 personer, 72 %, kom i kontakt med narkotika genom kamrater. Redan under den första tiden fick intervjupersonerna skaffa narkotika i stor utsträckning på annat sätt. Då var det 34 personer, 47 %, som fick narkotikan genom kamrater. Under sista tiden fick endast sex personer, 8 %, narkotikan på detta sätt. Då är det i stället 72 % som helt eller delvis skaffar narkotikan genom att köpa av langare. Den första tiden var motsvarande siffra 39 %. Det är betydligt fler som sista tiden fått eller får narkotika genom läkare. Som tidigare nämnts under tabell 20 var det tre personer som första gången fick narkotikan genom läkare. Generellt under den första tiden var det fem personer som skaffade narkotikan på detta sätt.

Utvecklingen enligt denna tabell tycks gå i negativ riktning i så måtto att fler individer måste köpa genom langare. Emellertid skulle man kunna tänka sig att tillförselsituationen inte behöver upplevas som osäker, om man har en bestämd langare man alltid köper av. Intervjupersonerna har fått uppge om de alltid får/fick eller köper/köpte av samma personer. Dessa svar har ställts i relation till om tillförselkällan är langare eller icke.

Resultatet i denna tabell stöder det som framkom i tabell 33. Intervjupersonernas tillförselsituation har blivit eller blev mer instabil, sedan den första tiden de använde narkotika. Det är obetydligt fler som etablerat fast kontakt med en viss langare från den första till den sista tidsperioden. Totalt är det betydligt fler som hade en särskild anskaffningskälla den första tiden än som är eller varit fallet för den sista eller senaste tiden.

Intervjupersonerna har många gånger haft

Tabell 34. Typ av anskaffningskälla och dess stabilitet.

	Samma	Olika	Totalt
Sista tiden			
Langare	14	34	48
Andra	23	1	24
Totalt	37	35	72
Första tiden			
Langare	11	17	28
Andra	37	7	44
Totalt	48	24	72

Tabell 35. Kostnad för narkotika per månad den sista tiden.

Belopp per månad	Antal	Procent
≤ 100 kr	32	45
101—500	12	17
501—1 000	4	6
1 001—2 000	8	11
2 001—3 000	7	10
> 3 000	4	6
Vet ej	4	6
Totalt	71[1]	100 %

[1] Två personer vill ej besvara frågan och en som endast tagit en gång har frågan ej ställts till.

Tabell 36. Narkotikaförsäljning och -smuggling.

	Försäljning				
Smuggling	Ej sålt	Sålt	End. tillf./ till kamr.	Vill ej svara	Totalt
Ej smugglat	30	16	3	1	50
Smugglat	6	8	1	—	15
End. tillf.	1	3	2	—	6
Vill ej svara	1	—	1	1	3
Totalt	38	27	7	2	74

mycket svårt för att ange, hur mycket narkotikan kostar eller kostat dem per månad. De har ofta varit måna om att framhålla att beloppen de angivit är uppskattade, då det sällan rört sig om kontanta utlägg. En omfattande byteshandel av olika slag har förekommit.

Fyra säger att de ej kan uppskatta kostnaderna. En tredjedel uppger belopp som överstiger 500 kr./månad. För 45 % var kostnaderna högst 100 kronor i månaden. Det allmänna intrycket är att tillförlitligheten är lägre ju högre belopp som angetts. Svaren kom betydligt snabbare och säkrare för dem som uppgav låga belopp.

Då den tidigare nämnda undersökningen av unga narkotikamissbrukare i New York gjordes på 1950-talet var medianveckokostnaden för heroinet 35 dollars och kunde uppgå till 70 dollars i veckan.[1] Mediankostnaden är i detta fall ca 120 kronor i månaden. Däremot är det i detta material betydligt vanligare med mycket höga kostnader. Det är emellertid, som tidigare nämnts, svårt att uttala sig om svarens reliabilitet, varför jämförelsen mest gjorts som en kuriositet.

Vidare tillfrågades undersökningspersonerna om i vilken relation de nuvarande kostnaderna eller kostnaderna den sista tiden de använde narkotika stod till kostnaderna vid tiden för intagningen på Roslagstulls sjukhus 1964. För en tredjedel hade ingen förändring skett. Åtta personer hade inte använt narkotika sedan gulsoten. För 13 personer hade kostnaderna stigit och för 29 hade kostnaderna blivit lägre. Orsaken till kostnadsändringen var i hälften av fallen ändrad konsumtion. 11 personer hade fått mindre utgifter för narkotikan på grund av att de var eller varit s. k. legala narkomaner.

Tabell 37. Orsakerna till försäljning och smuggling av narkotika.

	Försäljning	Smuggling
För att få egen narkotika	16	17
För att tjäna pengar	11	4
Altruistiska skäl	6	—
Annat	1	—
Totalt	34	21

För att få en fylligare bild av hur narkotikan anskaffats och kostnaderna för denna har intervjupersonerna fått svara på frågorna, huruvida de sålt eller smugglat narkotika. Förekomsten av försäljning respektive smuggling och deras inbördes relation visas i tabell 36. Varför man sålt eller smugglat narkotika framgår av tabell 37.

Nästan hälften, 34 personer, 46 %, av materialet har svarat att de vid något tillfälle har sålt narkotika. Motsvarande siffra för smuggling är 21, 28 %. 30 personer, 41 %, uppger att de aldrig vare sig sålt eller smugglat narkotika. Tabell 37 visar att det i allmänhet inte kan ha rört sig om försäljning i stor skala, då endast 11 av 34 angivit förtjänsten som drivkraft till försäljningen. Då det gäller smuggling är denna andel ännu mindre, fyra av 21 personer. Sex personer anger altruistiska skäl till försäljningen.

Skälen till varför man slutat sälja respektive smuggla narkotika, var ytterst varierande. Vissa var rädda för samhällsingri-

[1] Chein, 1966, sid. 128.

Tabell 38. Narkotikasituationen den sista tiden.

Vanligaste platsen	Antal personer					
	Ensam	2 pers.	3—4	5—10	Varierar	Totalt
Egen bostad	12	6	3	—	6	27
Annan privatbostad	1	2	7	1	5	16
»Kvart»	—	—	5	2	7	14
Annat	—	2	—	—	—	2
Varierande	5	2	1	1	5	14
Totalt	18	12	16	4	23	73

Tabell 39. Narkotikasituationen den första tiden.

Vanligaste platsen	Antal personer						
	Ensam	2 pers.	3—4	5—10	> 10	Varierar	Totalt
Egen bostad	3	3	4	—	—	4	14
Annan privatbostad	—	2	6	2	—	8	18
»Kvart»	—	—	4	1	1	3	9
Annat	—	1	4	6	1	2	14
Varierande	3	1	4	2	2	6	18
Totalt	6	7	22	11	4	23	73

panden och i andra fall hade samhällsingripanden redan skett och varit den reella orsaken.

Då det gäller smuggling hade de flesta som tidigare smugglat vid mer än ett tillfälle ej varit utomlands. Dålig lönsamhet vid försäljning är ett vanligt skäl, liksom att det är psykiskt påfrestande och besvärligt. Åtta personer har slutat sälja och en smuggla på grund av att de ej behöver göra det för att skaffa narkotika längre. I alla utom ett fall rörde det sig om personer som fick eller hade fått narkotika legalt.

Generellt kan man således säga att de flesta som smugglat och ungefär hälften av dem som sålt narkotika har gjort det för att kunna tillgodose sitt eget behov. Detta är inget säreget resultat, då det ofta har uppgivits, inte minst av narkotikamissbrukare själva, att man tvingas handla med varan eller företaga andra ekonomiska »manipulationer» för att kunna förse sig själv med narkotika.[1]

Narkotikamiljön

Var intas narkotikan och hur många personer brukar man vara är frågor som ställts för att översiktligt kunna skildra intervjupersonernas vanor i samband med intagningen av narkotikan. På samma sätt som då det gällde anskaffningen av narkotikan har försök gjorts att se om den yttre situationen härvid förändrats från den första tiden narkotikamissbruket pågick till intervjutillfället eller sista tiden narkotika användes.

I knappt en femtedel av fallen håller man till i s. k. »knarkarkvartar». Ännu mer sällsynt var denna företeelse under intervjupersonernas första tid som narkotikamissbrukare. Endast i fem fall den sista tiden och i sex den första tiden har narkotikasituationen varit ostrukturerad vad avser både plats och antal individer. Andra typer av platser än de här medtagna var vanligare den första tiden, likaså antalet som inte höll till på någon särskild plats då. Det är därför möjligt att en viss strukturering skett, även om tabell 38 ej visar någon särskild typsituation. Det är dock betydligt vanligare att man sista tiden varit ensam i den egna bostaden än vad som var fallet i början. Antalet individer som tillsammans intar narkotika blir allt färre med tiden.

I 33 fall har antalet personer ändrats och i 40 fall platsen. Dessa personer har fått redogöra för orsaken till ändringen i miljön. Orsakerna har varit mycket skiftande. Den oftast angivna orsaken var att bostadssituationen förändrats. Intagningssättet tycks också spela en viss roll, liksom behovet att ha lugn och ro omkring sig. Det sistnämnda gäller alltså personer som övergått att inta narkotikan i den egna bostaden ensam eller tillsammans med en person. Sexuella orsaker är också väsentliga, då det gäller övergång till färre antal personer. I ett par fall har man övergått att ta narkotikan ensam i den egna bostaden efter att ha fått narkotikan legalt.

Dessa resultat tillsammans med vad som framkom i tabell 14, angående antalet narkomaner i vänskapskretsen, visar att dessa undersökningspersoner i allmänhet inte är knutna till en bestämd grupp som tillsam-

[1] Se t. ex. Mills, 1966, sid. 19—20.

mans använder narkotika. Då det endast är 13 personer som rubricerats som morfinister, är det förvånande att så många helst intar narkotikan ensamma eller tillsammans med endast en annan person. Man ser nämligen ofta uttalanden om att opiatmissbrukare helst är ensamma då de tar sina narkotikadoser, medan personer som använder centralstimulerande medel gör det i grupp.[1]

11.9 *Intervjupersonernas attityder i fråga om narkotika*

Några attitydskalor eller direkta attitydfrågor har inte förekommit i denna undersökning. Intervjupersonernas attityder till narkotikaanvändning har endast undersökts genom tolkning av svar som skildrat deras motiv till beteenden och åsikter i fråga om deras narkotikamissbruk. I intervjun har vissa frågor ställts angående narkotikamissbrukets inverkan på vissa väsentliga funktioner och förhållanden. Vidare har intervjupersonerna fått redogöra för sina åsikter om hur narkotikamissbrukare skall botas, huruvida de själva sökt hjälp samt för hur de som narkotikamissbrukare blir bemötta av folk i allmänhet eller av vårdpersonal. I slutet av intervjun ombads intervjupersonerna att försöka ange, varför de använt eller använder narkotika.

11.9.1 Narkotikans påverkan av arbetsförmåga, hälsotillstånd, personlighet och tillvaro

Tidigare i undersökningen har visats att narkotikamissbruket påverkat intervjupersonernas arbetsförhållanden och det fysiska och psykiska hälsotillståndet. I samtliga tre fall har det ställts direkta frågor om narkotikan påverkat dessa funktioner. Svaren redovisas i tabell 40.

En mycket liten del anser att dessa tre funktioner förbättras genom narkotikaanvändning. Då det gäller hälsotillståndet är det ungefär hälften som anser att det försämrats och i fråga om arbetsförmågan en ännu större andel. Det är minst antal personer som anser att narkotikan ej haft någon inverkan på arbetsförmågan. Det är för den

Tabell 40. Narkotikans påverkan av arbetsförmåga och hälsotillstånd.

	Ej entydigt svar/ej påverkat/ vet ej	Pos.	Neg.	Totalt
Arbetsförmåga	20	13	40	73
Psykiska besvär	27[1]	12	34	73
Somatiskt tillstånd	38	1	35	74

[1] I denna siffra ingår 7 personer som uppger sig aldrig ha haft psyk. besvär.

enskilde individen lättare att konstatera narkotikans inverkan på denna sistnämnda funktion än på psykiskt och fysiskt tillstånd.

Hur individen ser på sin nuvarande situation och vilken roll narkotikan spelat för uppkomsten av denna återges summariskt i tabell 41.

Även då det gäller påverkan av personligheten som helhet och utvecklingen av deras tillvaro är det få personer som anser att narkotikans inverkan varit av positivt slag. Hälften av fallen anser att narkotikan spelat en negativ roll vad gäller deras nuvarande miljö eller sociala situation. Mer än en tredjedel anser att de förändrats i negativ riktning av narkotikamissbruket.

Resultaten i tabellerna 40 och 41 visar att intervjupersonerna ej helt saknar insikt i sin situation och narkotikans betydelse för dess beskaffenhet. Man kan då fråga sig om man accepterat sin plats i samhället och trivs med sin tillvaro, trots insikten om narkotikamissbrukets negativa inverkan på arbetsförmåga, hälsotillstånd, personlighet och social situation. På en direkt fråga om de

Tabell 41. Narkotikans inverkan på personlighet och miljö.

	Ej påverkat/ ej entydigt svar	Pos.	Neg.	Totalt
Personligheten	28	17	28	73
Tillvaron	31	5	37	73

[1] Se t. ex. Scher, — The International Journal of The Addictions, 2 (1967), 2: 171—190, — sid. 178.

trivs med sin tillvaro i stort svarade 30 personer nej och 40 ja. Resten visste ej om de trivdes eller ej. Då man skulle redogöra för vad man inte trivdes med, var det endast en person som spontant nämnde sitt narkotikamissbruk. På en direkt fråga om de trodde att narkotikamissbruket har betydelse för att de nu inte trivdes, svarade 22 personer av de 30, som uppgivit att de vantrivs, jakande. Förmodligen beror skillnaden på att intervjutekniken är olika för de två frågorna. I det ena fallet är det fråga om att fritt ange något eller några fenomen som man inte trivs med och i det andra fallet har man fått ta ställning till ett speciellt fenomen som en möjlig orsak till vantrivseln. Frågorna vid de övriga variablerna i detta avsnitt är också ställda så att intervjupersonerna direkt har fått ta ställning till om narkotikan påverkat dessa variabler. Det sistnämnda resultatet går också i samma riktning som de i tabellerna presenterade.

11.9.2 Varför narkotika?

För att dels undersöka självkännedomen och således insikten i sin situation men även attityden till narkotikamissbruk i allmänhet fick intervjupersonerna försöka ange, varför de överhuvud använt narkotika. Svaren indelas efter vissa kategorier och resultatet blev det som skildras i tabell 42.

I allmänhet har mer än en orsak nämnts. De som svarat att de använt narkotika på grund av nyfikenhet är antingen sådana som endast brukat i obetydlig utsträckning eller sådana som säger sig ha börjat av nyfikenhet men sedan fortsatt därför att de fått behov av det eller på grund av narkotikans verkningar.[1] Miljön har angivits i endast en sjättedel av fallen som missbruksorsak. Endast i fyra fall har miljön uppgivits som enda orsak. För fortsatt narkotikamissbruk kan orsakerna således uppdelas efter två dimensioner, där den ena hänför sig till personlighetens beskaffenhet och den andra till effekterna av narkotikaanvändning.[2] Båda tycks spela lika stor roll. Endast en person har svarat att han inte vet varför han använt narkotika. I ett fåtal fall har svaren angående narkotikans verkningar varit sådana att det framgått att personerna omfattar den ofta omtalade eskapistiska levnadsfilosofi som narkotikamissbrukare sägs hylla.[3] Det har rört sig om personer som missbrukar morfin och cannabis. Det som i tabellen har benämnts verklighetsflykt har med undantag av dessa få personer gällt svar som hänför sig till den situation personerna lever i. Man har sett narkotikaruset som ett sätt att komma bort från »den grå verkligheten». Narkotikaanvändning har för dessa personer inte varit ett mål i sig självt och har ej ansetts vara ett lämpligt levnadssätt.

Tabell 42. Orsaker till narkotikaanvändningen.

Orsaker	Antal	Procent (n=73)
Psykiska besvär	27	37
Behov av preparatet	20	27
Narkotikans verkningar	32	44
Nyfikenhet	22	30
Verklighetsflykt	25	34
Miljön	12	16

11.9.3 Bemötande i egenskap av narkotikamissbrukare, hjälp mot narkotikamissbruk

Intervjupersonerna har fått ange hur de tycker sig bli bemötta av folk i allmänhet och av läkare, socialvårdstjänstemän och andra de kommit i kontakt med på grund av sitt narkotikamissbruk. Då samtliga har vårdats på sjukhus för inokulationshepatit, har de således minst en erfarenhet vad gäller vårdpersonal. Hur de själva tror att en narkotikamissbrukare kan hjälpas till att sluta använda narkotika har de också fått redogöra för, samt om de själva sökt hjälp.

Det är 18 personer som anser att de blir/blev negativt bemötta av personer som vet att de är/varit narkotikamissbrukare. 16 anser att de i allmänhet blir/blev negativt bemötta av personal på olika vårdinstitu-

[1] »Behov» är i allmänhet negativt laddade svar. »Verkningar» positivt laddade svar.

[2] Personlighetens beskaffenhet: »psykiska besvär» och »verklighetsflykt». Effekter: »behov av preparatet» och »narkotikans verkningar».

[3] Se t. ex. Inghe, — Särtryck ur Läk.tidn. 1967 — sid. 4052—55.

tioner. Hur detta resultat står i förhållande till andra personers åsikter om vårdpersonals beteende på olika institutioner är svårt att uttala sig om. Det förefaller emellertid troligt att personer, som söker hjälp för sjukdomar de ådragit sig på grund av ett icke socialt accepterat beteende, i stor utsträckning anser sig, med eller utan fog, särbehandlade i förhållande till andra patienter. Någon speciellt negativ eller misstänksam inställning kan dessa personer därför ej sägas ha.

Då man skall besluta om behandlingsåtgärder för personer med avvikande beteende av olika slag, brukar fackmän på området i fråga tillfrågas och få ett avgörande inflytande på besluten. Sällan förekommer att den »avvikande» gruppen får yttra sig.

Av denna anledning har intervjupersonerna i slutet av intervjun fått redogöra för hur de anser att en läkare eller kurator skall gå tillväga för att försöka hjälpa en person som vill sluta använda narkotika.

Det har tidigare framhållits att materialet var oenhetligt bl. a. vad gäller narkotikamissbruket. De förslag angående behandlingsmetoder som lämnas och som presenteras i tabell 43 representerar därför åsikter från flera olika kategorier av narkotikamissbrukare och av både personer som slutat använda narkotika och av fortfarande svårt narkomaniserade.

Tabell 43. Föreslagna metoder för att bota narkotikamissbrukare.

Metoder	Antal	Procent
Vet ej	5	7
Sociala åtgärder	21	28
Psykoterapi	20	27
Neddosering	13	18
Sjukhusvistelse	8	11
Ej sjukhusvistelse	1	1
Legal förskrivning	5	7
Ej legal förskrivning	8	11
Individuellt (person+/prep.)	13	18
Egna viljan	15	20
Annat	3[1]	4
Omöjligt att sluta	3	4

[1] En ansåg att man skulle upplysa om hur farligt det är, en att en lämplig fästman/fästmö skulle anskaffas. en tyckte allmän förståelse var viktigast.

Som framgår av tabellen har det ofta lämnats mer än ett förslag på lämplig metod. De oftast förekommande förslagen har gällt sociala åtgärder t. ex. i form av miljöombyte, yrkesutbildning och bostadsanskaffning, och olika typer av psykoterapeutiska åtgärder. Samtalsterapi utan någon närmare förklaring nämndes ofta. I de fall sjukhusvistelse har föreslagits har det varit i kombination med neddosering. Enbart neddosering har heller inte nämnts. Fyra av de fem personer som föreslår legal förskrivning har ansett att denna metod enbart skall användas för mycket svåra narkotikafall. Fem av de 13 som uppgivit att man skall avgöra metoden från fall till fall har gett förslag på lämpliga individuella åtgärder. Sociala åtgärder, neddosering, sjukhusvistelse och legal tilldelning är de åtgärder som föreslagits. 20 % anser att individen ifråga först och främst måste vara motiverad för att sluta. Fem personer anser att det räcker med en egen stark vilja. Endast tre, 4 %, av hela materialet har resignerat och funnit att det är meningslöst att försöka bota en narkoman.

Huruvida det finns någon undersökning av fackmäns eller folks i allmänhet uppfattning om hur narkotikamissbrukare skall behandlas är ej känt. Dessa intervjupersoners åsikter om lämpliga botemedel tycks emellertid inte vara särskilt specifika.

34 personer, 46 %, har själva vid minst ett tillfälle sökt hjälp, 28 hos läkare, för att kunna sluta använda narkotika. 13 hade därvid fått sluten psykiatrisk vård och 15 endast öppen sådan.

11.9.4 Sammanfattning

Det är bland dessa undersökningspersoner betydligt vanligare med en negativ än en positiv attityd till narkotikans inverkan på sociala, psykiska eller somatiska funktioner och tillstånd.

11.10 *Registerdata*

Av de tidigare avsnitten har framgått att intervjupersonerna har tillfrågats om sina

Tabell 44. Kriminalregisterbrottslighet.

Antal domar

Ingen	En	Två	Tre	Fyra	Fem	Sex	Sju	Åtta	≥ Nio	Totalt
14	15	11	9	7	3	4	2	3	6	74

Påföljdstyper[1]

Vd ut.öv.	Vd m öv./st	Ssk vård/ (5: 5)	Fä/sa	Uf	Int./fv	
2	15	2	25	14	2	60

Antal anstaltsstraff

Ej anst.	Ett	Två	Tre	Fyra	Fem	Sex	Sju	Åtta	≥ Nio	
19	7	13	3	4	3	3	3	1	4	60

Brottstyper

Mot person	Nark.br.	Andra egend.br.	Trafikbr.	Annat	
16 (1)	31 (1)	56 (11)	33	3	—

[1] Bötesstraff har ej medtagits.

Fv = förvaring; Fä = fändelse; Int = interneri g; Sa = straffarbete; Ssk vård = då domstol beslutat att vård skall meddelas enligt barnavårdslagen, nykterhetsvårdslagen eller sinnessjuklagen; 5: 5 = då en person blivit straffriförklarad enligt straff lagen kapitel 5, paragraf 5; St = skyddstillsyn; Uf = ungdomsfängelse; Vd = villkorlig dom; Öv = övervakning.
Inom parentes har antalet personer som endast gjort sig skyldiga till en viss brottstyp angivits.

arbets- och ekonomiska förhållanden, alkoholvanor, psykiska och somatiska besvär samt förekomst av viss typ av narkotikakriminalitet. För att få en utförligare bild av dessa variabler har uppgifter om dem inhämtats från följande statliga eller kommunala register:

1. Kriminalregistret
2. Kriminalpolisens i Stockholm register
3. Barnavårdsnämndsregister
4. Nykterhetsnämndsregister
5. Kontrollstyrelsens straffregister
6. Socialregister
7. Register vid allmänna försäkringskassor

11.10.1 Kriminalitet

I detta avsnitt behandlas data från kriminalregistret, kriminalpolisens i Stockholm register samt från barnavårdsnämndsregister. Avsikten med bearbetningen av data från dessa tre register har varit att dels se hur kriminellt belastade undersökningspersonerna är och dels försöka undersöka vilken roll narkotikamissbruket har spelat för kriminalitetsutvecklingen.

Kriminalregistret

I tabell 44 ges en sammanfattning av anteckningarna i kriminalregistret.

60 personer, 81 %, förekommer i kriminalregistret. Fem av de 12 kvinnorna finns ej i registret.

Mer än hälften av dem som finns i registret har varit dömda tre gånger eller mer.

Påföljdstyperna har ordnats efter strånghetsgrad. Ungdomsfängelse har räknats som en strängare påföljd än fängelse och straffarbete, då här inte gjorts någon åtskillnad med avseende på de tidsbestämda straffens längd. 55 % av materialet har varit dömda till frihetsberövande straff inom kriminalvårdens ram. Sammanlagt är det tre personer som varit dömda till särskild vård eller blivit straffriförklarade. Med tanke på materialets art är detta ett lågt antal. En person har varit dömd till kriminalvård i frihet, ungdomsfängelse samt överlämnande till särskild vård enligt BrB kap. 31. Något mer än hälften av dem som förekommit i kriminalregistret har varit dömda till kriminalvård i frihet.

Tabell 45. Kriminalregisterbrottslighet före narkotikadebuten.

Antal domar

Ingen	En	Två	Tre el. fler	Totalt
60[1]	7	2	5	74

Påföljdstyper

Vd ut. öv.	Vd m. öv./st	Ssk vård/ (5: 5)	Fä./sa	Uf.	Int./fv	
—	3	—	6	4	1	14

Brottstyper

Mot person	Nark.br.	Andra egend.br.	Trafikbr.	Annat	
5 (2)	—	10 (3)	8 (2)	1	—

[1] 14 har aldrig förekommit i krim.reg. och 6 var 15 år eller yngre vid narkotikadebuten.
Egendomsbrotten dominerar i detta material liksom för kriminella i allmänhet i Sverige. Forsström, 1965, sid. 33.

Individerna har ej kunnat indelas i olika kriminalitetstyper utifrån de brott de begått, då samma individ i allmänhet gjort sig skyldig till olika brottstyper. Här presenteras i stället antalet personer som begått olika typer av brott. Brottsklassificeringen har skett enligt praxis i den offentliga kriminalstatistiken. Det är endast då det av anteckningarna i kriminalregistret har framgått att det varit fråga om narkotikabrott, antingen det varit förseelser mot narkotikaförordningen, varusmugglingslagen, BrB eller vissa specialförfattningar, som klassificeringen narkotikabrott förekommit. Ocker har dock genomgående kodats som dylikt brott. Brott som indirekt skulle kunna kallas narkotikabrott, t. ex. checkbedrägerier för att skaffa pengar till narkotika, har alltså inte förts till brottstypen narkotikabrott.

Något mer än hälften av dem som finns i registret är dömda för narkotikabrott, varav endast en enbart för dylikt brott.[1]

Helhetsintrycket av denna tabell är att detta undersökningsmaterial är mycket kriminellt belastat. Någon aktuell jämförelsestatistik vad gäller kriminalitetsfrekvensen inom olika grupper av normalbefolkningen i Sverige finns inte. Materialet skall därför, som inledningsvis nämnts, vidare endast bearbetas med avseende på brottslighetens utveckling i relation till narkotikamissbruket.

Tabell 45 skildrar kriminalregisteranteckningarna för materialet före nakotikadebuten. Den har uppställts efter samma principer som föregående. Om det inte klart har framgått av registerutdragen att brotten har begåtts före respektive efter narkotikadebuten, har det ansetts att en person förekommit i kriminalregistret före narkotikadebuten, om domarna fällts före det år intervjupersonerna började använda narkotika. Detta förfaringssätt har naturligtvis stora brister, då brott kan begås lång tid innan dom avkunnas för dem. Det är således möjligt att brott begåtts före narkotikadebuten men inte införts i kriminalregistret förrän efter debuten. En annan och förmodligen allvarligare felkälla är att intervjupersonerna inte hade samma chans att komma in i kriminalregistret före narkotikadebuten som att ha registrerats där före 1967 års utgång. Detta problem skall emellertid lämnas åt sidan här och i stället behandlas i avsnitt 7.1.4, där en närmare analys skall göras angående relationen mellan de två typerna av avvikande beteende, kriminalitet och narkotikamissbruk.

Endast 14 personer, 19 %, var antecknade i kriminalregistret före narkotikadebuten.

Andelen återfallsförbrytare är helt naturligt färre för tiden före narkotikadebuten än generellt sett.

[1] Jämför tabell 36.

Proportionerna mellan påföljdstyperna är ungefär desamma i de två tabellerna 44 och 45.

Även i denna tabell är egendomsbrotten dominerande. Narkotikabrott är naturligtvis ej aktuella för tiden före debuten. Proportionellt sett är antalet personer som begått brott mot person större före narkotikadebuten än andelen är generellt.

Det har i amerikansk narkotikalitteratur påvisats att narkotikamissbruk tycks göra personer mindre benägna att begå våldsbrott.[1] I stället skulle förekomsten av egendomsbrott öka bland kriminella som missbrukar narkotika.[2] De tidigare nämnda resultaten angående frekvensen av egendomsbrott och personbrott före narkotikadebuten och generellt är således i linje med dessa påståenden. Som tidigare nämnts dominerar dock egendomsbrott kriminaliteten generellt i Sverige. Antalet individer som finns i kriminalregistret före narkotikadebuten är så litet att man inte genom att jämföra förekomsten av brott mot person före och efter narkotikadebuten kan säga något säkert om hur utvecklingen varit för dessa undersökningspersoner.

För att dock i någon mån kunna se om narkotikamissbruket för denna undersökningsgrupp har påverkat kriminaliteten mot en övergång från våldsbrott till egendomsbrott, har förekomsten av personbrott undersökts hos de personer som fanns i kriminalregistret både under de tre närmaste åren före narkotikadebuten och de tre sista åren, då nästan samtliga i materialet under någon tid använt narkotika. Tretton personer var antecknade i kriminalregistret under den första treårsperioden. Fem av dessa förekom ej i registret under den andra tidsperioden. Fem personer var dömda för brott mot person under de tre närmaste åren före narkotikadebuten. Inte någon i denna grupp på 13 personer var dömd för ett sådant brott under de tre sista åren. En utveckling mot färre våldsbrott har alltså ägt rum för dessa 13 personer.

Att materialet som helhet inte stöder teorin om att våldsbrott skulle vara mer sällsynt bland kriminella narkomaner än bland brottslingar i allmänhet skulle kunna bero på att detta material i huvudsak består av personer som missbrukar eller missbrukat centralstimulantia. De amerikanska slutsatserna har dragits efter studier i det amerikanska samhället, där det stora narkotikaproblemet har varit heroinmissbrukarna. I detta material ingår, som tidigare nämnts, 13 morfinister. I sin narkotikatyp skulle dessa således ganska väl överensstämma med heroinister. Tre av dessa förekommer inte i kriminalregistret. De övriga har i allmänhet en ganska sammansatt brottstyp, dock med egendomsbrott som klart dominerande. Sju har begått narkotikabrott och tre brott mot person. Denna grupp skiljer sig således inte från materialet som helhet i fråga om antalet personer som begått personbrott.

Bearbetningen av detta material ger, som framgått av ovanstående, inte något entydigt resultat ifråga om narkotikamissbrukets inverkan på kriminalitetstypen, med undantag av det självklara att narkotikabrott kommit in i bilden.

Kriminalpolisens i Stockholm register

Brott som ej har föranlett påföljderna fängelse (straffarbete), villkorlig dom, skyddstillsyn, ungdomsfängelse, internering (förvaring) eller överlämnande till särskild vård enligt BrB kap. 31 (straffriförklaring) skall ej antecknas i kriminalregistret (straffregistret).

För att även få en uppfattning om övrig kriminalitet, har det undersökts vilka personer som finns antecknade i Stockholms kriminalpolis register. För de aktuella fallen genomgicks därefter personakterna. De anteckningar som också förekom i kriminalvårdsstyrelsens kriminalregister medtogs ej i bearbetningen.

Någon bearbetning vad gäller förseelsetyperna har inte gjorts. Personakterna var ej fullständiga, då det gäller påföljderna, varför någon bearbetning ej heller gjorts i detta avseende.

[1] Finestone 1966 sid 153
[2] Ibid. sid. 144.

Tabell 46. Anteckningar i kriminalpolisens i Stockholm register.

	Antal	Procent n=74
Generellt	68 (2)[1]	92
Före narkotikadebuten	40 (1)	54
Tre åren före nark.debuten	34 (2)	46
Tre sista åren	51 (3)	69

[1] Inom parentes har angivits antalet personer som varit i kontakt med kriminalpolisen i Stockholm för annat än brott.

Tabell 46 skildrar således endast huruvida intervjupersonerna varit i kontakt med kriminalpolisen i Stockholm utöver vad gäller de brott som lett till kriminalregisteranteckningar.

Sex personer har aldrig varit i kontakt med kriminalpolisen i Stockholm. Dessa personer är samtliga bosatta i storstockholmsområdet. Fem av dessa sex personer förekommer ej heller i kriminalregistret. De två personer som endast varit i kontakt med polisen på grund av annat än brott förekommer båda i kriminalregistret.

Det är en avsevärd skillnad mellan detta register och kriminalregistret vad gäller anteckningar före narkotikadebuten. Inte mindre än 53 % av undersökningspersonerna var antecknade för brottsutredning före narkotikadebuten. Även då tidsfaktorn hållits under kontroll är skillnaderna mellan antalet personer som finns antecknade före narkotikadebuten och under en tidsperiod då narkotika använts betydligt lägre för detta register än för kriminalregistret.

Vid tolkningen av tabell 46 bör man dels komma ihåg att endast Stockholms kriminalpolis register har genomgåtts och dels att resultaten av poliskontakterna ej tagits med. Det kan ju tänkas att en del undersökningar har utmynnat i avskrivning av ärendet på grund av att brott ej har ansetts föreligga. Den första felkällan har inte ansetts betydelsefull vid detta bearbetningssätt, då samtliga individer som ej fanns i registret var bosatta i storstockholmsområdet. Dessutom har förekomsten av asocialitet i uppväxtåren kartlagts vid genomgång av barnavårdsnämndsregister.

Tabell 47. Åtgärder av barnavårdsnämnd

	Generellt Antal	Procent	Före nark.deb. Antal	Procent
Ej känd	25	34	29	40
§§ 22/25, varav Övervakning	11	15	11	15
Barnhem och dyl.	3	4	2	3
Ungdomsvårdsskola	14	19	8	11
Annat (ej §§ 22/25)	30	27	23	32
Totalt	73[1]	100 %	73[1]	100 %

[1] För en person som är uppväxt i Finland saknas uppgift.

Barnavårdsnämndsregister

Ur barnavårdsnämndernas register kan man få uppgifter om en persons eventuella ungdomsasocialitet. Likaså kan man få kännedom om förhållandena i hemmet har varit av sådant slag att barnavårdsnämnden har måst ingripa. Data som inhämtats från barnavårdsnämnderna har inte bearbetats ur den sistnämnda synvinkeln. Avsikten har i stället varit att se hur stor del av materialet som varit omhändertagna för samhällsvård eller skyddsuppfostran på grund av »vanart» enligt paragraf 22 respektive 25 i »gamla» och »nya» barnavårdslagen. För att i någon mån se vilken roll narkotikamissbruket spelat härvidlag har förhållandena undersökts också för tiden före narkotikamissbrukets början.

Åtgärderna har kodats efter stränghetsgrad. Alla som varit intagna på annan institution än ungdomsvårdsskola har också samtidigt stått under övervakning. Om flera åtgärder vidtagits mot samma person, har den mest ingripande angivits.

Det är betydligt fler som inte är kända i detta register än i de två tidigare behandlade. I synnerhet gäller detta då det är fråga om åtgärder som vidtagits på grund av missanpassning hos den unge själv. Sammanlagt är det 28 personer, 38 %, som varit föremål för dylika åtgärder. 21 personer, 29 %, hade varit omhändertagna före narkotikamissbruket. 23 av de nyss nämnda 28 personerna förekommer också i kriminalregistret och de övriga fem i kriminalpolisens i Stockholm register.

Sammanfattning

I tabell 48 ges en sammanfattning av vad som tidigare redogjorts för angående förekomst, dels generellt och dels före narkotikamissbrukets början, i kriminalregistret, kriminalpolisens i Stockholm register och i registerna vid de berörda barnavårdsnämnderna.

Sammanlagt är det 69 personer, 93 %, som förekommer i något eller några av de här berörda registerna. Före debuten var motsvarande siffra, 43, 58 %.

I tabell 49 undersöks individernas asocialitetsregistreringar före och efter narkotikamissbrukets början.

Då man som här endast ser på förekomst av registrerad brottslighet före och efter narkotikadebuten, har det ej inträffat någon förändring för 60 % av intervjupersonerna. 53 % är registrerade både före och efter. 26 personer, 35 %, finns endast registrerade under tidsperioden efter narkotikadebuten och 4 personer, 5 %, endast före denna tidpunkt.[1]

Resultaten i dessa två tabeller stöder således två motsatta teorier om relationen mellan kriminalitet och narkotikamissbruk: att kriminalitet föregår narkotikamissbruk och att det främst är den kriminella subgruppen i samhället som missbrukar narkotika. Att narkotikamissbruk är symtom på personlighetsstörning och kriminalitet endast är en av de konsekvenser narkotikamissbruk medför.[2]

Tabell 48. Anteckningar i kriminal-, kriminalpolis- och barnavårdsnämndsregister[1]

	Generellt		Före nark.deb.	
	Antal	Procent	Antal	Procent
Ej i något reg.	5	7	31	42
Endast pol.reg.	4	5	12	16
Endast bvn.reg.	—	—	2	3
Endast krim.-reg.	2	3	2	3
Pol.+bvn.reg.	5	7	15	20
Pol.+krim.reg.	35	47	7	9
Bvn.+krim.reg.	—	—	—	—
Samtliga reg.	23	31	5	7
Totalt	74	100 %	74	100 %

[1] Från bvn har endast medtagits åtgärder p. g. a. §§ 22/25.

Tabell 49. Anteckningar i kriminal-, kriminalpolis- och barnavårdsnämndsregister[1] före och efter narkotikamissbrukets början.

	Före		
Efter	Ja	Nej	Totalt
Ja	39	26	65
Nej	4	5	9
Totalt	43	31	74

[1] Se not 1 under tabell 48.

Försök har ej gjorts att vare sig fastställa den faktiska brottsligheten eller att hålla bakomliggande och mellankommande variabler, som kan ha haft betydelse för kriminalitetsutvecklingen, under kontroll. Man bör därför tolka de här presenterade resultaten med största försiktighet. Det enda man sammanfattningsvis kan fastslå är att detta undersökningsmaterial är mycket kriminellt belastat.

11.10.2 Alkoholmissbruk

Enligt intervjusvaren var det ett fåtal personer som vid intervjutillfället använde alkohol mycket och ofta. Ca två tredjedelar hade minskat sin konsumtion, varav ca hälften på grund av att man i stället använde narkotika.[3] Narkotikamissbruket skulle således enligt dessa resultat ha haft ett gynnsamt inflytande på alkoholbruket. Här skall undersökas, huruvida detta överensstämmer med uppgifter som inhämtats från nykterhetsnämndsregister och kontrollstyrelsens straffregister. Data från intervjun och från dessa register är naturligtvis inte direkt jämförbara, då de sistnämnda gäller samhällsingripanden på grund av alkoholmissbruk eller -förseelser.

Nykterhetsnämndernas register

Det har undersökts hur många personer som förekommer i nykterhetsnämndernas register generellt samt före respektive efter narkotikadebuten och vilka åtgärder som vid-

[1] $X^2 = 14{,}70$ $P < 0{,}001$ (McNemar-test).
[2] Finestone, 1966, sid 141—164.
[3] Se tabell 18.

Tabell 50. Nykterhetsnämndsåtgärder.

	Generellt		Före		Efter	
	Antal	Procent	Antal	Procent	Antal	Procent
Ej känd av nn[1]	20[2]	27	56	76	26	35
känd, ej undersökn.	26	35	16	22	20	27
end. undersökn.	15	20	1	1	15	20
hjälpåtg., § 14	2	3	—	—	2	3
övervakning, § 15	9	12	1	1	9	12
vårdanstalt, § 18	2	3	—	—	2	3
Totalt	74	100 %	74	100 %	74	100 %

[1] nn = nykterhetsnämnd
[2] Av dessa är tre 21 år och en 20 år.

tagits mot dem. Resultaten framställs i tabell 50.

Åtgärderna har ordnats efter samma princip som barnavårdsnämndsåtgärderna i tabell 48.

54 personer, 73 %, finns antecknade i något nykterhetsnämndsregister. Före narkotikadebuten var motsvarande antal 18, 24 %, och för tiden efter narkotikadebuten 48, 65 %. Då många personer var under 21 år, då de började använda narkotika, skall de sistnämnda resultaten penetreras närmare i tabell 53.

Den nykterhetsnämndsstatistik som finns i Sverige gäller antalet fall per år efter olika åtgärder. Hur stor del av olika åldersgrupper inom normalbefolkningen som har varit eller riskerar att komma i kontakt med nykterhetsnämnd finns inga aktuella siffror på. Ca 13 personer av 1 000 har kontakt med nykterhetsnämnd per år.[1] Även om resultaten i denna tabell således inte direkt går att jämföra med ett normalmaterial, måste man konstatera att andelen i detta material som är känd av nykterhetsnämnd eller för vilken åtgärder vidtagits är mycket större än för ett normalmaterial. Detta resultat skulle stödja den norske psykiaterns, Nils Retterstöl, uttalanden om att procenten alkoholister bland narkomaner är mycket högre än bland befolkningen i övrigt.[2] Retterstöl har inte angett om hans påstående gäller för alla kategorier narkotikamissbrukare. Det är troligt att han menar barbituratmissbrukare, då han främst tycks ha forskat angående dylikt missbruk. Liknande uppfattningar finns angående relationen mellan alkohol- och opiatmissbruk, nämligen att många alkoholister övergår till opiatmissbruk.[3] Tidigare har visats att opiatmissbrukare är överrepresenterade bland de personer som uppger sig inte använda alkohol. Här har korstabulering företagits mellan intervjupersonernas huvudpreparat och förekomst av nykterhetsnämndsanteckningar. Tabell 51 visar resultatet.

Resultatet av denna korstabulering stämmer väl överens med intervjupersonernas egna svar angående alkoholkonsumtion. Trots det ringa antalet opiatmissbrukare i förhållande till missbrukare av centralstimulerande medel, utgörs nästan hälften av dem som inte är kända av nykterhetsnämnd av opiatmissbrukare. Enligt intervjusvaren är det fyra av de sistnämnda som inte använder alkohol. Två av dessa har aldrig använt. Inte någon av opiatmissbrukarna har ökat sin alkoholkonsumtion efter narkotikadebuten. Sex har minskat och tre har ej ändrat sin konsumtion. Det är ungefär lika stor andel som varit föremål för undersökning eller åtgärder i de två grupperna opiatmissbrukare och missbrukare av centralstimulerande medel. Antalet personer som missbrukar främst cannabis eller lugnande mediciner är så litet att man inte kan dra några slutsatser om relationen mellan dessa preparattyper och alkoholmissbruk.

Som ovan nämnts var många personer

[1] Socialvården 1965, SOS, diagram 1+2 och 1+3, sid. 111—112.
[2] Retterstöl, 1967, sid. 79.
[3] Kolb, 1962, sid. 9, 42.

Tabell 51. Nykterhetsnämndsåtgärder i relation till missbrukmedel.

	Opiater	CS	Lugn./sömn.	Cannabis	Totalt
Ej känd	9	11	—	—	20
Känd, ej undersökn.	—	26	—	—	26
Undersökning	2	11	1	1	15
Hjälpåtg., (§ 14)	—	1	—	1	2
Övervakn. (§ 15)	2	6	1	—	9
Vårdanst. (§ 18)	—	2	—	—	2
Totalt	13	57	2	2	74

under 21 år, då de började använda narkotika. Av denna anledning har uppgifterna i tabell 51 ställts i relation till debutåldern.

Sex personer har endast haft kontakt med nykterhetsnämnd före narkotikadebuten. 36 har endast varit kända hos nykterhetsnämnd efter sistnämnda tillfälle. Av dessa var dock 34 personer under 21 år, då de började använda narkotika. Slutligen har 12 personer haft kontakt med nykterhetsnämnd både före och efter narkotikadebuten. Resultatet i tabell 50 vad gäller nykterhetsnämndskontakter före och efter narkotikadebuten kan således till stor del förklaras av undersökningsmaterialets ålderssammansättning vid narkotikadebuten.

Kontrollstyrelsens straffregister

Ett sätt, om än grovt, för att ytterligare undersöka förhållandet mellan intervjupersonernas alkoholmissbruk och narkotikaanvändning är att studera kontrollstyrelsens straffregister.

Anteckningar som förekom i både kontrollstyrelsens straffregister och kriminalregistret har tagits bort. Åtgärder som vidtagits av nykterhetsnämnder och barnavårdsnämnder är ej heller medtagna. Anteckningarna delades därefter in i två grupper: fylleriförseelser och andra förseelser.

Den sistnämnda gruppen kom efter ovannämnda korrigeringar att, enligt bestämmelserna angående förandet av detta straffregister, i huvudsak bestå av förseelser mot trafik- och alkohollagar samt annan smärre brottslighet som begåtts under alkoholpåverkan.

45 personer var antecknade i registret, varav tre ej förekom i något nykterhetsnämndsregister. Endast 15 personer var registrerade före narkotikadebuten. Vid jämförelse mellan de tre åren närmast före narkotikadebuten och de tre sista åren eller, om intervjupersonerna slutat, de tre sista åren narkotika använts framkom emellertid inga skillnader i fråga om antalet personer som var antecknade i registret.

Vid jämförelse mellan nykterhetsnämndernas och kontrollstyrelsens register visade det sig att det sammanlagt var 56 personer, 76 %, som hade någon nykterhetsanmärkning.

Sammanfattning

56 personer, 76 %, har någon nykterhetsanmärkning. 13 personer, 18 %, har varit föremål för åtgärder av nykterhetsnämnd, varav två för hjälpåtgärder och 11 för tvångsåtgärder.

Utan att ha tillgång till något egentligt

Tabell 52. Kontakt med nykterhetsnämnd före och efter narkotikadebuten i relation till debutåldern.

Debutåldern	Ej känd	End. före	End. efter	Både före och efter	Totalt
≤ 21 år	19	3	34	8	64
> 21 år	1	3	2	4	10
Totalt	20	6	36	12	74

jämförelsematerial kan man således konstatera att andelen alkoholmissbrukare är betydligt större i detta material än hos befolkningen i allmänhet.

Det finns en tendens till mindre nykterhetsanmärkningar i opiatgruppen än bland övriga intervjupersoner.

Något uttalande angående den inbördes påverkan som antas ske mellan alkohol- och narkotikamissbruk går ej att göra för detta material, då undersökningsresultaten ej är entydiga härvidlag.

11.10.3 Socialhjälp

Genom de uppgifter som intervjupersonerna lämnat i intervjun om sin ekonomiska ställning kunde det klart konstateras att inkomstnivån är mycket låg i undersökningsmaterialet. 29 personer, 39 %, saknade inkomst vid intervjutillfället och ytterligare sex personer hade omskolningsbidrag som sin enda inkomst. Narkotikamissbruket konstaterades ha haft ett negativt inflytande på inkomsterna.

I detta avsnitt skall redogöras för frekvensen av socialhjälpsfall i materialet samt denna i relation till narkotikadebuten på samma sätt som gjorts vad gäller kriminalitet och alkoholmissbruk.

Endast hjälp som meddelats enligt socialhjälpslagen har medtagits vid bearbetningen. Någon åtskillnad mellan olika typer av socialhjälp efter orsak eller ändamål har ej gjorts.

53 personer, 72 %, har vid något tillfälle uppburit socialhjälp.

Någon statistik som visar hur stor del av olika åldersgrupper som någon gång fått socialhjälp finns inte, varför någon direkt jämförelse med normalklientel ej kan göras. Siffran för detta material är dock så extremt hög att man utan jämförelse kan konstatera att den ligger mycket över förekomsten i ett normalmaterial. Det kan nämnas att socialhjälpstagarna i procent av folkmängden i Stockholm 1966 var 3,9 % för män över 16 år.[1]

44 personer, 59 %, har erhållit socialhjälp under någon del av tiden 1965–1967; 27, 36 %, under första halvåret 1967.

Även om andra bakomliggande eller mellankommande variabler ej har kontrollerats, kan man antaga, att narkotikamissbruket varit en direkt eller indirekt orsak till att intervjupersonerna måst uppbära socialhjälp för sin försörjning.

Tabell 53. Antal personer som uppburit socialhjälp.

	Antal	Procent
Ej uppburit soc.hjälp	21	28
End. före narkotikadeb.	3	4
End. efter narkotikadeb.	42[1]	57
Både före och efter	8	11
Totalt	74	100 %

[1] Av dessa var åtta personer 16 år eller yngre vid narkotikadebuten. Huruvida deras familj åtnjöt socialhjälp då har inte undersökts.

11.10.4 Sjukskrivningsdata från de allmänna försäkringskassorna

Som tidigare redovisats fick intervjupersonerna i intervjun uppge, huruvida de haft några nervösa besvär och huruvida dessa uppträtt, innan de börjat använda narkotika, före hepatitinsjuknandet eller under den aktuella uppföljningstiden. Vidare ställdes frågor angående infektioner eller andra sjukdomar i anslutning till narkotikamissbruket under tiden efter sjukhusvistelsen 1964.[1] Någon egentlig bild av deras hälsotillstånd under tiden efter sjukhusvistelsen 1964.[2] ger naturligtvis inte denna redogörelse. För att ge en något tydligare bild av hälsotillståndet har därför uppgifter angående sjukskrivningstider och diagnoser i samband härmed inhämtats från allmänna försäkringskassor. I detta avsnitt skall resultaten av bearbetningen av dessa data presenteras.

Då undersökningsmaterialets sammansättning vad gäller ålder och tidpunkt för narkotikadebuten var så oenhetlig, ansågs det vara alltför komplicerat och osäkert att i siffror redogöra för den samlade sjukligheten, så som den framkommer i de allmänna

[1] Stockholms stads socialnämnds verksamhet 1966, tab. J, sid. 35.

[2] Se avsnitt 4.2.—4.4.

försäkringskassornas register. I stället har bearbetningen inskränkts till att omfatta en tidsperiod på tre år efter vården på Roslagstulls sjukhus. Tidsperioden är kortare än tre år för alla som skrevs ut från sjukhuset efter den 1 juli 1964, på grund av att uppgifterna från de allmänna försäkringskassorna endast avser tiden fram till den 1 juli 1967.

Sjukdomsdiagnoserna har endast delats upp i två kategorier beroende på om sjukdomen är av somatisk eller psykisk karaktär. Till den sistnämnda gruppen har inte förts s. k. psykosomatiska sjukdomar utan kriteriet har varit att det skall vara angivet i diagnosen att sjukdomen i fråga är av psykiskt slag. Om en sjukskrivningsperiod har flera diagnoser och någon av dem betecknar en psykisk sjukdom, har hela sjukskrivningstiden kodats som tillhörande denna diagnoskategori.

Liksom vid övriga registerdata har också i fråga om sjukskrivning bearbetning skett för att försöka undersöka narkotikamissbrukets inverkan på hälsotillståndet, eller rättare sagt så som detta redovisas i de allmänna försäkringskassornas register.

Då man värderar resultaten i detta avsnitt, bör man hålla i minnet att det är fråga om ett undersökningsmaterial där samtliga haft inokulationshepatit.[1]

Alla utom fem personer har varit sjukskrivna någon gång sedan de hade gulsot 1964. Det är bara två personer som endast har varit sjukskrivna för psykisk sjukdom. Sammanlagt är det emellertid 44 personer, 59 %, som varit sjukskrivna för psykisk sjukdom under den aktuella tidsperioden. 67 personer, 91 %, har varit sjukskrivna för somatisk sjukdom. Inte i något fall har narkotikamissbruket angetts som sjukskrivningsorsak. Det är endast fem personer som varit sjukskrivna för psykisk sjukdom mer än fem gånger. Däremot är det 29 personer som varit sjukskrivna för somatisk sjukdom mer än fem gånger under treårsperioden.

Tabell 54 skildrar den sammanlagda sjukskrivningstiden för de tre åren efter inokulationshepatiten.

Då man slår samman klasserna i denna tabell, finner man, att ungefär en tredjedel har varit sjukskrivna kortare tid än tre månader, en tredjedel 3–6 månader och återstående tredjedelen mer än ett halvt år. Nästan en sjättedel har varit sjukskrivna mer än ett år. Som jämförelse kan nämnas att antalet sjukskrivningsdagar genomsnittligt var 11,3 för sjukpenningförsäkrade i Stockholm 1966 i åldern 20–29 år.[2] Man kan således konstatera, att dessa undersökningspersoner varit sjukskrivna i långt större utsträckning än normalbefolkningen i Stockholm under den aktuella uppföljningstiden.

Tabell 54. Sammanlagd sjukskrivningstid.

Sjukskrivningstid	Antal	Procent
Ej sjukskriven	2	3
Mindre än 1 mån.	9	12
1—2 mån.	13	18
3—4 mån.	13	18
5—6 mån.	12	16
7—12 mån.	13	18
1—2 år	11	15
2—3 år	1	1
Totalt	74	100 %

Enligt analysen av intervjupersonernas uppgifter skulle narkotikamissbruket ha påverkat deras psykiska och somatiska hälsotillstånd på ett negativt sätt.[3] Här skall undersökas om detta resultat får stöd av data från försäkringskassorna. Först har sjukskrivningstiden för kalenderåret innan narkotikamissbruket började jämförts med sjukskrivningstiden för 1966 eller, om missbruket upphört, för kalenderåret före det år då missbruket upphörde. Sedan har förekomst av sjukskrivning för psykisk sjukdom före narkotikamissbruket jämförts med förekomst av dylik sjukskrivning efter narkotikamissbrukets början. Den första jämförelsen skildras i tabell 55.

23 personer, som antingen börjat använda narkotika före eller vid 16 års ålder eller börjat 1955 eller tidigare, samt en, som endast tagit narkotika en gång, har ej

[1] Några försök till analyser av gulsotens inverkan på hälsotillståndet skall inte göras.

[2] SOS, Allmän Försäkring 1966, tab. 4: 7, sid. 133.

[3] Se avsnitt 4.2.—4.4. och 6.1.

Tabell 55. Sjukskrivningstid året före narkotikadebuten jämfört med 1966 eller året före det år narkotikamissbruket upphörde.

1966 eller året före upphörande	Året före narkotikadebuten					
	Ej sjukskr.	< 1 mån.	1—2 m.	3—6 m.	7—12 m.	Totalt
Ej sjukskr.	8	4	—	—	—	12
< 1 mån.	7	3	1	2	—	13
1—2 mån.	5	5	2	—	—	12
3—6 mån.	5	2	2	1	—	10
7—12 mån.	2	—	1	—	—	3
Totalt	27	14	6	3	0	50

tagits med i denna tabell. Det sammanlagda antalet personer är därför endast 50. Detta är naturligtvis en allvarlig felkälla. Åldern har inte hållits under kontroll. Detta utgör ytterligare en felkälla. Skillnaderna i fråga om sjukskrivningstid för de två åren är dock så stora att man kan se att utvecklingen skett i negativ riktning.

54 personer, 73 %, har någon gång varit sjukskrivna för psykisk sjukdom.[1] Av dessa hade 10 personer, 14 %, varit sjukskrivna av denna anledning före narkotikadebuten. Endast en person hade varit sjukskriven före men ej efter narkotikadebuten för psykisk sjukdom. Även för dessa resultat gäller de ovan nämnda felkällorna. Här är dock skillnaderna ännu större. Man kan därför antaga, att det skett en försämring ifråga om psykiskt hälsotillstånd efter narkotikadebuten.

Resultaten av dessa två analyser är således i överensstämmelse med vad intervjupersonerna själva uppgivit om sitt hälsotillstånd.

Sammanfattning

Denna bearbetning av sjukskrivningsdata har visat att undersökningspersonerna har varit betydligt mer sjukskrivna under den aktuella uppföljningstiden än motsvarande åldersgrupper inom normalbefolkningen. Det är ej känt hur resultaten står i förhållande till patienter som haft epidemisk gulsot. Enligt dessa uppgifter från allmänna försäkringskassor har det inträtt en försämring i intervjupersonernas hälsotillstånd sedan de började använda narkotika. Detta resultat är i överensstämmelse med vad som framkom i intervjun.

DEL II

11.11 *Jämförelser mellan olika grupper inom undersökningsmaterialet*

Som redan angivits i avsnittet som behandlar undersökningens omfattning, metod och utförande är avsikten med bearbetningen av denna del av undersökningen att se om personer som slutat använda narkotika under den aktuella uppföljningstiden skiljer sig från dem som fortfarande är missbrukare vad gäller de olika variabelkategorier undersökningen omfattar.[2]

Undersökningen gör ej anspråk på att fastställa, varför vissa personer har slutat använda narkotika medan andra fortsatt. Resultaten får således ej tolkas kausalt.

11.11.1 Materialets indelning i grupper

Först indelades materialet efter hur lång tid som förflutit mellan intervjun och den senaste gången narkotika intogs. Resultaten framställs i tabell 56.

I grova drag visar denna tabell att en tredjedel använde narkotika vid intervjutill-

[1] I inget fall var narkotikamissbruk angivet i diagnosen. Enligt tabell 19 har 51 personer, 69 %, uppgivit att de sökt läkare för psykiska besvär.

[2] Signifikansprövningar har gjorts. Testvärden har utsatts endast om sannolikheten för att de uppmätta skillnaderna skall ha uppstått av en slump är mindre än 10%.

Tabell 56. Tidsperiod mellan intervjun och senaste narkotikaintagningen.

Tidsperiod	Antal	Procent
Mindre än 30 dagar	27	36
1—2 månader	11	15
3—4 månader	4	5
5—6 månader	5	7
7—12 månader	8	11
13—23 månader	8	11
2—3 år	3	4
Ej tagit sedan gulsoten	8	11
Totalt	74	100 %

fället, en tredjedel hade ej använt på 1–6 månader och en tredjedel hade »hållit upp» mer än ett halvår.

Det kan ej anses tillfredsställande att enbart se på hur lång tid som förflutit sedan narkotika intogs, då man skall fastställa om en person har slutat använda narkotika eller ej. Olika faktorer, t. ex. möjligheten att skaffa narkotika, kan ha varit orsak till att en person ej tagit narkotika under en viss tid. Efter hänsynstagande även till intervjupersonernas egna uppgifter om de ansåg sig ha slutat eller ej samt till yttre omständigheter, som gjort att möjligheterna till narkotikamissbruk varit begränsade, blev materialets fördelning sådan som den framgår av tabell 57.

Två personer som tagit narkotika sista månaden har förts till gruppen »osäkra». En av dessa var vid undersökningstillfället intagen på mentalsjukhus för avvänjning. Det bedömdes som osäkert både av patienten själv och personalen, om behandlingen skulle bli framgångsrik. Den andra patienten tar regelbundet hibernal oralt, enligt egen uppgift på läkarordination. Han bedömde sig själv som botad från narkomanin.

Som framgår av tabellen gick det ej att dikotomisera materialet efter grupperna »slutat» och »ej slutat» utan en tredje grupp med s. k. »osäkra fall» måste tas med.

Tabell 57. Slutat eller ej slutat använda narkotika.

	Antal	Procent
Ej slutat	25	34
Slutat	26	35
Osäkra	23	31
Totalt	74	100 %

Följande principer har gällt vid indelningen av materialet i de tre grupperna:

1. *Ej slutat:* Om en person använt narkotika sista månaden och anser sig ej ha slutat använda narkotika.

2. *Slutat:* Om det är mer än sex månader sedan en person använt narkotika. Och om personen själv anser sig ha slutat använda narkotika. Och om personen vid intervjutillfället ej var intagen på mentalsjukhus eller fångvårdsanstalt.

3. *Osäkra:* Om en person använt narkotika under det sista halvåret men anser sig ha slutat. Eller om en person vid intervjutillfället var intagen på någon anstalt och där ej använde narkotika. Eller om en person ej tagit narkotika sista månaden men anser sig ej ha slutat.

Bearbetningen i följande avsnitt kommer att ske med utgångspunkt från dessa tre grupper.

Till grund för denna indelning av materialet ligger varken någon speciell teori eller någon tidigare empirisk undersökning. De uppföljningsundersökningar av narkotikamissbrukare som gjorts har, efter vad som kunnat utrönas av genomgången litteratur på området, gällt personer som varit intagna eller vårdats på olika slag av institutioner för avvänjning. Det har då varit fråga om att undersöka återfallsfrekvens i olika material efter olika långa uppföljningstider. Utgångspunkten har således varit en annan än i denna undersökning, där undersökningspersonernas narkotikavanor vid sjukhusvistelsen 1964 ej var kartlagda. Möjligen kan man säga att utgångspunkten här varit motsatt den i traditionella uppföljningsundersökningar, då samtliga patienter vid sjukhusvistelsen 1964 använde, eller åtminstone kort tid dessförinnan hade använt, narkotika. De återfallsundersökningar som gjorts före 1967 har dessutom genomgående behandlat opiat- eller barbituratmissbrukare. Valet av kriterier på om en person har slutat använda narkotika eller ej får därför betraktas som tämligen godtyckliga. Endast

Tabell 58. Bakgrundsvariablerna i relation till grupperna slutat, ej slutat, osäkra.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Kön				
Man	19	23	20	62
Kvinna	7	2	3	12
Ålder				
20—24 år	12	3	8	23
25—29 år	9	13	10	32
≥ 30 år	5	9	5	19
Civilstånd				
Ogift	7	8	16	31
Förlovad	7	3	3	13
Gift	7	5	2	14
Frånskild	4	9	2	15
Änkling/änka	1	—	—	1
Utbildning				
Folkskola	10	10	8	28
Högre utb.	16	15	15	46
Yrke				
Yrkesutb./-kunniga	11	16	14	41
Icke yrkesutb./-kunniga/ stud./hemmafru	15	9	9	33
Bostadsort				
Stor-Stockholm	20	25	23	68
Övriga landet	6	—	—	6
Totalt	26	25	23	74

förnyade undersökningar kan ge svar på gruppindelningens validitet.[1]

11.11.2 Demografisk och social bakgrund

De bakgrundsvariabler som ingår i denna undersökning och efter vilka man skulle kunna tänka sig att undersökningsgrupperna skulle kunna skilja sig åt är kön, ålder, civilstånd, utbildning, yrke och bostadsort vid intervjutillfället. Dessa undersökningsvariabler har var och en ställts i relation till de tre jämförelsegrupperna.

Sju av de 12 kvinnorna i undersökningen har slutat använda narkotika. Antalet kvinnor i denna undersökning är emellertid för litet för att resultatet skall kunna tillmätas något statistiskt värde. På ganska goda grunder kan man antaga, att två av de fyra kvinnorna i bortfallet har slutat använda narkotika, varför resultatet ej kan anses ha påverkats av den oproportionerligt stora del som kvinnorna utgjorde i bortfallet.

Återfallsundersökningar som skilt på män och kvinnor har i allmänhet inte uppvisat någon skillnad mellan könen.[2]

Åldersfördelningen för de tre grupperna visar att andelen unga, under 25 år, är högst i gruppen som slutat, medan andelen som är 30 år eller äldre är störst bland dem som ej har slutat. Detta resultat stöder därmed det som man kom fram till i en efterundersökning av barbituratmissbrukare i Norge, nämligen att personer under 30 år klarade sig bättre från återfall än de äldre.[3] Vissa amerikanska undersökningar visar också att det föreligger en skillnad i återfallsförekomst mellan dem som är under 30 år och dem som är äldre. Resultaten har där emellertid varit det motsatta.[2]

Fördelningen på olika civilstånd är betydligt jämnare bland dem som slutat än i

[1] Se kap. »Efterundersökningen i mars 1969».
[2] O'Donnell, 1965, sid. 230.
[3] Retterstöl, 1967, sid. 108.

övriga grupper. För övrigt är det två resultat man lägger märke till: antalet frånskilda bland dem som ej har slutat och antalet ogifta i den osäkra gruppen. Dessa siffror utgör mer än 1/3 resp. 2/3 av antalet i de två grupperna. Om den höga skilsmässofrekvensen kan ha varit en av orsakerna till att dessa personer ej har slutat använda narkotika eller narkotikamissbruket lett till den höga skilsmässoandelen är omöjligt att uttala sig om här. Om man slår samman »förlovade» och »gifta» och jämför med de övriga klasserna som får representera ensamstående, finner man att det är fler ensamstående och färre förlovade och gifta i grupperna ej slutat och osäkra än i gruppen slutat.[1] Då man värderar detta resultat bör man komma ihåg att 10 personer av de vid intervjutillfället ogifta hade haft stadigt sällskap eller varit förlovade under den tid de använt narkotika.[2] Till detta har således hänsyn inte tagits i denna tabell.

I fråga om utbildningsnivå föreligger ingen skillnad mellan grupperna. I gruppen slutat är det oväntat färre yrkesutbildade eller yrkeskunniga personer än i de andra grupperna. Detta resultat beror på att det var sex personer bland dem som slutat använda narkotika som vid intervjutillfället studerade. Det föreligger således ingen tendens till att personer med goda förutsättningar i fråga om utbildning och yrke skulle sluta i högre grad än personer med sämre utgångspunkter i detta avseende.

Samtliga sex personer som vid intervjutillfället var bosatta utanför storstockholmsområdet har slutat använda narkotika. Huruvida de flyttat från Stockholm innan eller efter det de slutat använda narkotika är ej känt.

Sammanfattning

Ensamstående är överrepresenterade i grupperna ej slutat och osäkra. För övriga bakgrundsvariabler föreligger inte några säkerställda skillnader mellan personer som slutat använda narkotika och övriga. Dock kan följande resultat påpekas: Andelen kvinnor som slutat är mycket större än andelen män. Yngre personer har slutat i något större utsträckning än de äldre i materialet.

11.11.3 Social situation

Tidigare har konstaterats att intervjupersonerna i stort sett hade ordnade bostadsförhållanden, medan deras arbets- och ekonomiska förhållanden var mycket otillfredsställande. Av denna anledning har inga bostadsvariabler tagits med i denna analys. Tabell 59 innehåller de inkomst- och arbetsvariabler som bäst speglar situationen vid intervjutillfället samt arbetsförhållandena efter sjukhusvistelsen 1964.

Samtliga avdelningar i tabellen visar en gynnsammare situation för de personer som slutat använda narkotika än för de andra.

För de två översta delarna i tabellen som avser den aktuella arbetssituationen är skillnaderna mycket klara.[3] Vad gäller aktuell månadsinkomst, förekomst av socialhjälp 1967 eller arbetslöshetstid sedan sjukhusvistelsen 1967 är skillnaderna mellan grupperna inte särskilt markanta, även om man också här kan se en tendens till högre inkomst och mindre arbetslöshet för de personer som slutat använda narkotika än för de två övriga grupperna. Inkomstfördelningen för den osäkra gruppen är mer ogynnsam än för dem som ej har slutat använda narkotika. Detta beror på att i den osäkra gruppen ingår åtta personer som vid intervjutillfället vistades på mentalsjukhus eller fångvårdsanstalt. I den grupp som ej slutat använda narkotika var det nio av 25 som uppgav att de hade någon form av sysselsättning eller arbete vid intervjutillfället, medan 16 personer i samma grupp sade att de hade inkomster vid samma tillfälle. Orsakerna till denna diskrepans har inte närmare undersökts. I vissa fall uppbar personerna underhåll från föräldrarna med ett visst belopp varje månad.

Det främsta resultatet av denna bearbetning är således att de personer som slutat

[1] $X^2=4{,}12$ (1) $0{,}01<P<0{,}05$.
[2] Se tabell 60.
[3] (Saknar — har sysselsättning) $X^2=10{,}99$ (1), $P<0{,}001$ resp. (hela — ej/delvis frånvarande) $X^2=8{,}82$ (1) $0{,}001<P<0{,}01$.

Tabell 59. Arbets- och ekonomiska förhållanden i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Arbetssituation				
Saknar sysselsättn.	4[1]	16[1]	12	32
Fast arbete	12	5	4	21
Tillf.arb./stud./militärtjänst	10	4	7	21
Antal frånvarodagar sista månaden[2]				
Ej frånv.	13[1]	4[1]	3	20
Delvis frånv.	7[2]	4	7[2]	18
Hela mån.	6	17	13	36
Arbetslöshetstid 1964—1967				
≤ 6 mån.	11	5	6	22
7—23 mån.	9	10	6	25
≥ 2 år	6	10	11	27
Månadsinkomst				
Saknar inkomst	7	9	13	29
≤ 1 000 kr	8	10	4	22
> 1 000 kr	11	6	6	23
Socialhjälp 1967				
Ja	8	13	6	27
Nej	18	12	17	47
Totalt	26	25	23	74

[1] En kvinna i vardera av dessa grupper är hemmafru.
[2] Bland dem som slutat hade samtliga 7 varit frånvarande mindre än en vecka och i den osäkra gruppen hade 4 av 7 varit frånvarande mindre än en vecka.

använda narkotika har ordnade arbetsförhållanden. Endast tre av 26 var utan sysselsättning vid intervjutillfället.

11.11.4 Sociala kontakter

Förut har visats att undersökningspersonerna ej är socialt isolerade från sina primärgrupper. Vidare har konstaterats att narkotikamissbruk eller annat avvikande beteende i form av mentalsjukdom, alkoholmissbruk eller kriminalitet är mycket vanligt i intervjupersonernas primärgrupper.

För att se om den omedelbara miljöns beskaffenhet kan vara av betydelse för att vissa personer i detta material har slutat, medan andra har fortsatt att använda narkotika, har de tre jämförelsegrupperna ställts i relation till variabler som mäter förekomsten av sociala kontakter i primärgrupper och förekomsten av narkotikamissbruk eller annat avvikande beteende i dessa

Tabell 60. Sociala kontakter och undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Partner				
Har partner	22	17	14	53
Ingen partner	4	8	9	21
Kontakt med familj				
Ja	23	20	22	65
Nej	3	5	1	9
Vänner				
Ja	22	19	19	60
Nej	4	6	4	14
Totalt	26	25	23	74

Tabell 61. Narkotikamissbruk i undersökningsgruppernas primärgrupper.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Partnern				
Ja	2 (2)[1]	8 (2)	5 (4)	15
Nej	19	8	9	36
Totalt	21[2]	16[2]	14	51[2]
Föräldrarna				
Ja	—	2	1	3
Nej	26	23	22	71
Totalt	26	25	23	74
Syskon				
Ja	1	2	4	7
Nej	21	15	15	51
Totalt	22	17	19	58[3]
Vänner				
Ja	1	14	10	25
Nej	21	5	9	35
Totalt	22	19	19	60

[1] Inom parentes anges det antal partner som har slutat.
[2] Två personer ville ej besvara frågan varför n=51 i stället för 53.
[3] 15 personer har inga syskon (för resp. grupp 7,4, 4) och en ville ej besvara frågan.

primärgrupper. Resultaten framställs i tabellerna 60, 61, 62.

Några påtagbara skillnader i fråga om kontakter i de här tre behandlade primärgrupperna förekommer ej. Särskilt bör uppmärksammas att det inte föreligger någon skillnad att tala om vad gäller förekomst av samlevnadspartner. Civilståndsfördelningen i tabell 58 kan således inte anses mäta det egentliga antalet s. k. ensamstående.

Narkotikamissbruk hos föräldrar eller syskon är ytterst ovanligt i alla tre undersökningsgrupperna. Det är fler personer i grupperna ej slutat och osäkra som har eller har haft en partner som använder (använt) narkotika än bland personer som har

Tabell 62. Annat avvikande beteende i primärgrupperna i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Partner				
Ja	8	3	4	15
Nej	10	13	6	29
Totalt	18	16	10	44[1]
Familj				
Ja	7	7	15	29
Nej	19	18	8	45
Totalt	26	25	23	74
Vänner				
Ja	6	11	7	24
Nej	16	7	11	34
Totalt	22	18	18	58[2]

[1] Det är endast personer som är eller varit gifta/förlovade som denna fråga ställts till, varför n=44.
[2] Två ville ej besvara frågan.

slutat använda narkotika.[1] Högst signifikanta skillnader framkommer på samma sätt mellan grupperna vad gäller förekomst av narkotikamissbrukare i vänskapskretsen.[2] Återigen bör det påpekas att detta inte är en orsaksanalys. Man kan inte med ledning av dessa resultat uttala sig om huruvida personer som ej har narkotikamissbrukande partner eller vänner har lättare för att sluta använda narkotika än andra. En tänkbar förklaring till de erhållna skillnaderna mellan undersökningsgrupperna är att personer som slutat använda narkotika drar sig undan umgänge med andra narkotikamissbrukare.

Då det gäller avvikande beteende i form av alkoholmissbruk, psykisk sjukdom eller kriminalitet är det endast i vänskapskretsen man kan utläsa någon skillnad mellan grupperna i samma riktning som i tabell 61. Den är dock ej så markant.[3] Personer som slutat använda narkotika har eller har haft äktenskapspartner eller fästmö/fästman med någon av dessa former av avvikande beteende i något större utsträckning än de som ej slutat.[4] I fråga om avvikande beteende i familjen kan man ej se någon differens mellan dem som slutat och dem som ej slutat, medan den osäkra gruppen skiljer sig signifikant i detta avseende från de två nyssnämnda grupperna.[5] Det är i denna grupp som de flesta av dem som vid intervjutillfället vistades på mentalsjukhus eller fångvårdsanstalt ingår.

Sammanfattning

Ifråga om förekomst av sociala kontakter i primärgrupper föreligger inte någon skillnad mellan undersökningsgrupperna. Personer som slutat använda narkotika skiljer sig däremot från övriga vad gäller förekomst av narkotikamissbrukande samlevnadspartner och vänner. Vid intervjutillfället hade inte någon av dem som slutat en partner som använde narkotika och endast en hade vänner som gjorde det. Personer som slutat hade också färre vänner med annat avvikande beteende än övriga undersökningspersoner.

11.11.5 Narkotikamissbruket

Som tidigare visats består materialet främst av personer som missbrukar eller missbrukat centralstimulerande medel, vilka tagits genom intravenös injektion. 17 personer uppgav emellertid att de främst använde andra preparattyper. Av dessa dominerade morfinisterna som var 13 personer, vilka alla utom en injicerade. Absolut sett måste det således vara främst personer som missbrukat centralstimulantia, injicerat i venen, som har slutat använda narkotika. Preparattyperna skall ändå här sättas i relation till de tre grupperna slutat, ej slutat, osäkra för att se hur proportionerna är inom de olika preparattyperna.

Genom variablerna missbrukstid och antal narkotikaintagningar fastställdes narkotikamissbrukets svårighetsgrad. Materialet indelas därefter i tre grupper:[6]

Begränsat missbruk: 14 personer
Omfattande missbruk: 15 personer
Gravt missbruk: 45 personer

Genom det sätt på vilket detta missbruksmått konstruerats och på grund av en allmän uppfattning om att det är svårt att sluta använda narkotika efter en lång tids missbruk kan man antaga, att det i första hand är personer vars narkotikamissbruk bedömts som »begränsat» och i viss mån även personer som haft ett »omfattande» missbruk som slutat använda narkotika. Dessa två grupper skulle i stort sett kunna motsvara tre missbruksgrupper bland amerikanska unga heroinister: tillfällighetsmissbrukare, personer som sporadiskt missbrukar narkotika och personer som under en kort tid intensivt ägnar sig åt narkotikabruk. Ungdomar med något av dessa tre missbruksmönster skulle i stor utsträckning sluta använda heroin.[7] I tabell 63 ställs narko-

[1] $X^2=7{,}54$ (2), $X^2=5{,}27$ (1); $0{,}01<P<0{,}05$.
[2] $X^2=21{,}43$ (2), $X^2=17{,}36$ (1); $P<0.001$.
[3] $X^2=4{,}74$ (2), $0{,}05<P<0{,}1$.
[4] Ej signifikant skillnad.
[5] $X^2=9{,}49$ (2), $0{,}001<P<0{,}01$.
[6] Se tabell 30 och kommentarerna därtill.
[7] Se t. ex. Schasre, — The International Journal of the Addictions, 1, (1966), 2, — sid. 23.

Tabell 63. Undersökningsgrupperna i relation till preparattyp och narkotikamissbrukets svårighetsgrad.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Preparat				
Opiater	—	9	4	13
CS	25	15	17	57
Lugn./sömn.	1	—	1	2
Cannabis	—	1	1	2
Svårighetsgrad				
Begränsat missbruk	14	—	—	14
Omfattande missbruk	6	4	5	15
Gravt missbruk	6	21	18	45
Totalt	26	25	23	74

tikamissbrukets svårighetsgrad i relation till de tre jämförelsegrupperna.

Av de 26 personer som slutat använda narkotika hade 25 använt centralstimulantia, varav fyra tagit narkotikan oralt. Det är således 44 % av dem som främst använt centralstimulerande medel som slutat. Inte någon från opiatgruppen bedömdes ha slutat. I hela undersökningsmaterialet utgjorde opiatgruppen något mer än en sjättedel. Av gruppen ej slutat utgör de mer än en tredjedel.

Samtliga personer, vars narkotikamissbruk bedömts vara begränsat, har slutat använda narkotika. Sex av gruppen »omfattande missbruk» har också upphört med att bruka narkotika. Dessa resultat överensstämmer med ovannämnda antagande om att det främst kunde förväntas vara personer med mindre gravt missbruk som slutat. Endast sex av de 45 grava missbrukarna hade vid intervjutillfället slutat använda narkotika.

Skillnaderna mellan de tre undersökningsgrupperna, antingen alla tre grupperna jämförts eller gruppen slutat ställts i relation till de två andra grupperna, är signifikanta respektive högst signifikanta vad gäller preparattyp och narkotikamissbrukets svårighetsgrad.[1]

Enligt dessa resultat skulle prognosen vara ganska god för intravenösa missbrukare av centralstimulerande medel, i synnerhet då missbruket ej varit alltför omfattande.

11.11.6 Anskaffning av narkotika

Av tabell 33 framgick det att 17 personer, 24 %[2], huvudsakligen skaffade eller skaffat narkotika genom läkare. Huvudparten, 47 personer, 65 %[2], fick köpa av langare. Man kan således antaga att det i samtliga tre grupper måste vara flest personer som skaffat narkotika genom langare. På grund av den debatt som förts i massmedia för och emot legal förskrivning av narkotika, har det, främst av kuriositetsskäl, undersökts om några av dem som fått narkotika genom läkare har slutat använda narkotika. Bearbetning av hur narkotika anskaffats i de tre grupperna har också gjorts på grund av det resultat som framkom i tabell 27. Det visade sig där att hälften av intervjupersonerna angav orsaken till att de använt ett visst medel mest var att det var lättast åtkomligt. Detta gällde i synnerhet personer som främst missbrukat centralstimulantia.

Inte någon av dem som slutat använda narkotika har fått sådan legalt. 10 av dem som ej slutat får narkotika genom läkare och 7 i den osäkra gruppen har varit legala. I samtliga grupper är det flest personer som skaffat genom langare.

I undersökningsmaterialet ingick 15 personer som varit patienter vid dr Åhströms försöksverksamhet samt en som varit s. k.

[1] CS-annat: $X^2=9{,}60$ (2), $0{,}001<P<0{,}01$; $X^2=6{,}70$ (1), $0{,}001<P<0{,}01$. Svårighetsgrad (Slutat—övriga): $X^2=35{,}39$ (2) $P<0{,}001$.

[2] $n=72$

Tabell 64. Anskaffningssätt av narkotika i de tre undersökningsgrupperna.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Langare	19	14	13	46
Läkare	—	5	7	12
Kamrater	4	—	1	5
Läkare+langare	—	5	—	5
Andra komb./annat	2	—	2	4
Totalt	25	24	23	72[1]

[1] En person som ej har slutat ville ej svara och en person som endast tagit narkotika en gång har ej tillfrågats, varför n=72.

satellitpatient där. Vid intervjutillfället fick sju av dessa narkotika legalt vid specialpolikliniken vid Rålambshovs sjukhus och två fick av andra läkare. En person, som fortfarande använde narkotika, köpte av langare. De återstående sex personerna bedömdes som osäkra. En av dessa hade under de senaste 30 dagarna före intervjun fått metadon under en avvänjningskur på sjukhus.

Två personer som ej varit patienter hos dr Åhström sade sig få narkotika genom läkare. En av dem vistades vid intervjutillfället på sjukhus och fick där metadon. När han en kort tid före intervjun hade varit utskriven från sjukhuset, hade han missbrukat narkotika mycket. Han tillhör gruppen ej slutat. Den andra fick hibernal av läkare och har bedömts som osäker.

Det föreligger en klar skillnad mellan dem som slutat och de två andra grupperna vad gäller förekomst av legala missbrukare.[1] Det vore emellertid förhastat att av detta resultat dra slutsatsen att det skulle vara den legala narkotikatilldelningen i sig själv som orsakar denna skillnad. Med anledning av att det är personer som missbrukat centralstimulerande medel i mindre omfattning som slutat, är det troligt att det är de bakomliggande variablerna preparattyp och svårighetsgrad som kan förklara denna skillnad mellan dem som slutat och övriga grupper. Bland dem som fått narkotika legalt var det endast fyra som mest missbrukat centralstimulerande medel. Resten var opiatmissbrukare. Det har i tabell 40 visats att alla opiatmissbrukare utom en har bedömts som grava missbrukare. Dock måste man efter denna förklaring av resultatet i tabell 64 vara öppen för frågan om de legala narkotikamissbrukarna fått narkotika av läkare på grund av sin svåra narkomani eller om de blivit svåra narkotikamissbrukare på grund av att de fått narkotika legalt.[2]

11.11.7 Attityder till narkotika

Att de personer som redan slutat haft en negativ grundinställning till sitt narkotikamissbruk kan man förutsätta. Enligt socialpsykologiska teorier strävar nämligen varje individ efter ett organiserat system av integrerade attityder samt att hålla detta system intakt. De attityder som gjort personerna benägna att använda narkotika skulle således ha stått i strid med det samlade attitydsystemet och narkotikamissbruket rubbat jämvikten i beteendemönstret. Av denna anledning skulle dessa personer ha varit motiverade till att sluta använda narkotika. I enlighet med detta resonemang skulle därför undersökningsgrupperna skilja sig åt ifråga om attityder till narkotika. Här har försök gjorts att undersöka om så är fallet. Som tidigare nämnts i motsvarande deskriptiva avsnitt har ingen attitydundersökning i vedertagen bemärkelse utförts. Det har endast ställts vissa frågor som avsett att mäta inställningen till narkotikamissbruket samt till hur detta har påverkat vissa funktioner och tillstånd.

[1] $X^2=9{,}92$ (1), $0{,}001<P<0{,}01$. $X^2=12{,}66$ (2), $0{,}001<P<0{,}01$.

[2] Denna fråga penetreras i Jakob Lindbergs undersökningsrapport angående försöksverksamheten med legal förskrivning, SOU 1969: 53, sid. 345.

Tabell 65. Inställning till att sluta använda narkotika i grupperna ej slutat och osäkra.

	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Vill sluta	16[1]	20[2]	36
Vill ej sluta	7	1	8
Vet ej, annat	2	2	4
Totalt	25	23	48

[1] En vill sluta om det inte skulle förorsaka något besvär.
[2] Två vill sluta om det inte skulle förorsaka något besvär, och åtta anser sig redan ha slutat.

Redan det faktum att 35 % av undersökningsmaterialet har slutat använda narkotika skulle motsäga den vanliga uppfattningen att narkotikamissbrukare i allmänhet saknar motivation för att botas från sitt narkotikaberoende. För att undersöka hur motivationen till att sluta var hos de personer som vid intervjutillfället fortfarande använde narkotika eller som bedömdes som s. k. »osäkra fall», tillfrågades dessa om de ville sluta använda narkotika och varför de i så fall ville sluta. Personer som hade slutat tillfrågades om varför de hade slutat. Tabellerna 65 och 66 visar resultaten.

Det är tydligt att de flesta personerna vill sluta använda narkotika, även om man här måste ta hänsyn till en allmän tendens hos intervjupersoner att svara så att svaret skall tillfredsställa intervjuaren. Endast åtta personer av 48, en sjättedel, har uppgivit att de ej vill sluta använda narkotika. Då det gäller orsakerna till att de vill sluta eller har slutat använda narkotika är hälsoskäl dominerande för dem som redan slutat till skillnad från de andra grupperna. Tre av de fyra i gruppen osäkra, som angett hälsoskäl, anser sig ha slutat. Dessa resultat skulle tyda på att det inte föreligger några avgörande skillnader vad gäller motivation till att sluta med narkotikamissbruk mellan dem som slutat och de andra undersökningspersonerna. En faktisk händelse, försämrat hälsotillstånd, tycks ha haft betydelse för att intervjupersonerna bestämt sig för att sluta använda narkotika.

Tabell 66. Orsaker till att man har slutat/vill sluta.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Vill ej sluta, annat	2	10	3	15
Hälsoskäl	12	1	4	17
Soc.+/ekon. skäl[1]	8	10	11	29
Rädd bli narkoman, meningslöst, dyl.	4	4	5	13
Totalt	26	25	23	74

[1] Denna kategori inbegriper också skäl som syftar på förhållande till samlevnadspartnar eller familj samt rädsla för samhälleliga ingripanden.

I den osäkra gruppen försökte de flesta, mer eller mindre frivilligt, vänja sig av med sina narkotikaintagningar vid intervjutillfället. Av dem som fortfarande regelbundet använde narkotiska preparat hade nio personer vid ett eller flera tillfällen försökt sluta.

Som framgick i motsvarande kapitel i den deskriptiva delen tillfrågades samtliga intervjupersoner om de vid något tillfälle sökt hjälp av någon läkare, vid någon social institution eller av någon annan person för att försöka sluta med narkotikan. Svaren har jämförts efter undersökningsgrupp i tabell 67.

Det är något färre personer bland dem som slutat än i de två andra grupperna som sökt hjälp för att bli botade från narkotikamissbruket. Dock föreligger ingen skillnad av betydelse mellan grupperna.

Tabell 68 visar vilken typ av vård intervjupersonerna i de tre grupperna erhöll.

Sex personer hade ej sökt läkare. Endast en person i gruppen slutat blev föremål för sluten psykiatrisk vård. Motsvarande antal bland de övriga intervjupersonerna är 12.[1]

Dessa två tabeller visar att de personer som slutat ej har gjort det på grund av att de varit mer benägna att söka hjälp eller att de erhållit psykiatrisk vård i större utsträckning än övriga intervjupersoner.

Det har tidigare visats att betydligt fler av intervjupersonerna har en negativ än en positiv inställning till narkotikans inverkan

[1] Sluten — öppen psykiatrisk vård: Fischers sannolikhet = 0,0549 > 0,05 (5 %)

Tabell 67. Personer som sökt hjälp efter undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Sökt hjälp	9	13	12	34[1]
Ej sökt hjälp	17	12	11	40
Totalt	26	25	23	74

[1] Varav 28 hos läkare.

på vissa väsentliga tillstånd och funktioner.[2] Det är således ett resultat som överensstämmer med vad som framkommit i detta avsnitt angående intervjupersonernas attityder till att sluta med sitt narkotikamissbruk. Man skulle kunna antaga, att de personer som slutat skiljer sig från övriga då det gäller mer specifika attityder till narkotika. Denna grupp borde vara mer negativ i sina bedömningar. Deras attityder till narkotika i olika sammanhang skulle således ej strida mot deras allmänna negativa attityd till narkotikamissbruk. Personer som ej slutat kan däremot tänkas ha positiva attityder till narkotika i vissa sammanhang, vilket således skulle betyda att dessa attityder ej är integrerade i deras allmänna inställning att de vill sluta använda narkotika. Denna brist på enhetlighet i attityderna skulle kunna vara av betydelse för att de inte har slutat använda narkotika. Tabell 69 skall visa om detta resonemang har giltighet.

Vad gäller attityder till narkotikaanvändnings inverkan på arbetsförmåga, psykiska besvär och somatiskt hälsotillstånd föreligger ingen skillnad mellan personer som slutat och övriga. Ifråga om inverkan på intervjupersonernas personlighet och utformningen av deras tillvaro finns däremot skillnader att ta fasta på. Personer som slutat är mindre negativa och ger oftare indifferenta svar än övriga intervjupersoner.[3] Detta har förmodligen sin förklaring i att många av dem som slutat har använt narkotika så kort tid att de ej kunnat iakttaga någon förändring i personlighet eller miljö på grund av narkotikamissbruket.

Som tidigare visats är det få personer som anser att narkotikan har haft en positiv inverkan på de områden som här undersökts.

Sammanfattning

Efter denna ytliga undersökning av intervjupersonernas motivation till att sluta använda narkotika och deras åsikter om narkotikans inverkan på arbetsförmåga, psykiska besvär, somatiskt hälsotillstånd, personlighet och tillvaron har det inte framkommit några skillnader mellan undersökningsgrupperna, som skulle tyda på att personer som slutat använda narkotika skulle ha andra attityder till narkotika än personer som ej slutat. Det måste således vara andra faktorer än skillnader i attityder till narkotika och motivation till att sluta som varit avgörande för att vissa personer upphört med sitt narkotikamissbruk medan andra fortsatt.

Det är känt att det är svårt att utifrån personers attityder till ett fenomen, som är accepterat i en viss grupp, förutsäga deras

[2] Se tabell 40 och 41.

[3] Personlighet: $X^2=5{,}31$ (2), $0{,}05<P<0{,}1$. Tillvaron: $X^2=8{,}09$ (1), $0{,}01<P<0{,}05$.

Tabell 68. Antal personer i de tre undersökningsgrupperna som fick olika typer av vård för att sluta med narkotikamissbruket.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Öppen psyk. vård	6	3	6	15
Sluten psyk. vård	1	4	2	7
Både öppen och sluten vård	—	3	3	6
Annat	2	3	1	6
Totalt	9	13	12	34

Tabell 69. Åsikter i grupperna slutat, ej slutat, osäkra om narkotikans inverkan på olika funktioner och tillstånd.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Arbetsförmåga				
Indifferenta	7	7	6	20
Positiva	3	7	3	13
Negativa	15	11	14	40
Totalt	25[1]	25	23	73[1]
Psykiska besvär				
Indifferenta	12[2]	7[3]	7[4]	26
Positiva	2	7	3	12
Negativa	11	10	13	34
Totalt	25[1]	24[5]	23	72[5]
Somatiskt tillstånd				
Indifferenta	16	12	9	37
Positiva	—	1	—	1
Negativa	9	12	14	35
Totalt	25[1]	25	23	73[1]
Personligheten				
Indifferenta	14	8	6	28
Positiva	5	6	6	17
Negativa	6	11	11	28
Totalt	25[1]	25	23	73[1]
Tillvaron				
Indifferenta	15	9	7	31
Positiva	3	—	2	5
Negativa	7	16	14	37
Totalt	25[1]	25	25	73[1]

[1] En person som endast tagit narkotika en gång har ej tillfrågats.
[2] En person har uppgett att han aldrig haft psykiska besvär.
[3] Fyra har uppgett att de aldrig haft psykiska besvär.
[4] Två har uppgett att de aldrig haft psykiska besvär.
[5] En ville inte besvara frågan.

beteende i detta avseende.[1] I detta fall är det alltså frågan om fenomenet narkotikamissbruk och gruppen narkotikamissbrukare. Om en narkotikamissbrukare har negativ attityd till narkotika, kan man därför inte förutsätta att han skall sluta använda narkotika.

11.11.8 Hälsotillstånd

Frågeställningen i detta avsnitt är om personer som slutat använda narkotika under uppföljningstiden skiljer sig från övriga ifråga om hälsotillståndet under denna tid, om upphörande av narkotikamissbruk åstadkommer en förändring i hälsotillståndet samt om det föreligger en skillnad i fråga om psykiskt hälsotillstånd mellan personer som slutat använda narkotika och de övriga undersökningspersonerna.

Några data om det faktiska hälsotillståndet vid intervjutillfället har, som tidigare nämnts, ej sammanställts. Här skall därför endast data från de allmänna försäkringskassorna och intervjun behandlas.

Tabell 70 och 71 visar relationerna mellan jämförelsegrupperna och sjukdomskategori samt den sammanlagda sjukskrivningstiden för tre år efter utskrivningen från Roslagstulls sjukhus.[2]

Några nämnvärda skillnader mellan jämförelsegrupperna föreligger ej vare sig i frå-

[1] Se t. ex. Allardt et al., 1967, sid. 260—261.
[2] Se avsnitt 7.4.

Tabell 70. Psykiska/somatiska sjukdomsdiagnoser under tiden 1964—1967 i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ej sjukskriven	1	1	—	2
Ej sjukskriven sedan gulsoten	—	1	2	3
End. som sjd.	13	7	5	25
End. psyk. sjd.	—	1	1	2
Både som. och psyk. sjd.	12	15	15	42
Totalt	26	25	23	74

ga om psykiska respektive somatiska sjukdomar eller sjukskrivningstid. Det finns emellertid en tendens till skillnad mellan de personer som slutat och de övriga i båda tabellerna. Fler personer i gruppen slutat har varit sjukskrivna för endast somatiska åkommor än i de två andra grupperna. Och fler personer i den förstnämnda gruppen har varit sjukskrivna kortare tid under den undersökta tidsperioden än vad som är fallet för personer som tillhör grupperna ej slutat eller osäkra.

I intervjun uppgav 49 personer att de sökt läkare för psykiska besvär under uppföljningstiden. Av dessa var det dock sju personer som sade sig ej ha kontaktat psykiater på grund av psykiska besvär utan endast för att få narkotika legalt. De flesta av dessa sju personer företedde vid intervjun påtagliga psykiska störningar, varför de i tabell 72 ej frånräknats.

Hälften av dem som slutat har sökt läkare för nervösa besvär under uppföljningstiden. I grupperna ej slutat och osäkra sammantagna är andelen tre fjärdedelar. Skillnaden mellan dem som slutat och övriga är således ganska framträdande[1] och stöder den tendens som framkom i tabell 70.

Av de personer som förts till gruppen slutat är det sex personer som slutat använda narkotika först 1967. Dock har det endast gällt mycket kort tid i början av året som missbruk i dessa fall ägt rum. Någon korrigering för dessa fall har därför inte

[1] $X^2 = 3{,}66$ (1), $0{,}05 < P < 0{,}1$.

Tabell 71. Sammanlagd sjukskrivningstid under tiden 1964—1967 i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ej sjukskriven	1	1	—	2
≤ 2 mån.	8	7	7	22
3—6 mån.	11	8	6	25
7—12 mån.	4	3	6	13
13—24 mån.	2	5	4	11
2—3 år	—	1	—	1
Totalt	26	25	23	74

Tabell 72. Antal personer som sökt läkare för psykiska besvär under uppföljningstiden i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ja	13	20	16	49
Nej	13	5	7	25
Totalt	26	25	23	74

Tabell 73. Psykiska/somatiska sjukdomsdiagnoser under tiden den 1/1—1/7 1967 i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ej sjukskriven	12	14	14	40
Endast som. sjd.	8	5	2	15
Endast psyk. sjd.	1	3	5	9
Både som. och psyk. sjd.	5	3	2	10
Totalt	26	25	23	74

gjorts i den bearbetning, vars resultat framställs i tabellerna 73 och 74 och som undersöker om jämförelsegrupperna skiljer sig åt ifråga om sjukdomstyp, somatisk eller psykisk, och sjukskrivningstid under det första halvåret 1967.

Enligt tabellerna 73 och 74 finns det inte heller någon skillnad mellan personer som slutat och personer som fortfarande använder narkotika i fråga om sjukskrivning under första halvåret 1967. Resultatet i tabell 73 och 74 kan dock tänkas ha påverkats av att det var mycket färre individer som hade arbete vid intervjutillfället i grupperna ej slutat och osäkra än i gruppen slutat. Det är troligt att personer utan arbete ej har samma benägenhet att sjukskriva sig vid sjukdom som de som har arbete. Man bör alltså vara försiktig med att tolka resultaten i dessa tabeller så att upphörande av narkotikamissbruk ej skulle ha någon inverkan på hälsotillståndet.

Att narkotikamissbruket i många fall har påverkat det psykiska hälsotillståndet i negativ riktning har verifierats dels av intervjupersonerna själva och dels vid bearbetning av sjukskrivningsdata i fråga om förekomst av psykiska sjukdomsdiagnoser före och efter narkotikamissbrukets början.[1]

Här skall materialet bearbetas för att se om undersökningsgrupperna skiljer sig åt dels i fråga om förekomst av psykiska besvär enligt uppgifter i intervjun och anteckningar i försäkringskassornas register och dels om det föreligger någon skillnad mellan grupperna vad gäller tidpunkten för uppkomsten av de psykiska besvären avseende tiden före respektive efter narkotikamissbrukets början. Slutligen skall också en jämförelse göras mellan grupperna för situationen under 1967.

Generell förekomst av psykiska besvär i de tre jämförelsegrupperna redovisas i tabell 75 och 76. Den förstnämnda gäller uppgifter om sjukskrivning på grund av psykisk sjukdom och den andra är intervjupersonernas egna uppgifter om psykiska besvär i intervjun.

Enligt försäkringskassornas register är det något fler personer i de två grupperna ej slutat och osäkra som varit psykiskt sjuka än i den grupp som slutat.[2] I tabell 76 framträder däremot inga skillnader att tala om.

Då detta undersökningsmaterial huvudsakligen består av missbrukare av central-

[1] Se tabellerna 19 och 40 samt avsnitt 7.4.

[2] $X^2=4{,}79$ (2), $0{,}05<P<0{,}1$. $X^2=3{,}63$ (1), $0{,}05<P<0{,}1$.

Tabell 74. Sammanlagd sjukskrivningstid under tiden den 1/1—1/7 1967 i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ej sjukskriven	12	14	14	40
1—7 dagar	4	2	—	6
1—4 veckor	3	3	2	8
1—2 mån.	5	3	2	10
3—4 mån.	—	2	3	5
5—6 mån.	2	1	2	5
Totalt	26	25	23	74

Tabell 75. Sjukskrivning för psykisk sjukdom i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ja	15	20	19	54
Nej	11	5	4	20
Totalt	26	25	23	74

stimulerande medel, skulle man kunna tänka sig att man i stort sett kan bortse från det fysiska beroendet som en orsak till fortsatt narkotikamissbruk. I stället kan man antaga, att psykologiska faktorer har stor betydelse för om en person lyckas sluta använda narkotika eller ej. I tabellerna 70, 72, 73, 75 och 76 har visats att någon väsentlig skillnad mellan grupperna ej föreligger i fråga om förekomst av psykiska besvär. Dessa tabeller skildrar emellertid inte om personerna hade psykiska besvär, innan de började använda narkotika. Man skulle kunna vänta sig att personer som haft psykiska besvär före narkotikamissbrukets början fortsätter att använda narkotika i större utsträckning än personer för vilka psykiska besvär ej varit en primär faktor. Vidare skulle man i konsekvens härmed tro, att personer som kommit till rätta med sitt narkotikamissbruk ej längre skulle ha psykiska besvär i samma omfattning som personer som fortfarande använder narkotika eller i synnerhet som personer vilka försöker sluta använda narkotika. Om dessa båda antaganden får stöd i detta material undersöks i tabellerna 77 och 78, vars data intervjupersonerna själva lämnat i intervjun.

Det är fler personer bland dem som slutat än bland de övriga undersökningspersonerna som haft psykiska besvär före narkotikadebuten.[1] Detta resultat skulle således strida mot antagandet att personer som haft psykiska besvär, innan de började använda narkotika, skulle ha svårare för att sluta använda narkotika än personer som ej haft dylika besvär före narkotikamissbrukets början.

I tabell 78 anges inom parentes antalet personer efter korrigering för dem som varit sjukskrivna för psykiska besvär under 1967 eller som vid intervjutillfället gick hos psykiater. Denna tabell uppvisar ett resultat som helt går i linje med antagandet att personer som slutat använda narkotika ej längre har psykiska besvär i samma omfattning som personer som ej lyckats sluta. Skillnaderna mellan grupperna är signifikanta både när man jämför de tre grupperna sinsemellan och då man jämför gruppen slutat med de två andra grupperna sammanslagna. Skillnaderna kvarstår också oförändrade då man korrigerar siffrorna efter uppgifterna om sjukskrivning för psykisk sjukdom.[2] Detta resultat skulle således strida mot det som

[1] $X^2=4{,}36$ (1) $0{,}01 < P < 0{,}05$.

[2] Sannolikheten är i samtliga fall vid X^2-prövning mindre än 1 %.

Tabell 76. Psykiska besvär i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Inga besvär	4	1[1]	2[2]	7
Besvär, ej sökt läkare	5	5	6	16
Sökt läkare, ej sjukhusvård	8	8	4	20
Vårdats på psyk. klin./ mentalsjh.	9	11	11	31
Totalt	26	25	23	74

[1] Denne person har aldrig varit sjukskriven för psykisk sjukdom. Vid intervjun gav han ett intryck av att vara psykiskt sjuk med tydliga förföljelseidéer och hallucinationer. Han erhåller narkotika legalt av psykiater.

[2] En av dessa personer har varit sjukskriven för psykisk sjukdom.

Tabell 77. Debut av psykiska besvär före eller efter narkotikamissbrukets början i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Börjat före narkotikadebuten	16	11	8	35
Börjat efter narkotikadebuten	6	13	13	32
Totalt	22	24	21	67

framkom vid undersökningen av sjukskrivningsdata för första halvåret 1967. Med beaktande av de felkällor man måste räkna med för data från allmänna försäkringskassor är det troligt att intervjupersonernas uppgifter är mer reliabla än registerdata.[1]

Sammanfattning

Det föreligger ej några skillnader mellan personer som slutat och övriga i fråga om sjukskrivning under uppföljningstiden. Om upphörandet av narkotikamissbruket åstadkommit en förändring i hälsotillståndet generellt går ej att uttala sig om. Man torde dock kunna konstatera, att det i fråga om psykiskt hälsotillstånd inträtt en förbättring för dem som slutat använda narkotika. Generellt sett föreligger dock ingen skillnad av betydelse i fråga om förekomst av psykiska besvär mellan de tre undersökningsgrupperna. Narkotikamissbruket tycks ej ha påverkat de nervösa besvären i så hög grad hos dem som slutat använda narkotika som hos övriga intervjupersoner. Detta kan bero på att de som slutat i allmänhet missbrukat narkotika i mindre omfattning och under kortare tid än de som ej slutat.

11.11.9 Alkoholbruk

Tidigare har konstaterats att ca tre fjärdedelar av undersökningsmaterialet har någon form av nykterhetsanmärkning i nykterhetsnämndsregister eller i kontrollstyrelsens straffregister. Vilken betydelse eller inverkan narkotikamissbruket haft härför kunde däremot inte fastslås vid bearbetningen av data från ovan nämnda register. Enligt intervjupersonernas egna uppgifter har två tredjedelar minskat sin alkoholkonsumtion, vilket i mer än hälften av fallen skulle ha berott på att de i stället använder narkotika.

Det antas av alkohol- och narkotikaforskare att det i stort sett är samma faktorer som disponerar för alkohol- respektive narkotikamissbruk. Detta lär emellertid i första hand gälla barbiturat- och opiatmissbrukare.[2] Några undersökningar som gäller korrelationen mellan missbruk av centralstimulantia och missbruk av alkohol är ej kända. Om man förutsätter, att missbrukare av centralstimulerande medel ej skiljer sig från andra missbrukare i fråga om disponerande faktorer, skulle man kunna antaga, att personer som ej har eller har haft alkoholproblem skulle ha lättare för att sluta använda narkotika än personer med dylika problem. Berusningsbenägenheten skulle således ej vara lika utpräglad bland dem som slutat använda narkotika som bland dem som ej slutat. Med de data som finns tillgängliga kan detta antagande endast prövas på ett ytligt sätt genom att jämföra förekomsten av nykterhetsanmärkningar i de tre undersökningsgrupperna. Då alla utom tre av dem, som förekommer i kontroll-

[1] Se reservationerna under tabellerna 73 och 74.
[2] Kolb, 1962, sid. 43. Retterstöl, 1967, sid. 79.

Tabell 78. Läkarbesök under 1967 för psykiska besvär i relation till undersökningsgrupp.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Sökt 1967	5	13 (16)	12 (13)	30 (34)
Ej sökt 1967	12	6 (5)	3	21 (20)
Totalt	17	19 (21)	15 (16)	51 (54)

Tabell 79. Nykterhetsnämndskontakter i de tre undersökningsgrupperna.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ej känd i Nn	5	9	6	20
Känd av Nn	14	3	9	26
Undersökning	1	7	7	15
Åtgärder	6	6	1	13
Totalt	26	25	23	74

styrelsens straffregister, också förekommer i något nykterhetsnämndsregister, har det ansetts tillfyllest att jämföra undersökningsgrupperna vad gäller kontakter med nykterhetsnämnd.

Något stöd för ovannämnda antagande, att personer som inte har haft alkoholproblem skulle ha slutat i större utsträckning än personer med alkoholproblem ger inte tabell 79. Det är tvärtom något fler bland dem som ej slutat som ej är kända av någon nykterhetsnämnd. Samtliga dessa nio personer är, som tidigare nämnts, opiatmissbrukare.[1]

Då det ej föreligger någon direkt skillnad i fråga om förekomsten av nykterhetsnämndsåtgärder eller -anteckningar mellan dem som slutat och övriga intervjupersoner, skulle man kunna antaga, att personer som slutat använda narkotika i stället börjat använda mer alkohol. Detta skall undersökas dels genom förekomst av anteckningar i nykterhetsnämndsregister och kontrollstyrelsens straffregister under första halvåret 1967[2] och dels genom intervjusvaren vad gäller alkoholvanor och deras eventuella förändring.

I fråga om nykterhetsanmärkningar finns ej heller för den sista tiden någon skillnad mellan grupperna.

Tabellerna 81 och 82 visar ett mera frekvent respektive ökat alkoholbruk bland de personer som slutat använda narkotika än bland övriga undersökningspersoner[3]. Fler personer bland dem som ej slutat med narkotika än bland övriga använder ej alkohol[4].

Sammanfattning

Efter denna summariska undersökning av de tre undersökningsgruppernas alkoholsituation kan konstateras att några skillnader ej föreligger mellan personer som slutat använda narkotika och övriga i fråga om nykterhetsanmärkningar, vare sig generellt eller sista tiden. Enligt intervjupersonernas egna uppgifter om sina alkoholvanor föreligger det emellertid ett negativt samband mellan alkohol- och narkotikabruk. Upphörande av narkotikamissbruk skulle medföra ökat alkoholbruk enligt denna bearbetning.

Det nämnda antagandet, att personer som lyckats sluta med narkotika skulle vara mindre berusningsbenägna än narkotika-

[1] Se tabell 51.

[2] Angående invändningar mot valet av tidsperiod se avsnitt 8 »Hälsotillstånd»

[3] Tabell 81: $X^2=11{,}79$ (6), $0{,}05<P<0{,}1$. $X^2=8{,}62$ (3), $0{,}01<P<0{,}05$.
Tabell 82: $X^2=10{,}87$ (2), $0{,}001<P<0{,}01$. $X^2=12{,}00$ (4) $0{,}01<P<0{,}05$.

[4] Fischers sannol.$=0{,}0250<0{,}05$ (5 %).

Tabell 80. Förekomst av nykterhetsanmärkningar under tiden den 1/1—1/7 1967 i de tre undersökningsgrupperna.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Anteckn. 1967	4	2	2	8
Ej anteckn. 1967	22	23	21	66
Totalt	26	25	23	74

Tabell 81. Alkoholbruksfrekvens i de tre undersökningsgrupperna.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Använder ej	—	6	2	8
≤ 1 g/mån.	6	9	8	23
2—4 ggr/mån.	13	8	10	31
> 1 g/veckan	7	2	3	12
Totalt	26	25	23	74

missbrukare som ej slutat, finner inte stöd i detta material.

11.11.10 Kriminalitet

Bearbetningen av registerdata i DEL I visade att nästan samtliga individer i undersökningsmaterialet var registrerade för kriminella handlingar. Generellt kan man därför antaga att majoriteten i de tre undersökningsgrupperna har klassats som kriminella.

Det gick ej att fastställa huruvida det i allmänhet var kriminaliteten som föregått narkotikamissbruket eller tvärtom. Man kan ej heller uttala sig om huruvida någon annan typ av samband föreligger mellan de två fenomenen, utan endast att undersökningspersonerna uppvisat båda typerna av beteenden. Med ledning av de tidigare presenterade resultaten kan man således inte utforma några hypoteser om eventuella skillnader mellan undersökningsgrupperna i fråga om kriminalitetsregistreringar.

Här nedan jämförs grupperna dels i fråga om förekomst av kriminalitetsregistreringar generellt och dels för 1967. Det sistnämnda för att se om upphörandet av narkotikamissbruket har medfört nedgång i kriminaliteten. På ett ofullständigt och indirekt sätt prövas därmed narkotikamissbrukets inverkan på kriminaliteten.

Det föreligger enligt tabell 83 inte någon skillnad mellan undersökningsgrupperna i fråga om antalet personer som klassats som kriminella. Det finns dock färre personer i kriminalregistret bland dem som slutat använda narkotika än i de två andra grupperna[1]. De personer som slutat använda narkotika är således mindre kriminellt belastade än de övriga..

Det framgår av tabell 84 att personer som slutat använda narkotika har blivit mindre registrerade för brottslighet under 1967 än övriga undersökningspersoner[2]. Teorin om att kriminalitet är en av narkotikamissbrukets konsekvenser får således stöd i detta resultat. Då man slutat med narkotika har man i allmänhet slutat att begå kriminella handlingar. Som nämndes i avsnitt 7.1.4 i DEL I bör man emellertid vara ytterst försiktig med att dra några kausala slutsatser av dessa resultat. Bakomliggande eller mellankommande variabler har ej kontrollerats.

Vid undersökning av kriminalitetsanmärkningar före respektive efter narkotikadebuten framkom inga skillnader mellan grupperna.

[1] Fischers sannolikhet = 0,042 < 0,05 (5 %).
[2] $X^2 = 6{,}29$ (1), $0{,}01 < P < 0{,}05$.

Tabell 82. Alkoholvanornas förändring i de tre undersökningsgrupperna.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Oförändrat	3	5[1]	7	15[1]
Minskat	15	18	16	49
Ökat	8	2	—	10
Totalt	26	25	23	74

[1] Varav två aldrig använt alkohol.

Tabell 83. Kriminalitet i de tre grupperna slutat, ej slutat, osäkra.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ingen krim.	3	1	1	5
End. polisreg.	1	2	1	4
Åtgärd av bvn enl. §§ 22/25	4	—	1	5
Krim.reg.	18	22	20	60
Antal domar				
Ingen dom	8	3	3	14
1—2 domar	10	8	8	26
3—4 domar	4	6	6	16
5 el. fler domar	4	8	6	18
Påföljdstyper				
Inget straff	8	3	3	14
Kriminalvård i frihet/ssk vård	5	9	5	19
Frihetsstraff	13	13	15	41
Totalt	26	25	23	74

Sammanfattning

Denna ytliga jämförelse mellan registrerad brottslighet hos de personer som slutat använda narkotika och övriga intervjupersoner har visat att det förmodligen inte funnits någon skillnad mellan grupperna från början. Det är dock färre personer bland dem som slutat som förekommer i kriminalregister än bland de andra undersökningspersonerna. Upphörandet av narkotikamissbruket har medfört en minskning i kriminalitetsregistreringen.

11.12 *Efterundersökning i mars 1969*

I mars 1969 företogs en summarisk efterundersökning för att pröva validiteten i undersökningsresultaten vad gäller fördelningen på grupperna "slutat", "ej slutat" och "osäkra". Kriterierna för denna klassificering var, som tidigare nämnts, ej valda utifrån någon speciell teori eller med stöd av tidigare empiriska undersökningar.

Då intervjuundersökningen pågick under tiden den 4/9 1967–1/2 1968, varierade uppföljningstiden vid denna efterundersökning från 13 till 18 månader.

Upplysningar om intervjupersonernas narkotikasituation införskaffades på följande sätt:

	Antal personer
Telefonkontakt	29
Personligt sammanträffande	6
Telefonkontakt med anhöriga	7
Telefonkontakt med myndigheter	14
Intervjuundersökningen av f. d. »legala» narkotikamissbrukare[1]	12
Uppgift saknas	6
Totalt	74

[1] Jakob Lindberg: SOU 1969: 53.

Tabell 84. Anteckningar i kriminalregistret eller kriminalpolisens i Stockholm register under 1967 i relation till undersökningsgrupp[1].

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Ej i ngt reg.	19	10	9	38
End. i pol. reg.	3	3	4	10
End. krim.reg.	4	2	6	12
Båda reg.	—	10	4	14
Totalt	26	25	23	74

[1] För polisregistret finns dock bara anteckningar till den 1/10 1967.

Tabell 85. Fördelningen på de tre grupperna »slutat», »ej slutat», »osäkra» vid intervjutillfället och i mars 1969.

Mars 1969	Intervjutillfället			
	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Totalt
Slutat	21	—	10	31
Ej slutat	1	18	5	24
Osäkra	1	4	6	11
Totalt	23	22	21	66

Undersökningspersonerna indelades i grupperna "slutat", "ej slutat", och "osäkra" efter samma kriterier som användes vid intervjuundersökningen.[1] Dock har samtliga personer som i mars 1969 vistades på anstalt bedömts som "ej slutat" om de knarkat före intagningen eller under permission vid något tillfälle sedan intervjun gjordes. Fem personer har på detta sätt klassats som "ej slutat" på grund av att det ej är känt om de använder narkotika på anstalten eller hur lång tid som förflutit sedan de använde narkotika. I ett fall antog en skyddskonsulent att en person ej använt narkotika vare sig under anstaltstiden eller efter frigivningen. Denne person har bedömts som "osäker", då han varit frigiven endast en kort tid.

I tabell 85 har undersökningsresultaten vid intervjuundersökningen och vid efterundersökningen satts i relation till varandra.

Bortfallet, sex personer, fördelar sig lika på de tre grupperna vid intervjutillfället. En person hade avlidit genom olyckshändelse och en vårdas sedan ett år på sjukhus efter en bilolycka. Den förstnämnde hade 1967 klassificerats som »slutat» och den andre personen som »ej slutat». Det totala antalet för vilket jämförelse kan göras vid de två undersökningstillfällena är således 66. På grund av vad tabellen i övrigt visar finns det ingen anledning att antaga att detta bortfall snedvrider resultatet, åtminstone inte i positiv riktning. Det föreligger ett högst signifikant samband mellan fördelningen på grupperna »slutat» och »ej slutat» vid de två undersökningstillfällena.[2] I den »osäkra» gruppen har dock en icke oväsentlig förändring skett. Denna grupp visar en positiv utveckling. Tio av dessa personer, nästan hälften, har vid efterundersökningen 1969 slutat använda narkotika, medan fem bedömts som »ej slutat». Sex är fortfarande »osäkra».

Kriterierna har således visat sig vara användbara och resultaten hållbara. Med hänsyn till den positiva utvecklingen för de personer som bedömts som »osäkra» vid intervjutillfället skulle man eventuellt kunna säga att kriterierna på »slutat» varit

[1] Se 1 »Materialets indelning i grupper»
[2] $X^2=43{,}76$ (4), $P<0{,}001$.

Tabell 86. Undersökningsgrupperna vid efterundersökningen 1969 i relation till preparattyp och narkotikamissbrukets svårighetsgrad.

	Slutat	Ej slutat	Osäkra	Uppgift saknas	Totalt
Preparattyp					
Opiater	2	6	4	1	13
CS	27	17	6	7	57
Lugn./sömn.	1	—	1	—	2
Cannabis	1	1	—	—	2
Svårighetsgrad					
Begränsat missbruk	10	1	1	2	14
Omfattande missbruk	9	5	1	—	15
Gravt missbruk	12	18	9	6	45
Totalt	31	24	11	8	74

onödigt stränga. Med tanke på de bristfälliga kunskaperna och därmed undersökningsmetoderna på detta område skulle dock resultaten bli alltför otillförlitliga, om man vid undersökningar av det här slaget endast använde kategorierna »slutat» och »ej slutat».

Tidigare har visats att det främst var personer som missbrukat centralstimulerande medel, oftast i begränsad omfattning, som slutat använda narkotika. Inte någon av dem som främst missbrukat opiater hade klassats som »slutat». I tabell 86 sätts de nu erhållna grupperna i relation till preparattyp och narkotikamissbrukets svårighetsgrad på samma sätt som i tabell 63.

Två opiatmissbrukare som 1967 bedömdes som osäkra har 1969 helt upphört med att använda narkotika. I båda fallen har sammanträffanden ägt rum med både intervjupersonerna och anhöriga. Nästan hälften av personerna som främst använt centralstimulantia, 27 av 57, eller två fler än 1967, har nu slutat använda narkotika. Samtliga 14 personer som 1967 bedömdes ha använt narkotika i begränsad[1] omfattning klassades då som »slutat». Denna grupp har 1969 minskats till 10. För en saknas uppgift och en har avlidit. 21 personer, mot 12 1967, med omfattande[1] eller gravt[1] missbruk har nu slutat använda narkotika. Mer än en fjärdedel av dem som klassats som grava missbrukare har nu bedömts som »slutat».

11.12.1 Sammanfattning

Denna efterundersökning har således visat att de använda kriterierna för »slutat använda narkotika» är brukbara då man skall bedöma om en person slutat missbruka narkotika. Det främsta resultatet är dock, efter konstaterandet av undersökningsresultatens validitet, att man kan fastställa att 26 personer, *35 % av 74,* hade slutat använda narkotika efter en uppföljningstid av i genomsnitt 3–3½ år och att 31 personer, *47 % av 66,* hade slutat efter 4½–5 års uppföljningstid. För personer som främst missbrukat centralstimulerande medel är motsvarande procenttal 44 respektive 47 (n = 57).

11.13 *Sammanfattning av undersökningen och dess resultat*

Denna undersökning bör betraktas som en pilotstudie av hur narkotikamissbruk förlöper under en viss tidsperiod och hur det påverkar den sociala situationen i olika avseenden.

Valet av undersökningsvariabler och -metod får alltså betraktas som försöksmässiga.

Undersökningsmaterialet består av 74 personer som 1964 vårdades på Roslagstulls sjukhus för gulsot, som de ådragit sig genom injicering av narkotika. På grund av det sätt på vilket materialet valts ut kan inga generaliseringar göras utifrån de erhållna resultaten angående narkotikamissbrukare i allmänhet eller någon viss delpopulation av dem. De samband mellan olika variabler och narkotikamissbruket som presenteras får ej tolkas kausalt.

Av speciellt två olika skäl är det svårt att jämföra resultaten i denna undersökning med vad som framkommit vid andra uppföljningsundersökningar av narkotikamissbrukare. För det första har utgångspunkten vid denna undersökning varit en annan än vad som brukar vara fallet vid efterundersökningar av narkotikamissbrukare. Efter vad som kunnat utrönas av genomgången litteratur på området har de uppföljningsundersökningar som gjorts gällt personer som varit intagna eller på annat sätt vårdats på olika slag av institutioner för avvänjning. Det har då varit fråga om att undersöka återfallsfrekvens i olika material efter olika långa uppföljningstider. För det andra har de återfallsundersökningar som gjorts genomgående behandlat opiat- eller barbituratmissbrukare.[2] Detta material består främst av missbrukare av centralstimulerande medel.

[1] Angående kriterierna för fastställande av svårighetsgraden se avsnitt 5.3 i Del I

[2] På Ulleråkers sjukhus i Uppsala har dock en återfallsundersökning av amfetaminister gjorts. Se Läkartidningen 66 (1969): 13, sid. 1328—1334.

11.13.1 Undersökningsresultaten

Narkotikamissbruket

Efter en uppföljningstid av i genomsnitt 3½ år hade 26 personer, 35 %, slutat använda narkotika; 25 personer, 34 %, använde fortfarande narkotika och 23 personer, 31 %, gick ej att hänföra till vare sig gruppen »slutat» eller »ej slutat» och bedömdes därför som »osäkra».

Dessa resultat kontrollerades i mars 1969. Då bedömdes 31 personer, 47 %, ha slutat; 24 personer, 36 %, hade ej slutat och 18 personer, 17 %, var »osäkra». (1969 är n = 66.)

Det framgår av nedanstående sammanställning att materialet huvudsakligen består av personer som i stor omfattning missbrukat centralstimulerande medel intravenöst.

	Antal	Procent
Huvudpreparat		
Opiater	13	18
Preludin	53	72
Ritalina	4	5
Lugnande/sömnmedel	2	3
Cannabis	2	3
Vanligaste intagningssättet		
Intravenös injektion	64	86
Oralt	8	11
Rökning	2	3
Svårighetsgrad		
Begränsat missbruk	14	19
Omfattande missbruk	15	20
Gravt missbruk	45	61
Totalt	74 personer	

Vid intervjutillfället hade 25 personer, 44 %, av missbrukarna av centralstimulerande medel slutat använda narkotika. Samtliga 14, vars missbruk bedömts som begränsat, 6 med omfattande missbruk och 6 med gravt missbruk hade upphört med sitt narkotikamissbruk. Inte någon opiatmissbrukare hade slutat. I mars 1969 hade 27 personer som hade centralstimulantia som huvudpreparat slutat (54 % av 50 för vilka uppgift fanns, 47 % av samtliga 57). Av opiatmissbrukarna hade två slutat vid detta tillfälle. 12 grava missbrukare hade nu slutat.

Demografisk och social bakgrund

Kön: 62 män, 12 kvinnor
Ålder: 20–42 år, medelålder: 27,5 år, medianålder: 27 år, ¾ under 30 år.
Civilstånd: Oproportionerligt stor andel ogifta och frånskilda.
Utbildningsnivån var hög.
Alla utom sex var bosatta i Stor-Stockholm vid intervjutillfället.
Det är färre ensamstående personer bland dem som slutat än i de två andra grupperna. För övrigt föreligger inga säkerställda skillnader mellan grupperna.

Social situation

Huvudparten av undersökningspersonerna hade ordnade bostadsförhållanden, medan deras arbets- och ekonomiska situation var otillfredsställande, då man ser på gruppen som helhet. 32 personer, 43 %, saknade arbete eller sysselsättning. Av dessa vistades 13 personer på mentalsjukhus eller fångvårdsanstalt. 27 personer, 36 %, hade uppburit socialhjälp under 1967.

Narkotikamissbruket har haft ett negativt inflytande på intervjupersonernas arbets- och ekonomiska förhållanden.

Vad gäller aktuella arbetsförhållanden förelåg det en klar skillnad mellan personer som slutat och övriga. Av dem som slutat var det endast tre personer som saknade sysselsättning vid intervjutillfället.

Sociala kontakter

Undersökningspersonerna är ej socialt isolerade från familj eller vänskapsgrupper.

Avvikande beteende är vanligt i undersökningspersonernas primärgrupper. Endast i ett fåtal fall rörde det sig om enbart narkotikamissbruk.

Det föreligger klara skillnader mellan personer som slutat använda narkotika och övriga i fråga om förekomst av narkotikamissbrukande samlevnadspartner och vänner. De personer som slutat har också färre vänner med andra former av avvikande beteende.

Alkoholsituation

56 personer, 76 %, har någon nykterhetsanmärkning. 13 personer, 18 %, har varit föremål för åtgärd av nykterhetsnämnd.

Något uttalande om inbördes påverkan mellan alkohol- och narkotikabruket går ej att göra, då undersökningsresultaten ej är entydiga.

Hälsotillstånd

67 personer, 91 %, anser sig ha haft psykiska besvär. 31, 42 %, har vårdats på psykiatrisk klinik eller mentalsjukhus.

Både det somatiska och psykiska hälsotillståndet har försämrats sedan narkotikamissbruket börjat.

Generellt har det inte framkommit några skillnader av betydelse mellan personer som slutat använda narkotika och övriga i fråga om sjukskrivningsdata under uppföljningstiden eller förekomst av psykiska besvär.

Hälften av dem som slutat har sökt läkare för nervösa besvär under uppföljningstiden. Motsvarande andel för de övriga är tre fjärdedelar. Då det gäller psykiska besvär har en klar förbättring inträtt för dem som slutat med narkotikan.

Vanor i anslutning till narkotika

72 % fick kontakt med narkotikan genom kamrater. Under sista eller senaste tiden skaffades narkotikan i allmänhet genom langare. Knappt en femtedel höll till i knarkarkvartar, då de tog narkotikan. Andelen var ännu mindre i början av missbrukstiden. Efter en tids narkotikamissbruk var det vanligt att man intog narkotika ensam eller tillsammans med ett fåtal personer i den egna bostaden.

Attityder till narkotika

Det är betydligt vanligare med en negativ än en positiv attityd till narkotika hos dessa undersökningspersoner.

Alla utom åtta personer ville sluta använda narkotika. 34 personer, 46 %, hade vid något tillfälle sökt hjälp för att sluta med sitt narkotikamissbruk; ungefär en tredjedel av dem som slutat och hälften i de två andra grupperna. Endast en i gruppen »slutat» hade därvid blivit föremål för sluten psykiatrisk vård medan 12 bland de övriga hade erhållit sådan vård.

Några attitydskillnader i fråga om narkotika mellan dem som slutat och övriga har ej framkommit.

Kriminalitet

69 personer, 93 %, är registrerade för brottslighet i kriminalregistret, kriminalpolisens i Stockholm register eller barnavårdsnämndsregister. 60 personer, 81 %, finns i kriminalregistret.

Med undantag av att det är något färre personer som förekommer i kriminalregistret bland dem som slutat än bland övriga föreligger ingen skillnad mellan grupperna i fråga om kriminalitetsregistrering, vare sig före eller efter narkotikamissbrukets början. Sedan narkotikamissbruket upphört framträder dock en minskning i den registrerade kriminaliteten.

11.14 *Kommentar till undersökningsresultaten*

Den allmänna uppfattningen »en gång narkotikamissbrukare, alltid narkotikamissbrukare» har vederlagts genom de resultat som framkommit i denna undersökning.

Förkortningar

BrB = Brottsbalken
Bvl = barnavårdslagen
Bvn = barnavårdsnämnd
CS = centralstimulerande
Inj = injektion
IV = intravenös injektion
IP = intervjuperson
Mot. = motivation
Nn = nykterhetsnämnd
P = preludin
Rita = ritalina
Soc.hj. = socialhjälp

Litteraturförteckning

Agell, B-O., Lundbergh, P., Svanbom, M.: Hepatit hos narkotikamissbrukare – *Nordisk Medicin* (1965): 74: 672

Alskne, Lieberman, Brill: A Conceptual Model of the Life Cycle of Addiction – *The International Journal of The Addiction* 2 (1967): 2. Pp. 22–240.

Allardt, E, Littunen, Y.: *Sociologi, 4: e* uppl., Almqvist & Wiksell, Stockholm 1967. Sid. 260–262.

Allmän Försäkring 1966, Sveriges officiella statistik, Riksförsäkringsverket, Stockholm, 1968.

Brill, Leon: Drug Abuse as a Social Problem – *The International Journal of The Addictions* 1 (1966): 2. Pp. 7–21.

Carlsson, Gösta: Samhällsklasser och Social rörlighet – Dahlström, Edmund (red.): *Svensk samhällsstruktur i sociologisk belysning,* Svenska bokförlaget, Norstedts, Stockholm 1959. Sid. 367–396.

Chein, Isidor: Narcotics Use Among Juvenils–O'Donnell, Ball (ed.): *Narcotic Addictions,* Harper and Row, New York 1966, Pp. 123–141.

Chein, Gerard, Lee, Rosenfeld: *Narcotics, Delinquency and Social Policy* (The road to H), Basic Books, London 1964. Pp. 1–250.

Daniel, Wilner, Gene, Kassebaum (ed): *Narcotics,* Mc Graw-Hill Book Company, New York 1965.

Finestone, Harold: Narcotics and Criminality, –O'Donnell, Ball (ed.): *Narcotic Addiction,* Harper and Row, New York 1966. Pp. 141–164.

Forsström, Karl-Erik: *Brottslighet i siffror,* Aldus/Bonnier, Stockholm 1965. (Aldusböckerna, A 146).

Frej, Gunborg: *Case-finding survey angående narkotikamissbrukare kända av olika myndigheter i Stor-Stockholm under tiden 1 juli–31 december 1967,* Stockholm 1969, i utredningsdelen till narkomanvårdskommitténs betänkande, SOU 1969: 53.

Inghe, Gunnar: Den aktuella narkotikasituationen – *Läkartidningen* 64 (1967): 41. Sid. 4 052–4 055.

Kolb, Lawrence: *Drug Addiction,* Thomas Books, Springfield 1962.

Lindesmith, Alfred R.: Basic Problems in the Social Psychology of Addiction and a Theory–O'Donnell, Ball (ed.): *Narcotics Addiction,* Harper and Row, New York 1966. Pp. 91–109.

Mills, James: The World of Needle Park–O'Donnell, Ball (ed.): *Narcotic Addiction,* Harper and Row, New York 1966. Pp 17–23.

O'Donnell, Besteman, Jones: Mariatal History of Narcotics Addicts–*The International Journal of The Addictions* 2 (1967): 1. Pp. 21–38.

O'Donnell, John A.,: The relapse rate in narcotic addiction: A critique of follow-up studies–Daniel M. et al.: *Narcotics,* Mc Graw-Hill, New York 1965. Pp 226–246.

O'Donnell, Ball (ed.): *Narcotic Addiction,* Harper and Row, New York 1966. Pp. 1–16.

Partridge, Maurice: Drug Addiction–a brief review-*The International Journal of The Addictions* 2 (1967): 2. Pp. 207–230.

Retterstöl, Nils: *Medikament Misbruk,* Universitetsforlaget, Kristiansand 1967.

Schasre, Robert: Cessation Patterns among Neophyte Heroin Users–*The International Journal of The Addictions* 1 (1966): 2. Pp 23–32.

Scher, Jordan: Patterns and Profiles of Addiction and Drug Abuse–*The International Journal of The Addictions* 2 (1967): 2. Pp 171–190.

Socialvården 1965, Sveriges officiella statistik, Statistiska Centralbyrån, Stockholm 1967.

Statistisk Årsbok för Stockholms stad 1967, Stockholms stads statistiska kontor, Stockholm 1967.

Stockholms stads socialnämnds verksamhet 1966, Stockholms stads socialnämnd och Stockholms stads statistiska kontor, Stockholm 1968.

12 De «legala« narkomanerna

En studie av dr S. E. Åhströms patientgrupp

Jakob Lindberg

12.1 *Inledning*

12.1.1 Bakgrund

Från april 1965 till maj 1967 pågick dr S.-E. Åhströms s. k. legala förskrivning av narkotika till narkomaner. Antalet patienter växte från ett 10-tal på försommaren 1965 till närmare 100 i januari 1967. Flertalet av de patienter som var aktuella när Åhströms verksamhet upphörde, fördes då över till den s. k. specialpolikliniken (ledd av docent A. Bergsman och dr G. Järpe) där den legala förskrivningen fortsatte, fast nu enligt ett system med fallande doser. Patientantalet vid specialpolikliniken minskades successivt och verksamheten där avbröts helt den 1 juni 1968. Försöken med receptförskrivning till narkomaner av andra narkotiska preparat än morfingruppens hade därmed i princip upphört.[1]

12.1.2 Den socialmedicinska studien

Hösten 1966 fick socialmedicinska institutionen av narkomanvårdskommittén uppdraget att utföra en undersökning av Åhströms patienter. Ett antal av dessa intervjuades under november-december 1966 genom institutionens försorg. Undersökningsinstrumentet var ett vid socialmedicinska institutionen utarbetat frågeformulär, som dessförinnan bl. a. hade använts vid en undersökning (hösten 1966) av en slumpmässigt utvald grupp stockholmsungdomar och som senare har begagnats vid undersökningar av arrestanter hos Stockholmspolisen och narkotikabrukande barnavårdsnämndsfall i Stockholm.

Våren och sommaren 1967 låg arbetet nere och återupptogs, av författaren till denna rapport, hösten 1967. Under sommaren 1967 och vintern/våren 1968 kompletterades intervjumaterialet. Samtidigt insamlades registeruppgifter, som senare i flera omgångar har kompletterats.

12.1.3 Syfte

Denna undersökning kommer inte att kunna redovisa data om *effekter* av den åhströmska verksamheten, än mindre om effekter av »legalförskrivning» i allmänhet. Det sammanhänger med:

1. Verksamheten var inte upplagd så, att några effektmätningar möjliggjordes, och den skulle knappast heller ha kunnat läggas upp så. Sådana förändringar som inträffade inom gruppen under den tid som den var Åhströms patientgrupp *kan* sammanhänga med förskrivningen, men behöver inte ha gjort det. Förändringarna skulle kanske ha

[1] Den 1 juli 1968 infördes bestämmelsen, att amfetamin m. fl. centralstimulerande läkemedel endast fick utlämnas från apotek efter särskilt tillstånd (s. k. licens), utfärdat av socialstyrelsen i varje särskilt fall. Socialstyrelsen informerade samtidigt landets läkare, att sådan licens i princip inte skulle komma att beviljas för »indikationen narkomani».

inträffat, även om undersökningspersonerna inte hade fått narkotika på recept under den aktuella perioden. De kan »bero» på förändringar i andra variabler än den tänkta orsaksvariabeln (= »legalförskrivningen»). Möjligheten att uttala sig om effekter av den åhströmska förskrivningen av narkotikarecept till narkomaner hade varit större, om man även hade undersökt en *kontrollgrupp* av narkomaner, vilka inte hade fått sådana recept. Eftersom kontrollgruppen borde ha varit någorlunda lik Åhströms patientgrupp i fråga om i varje fall sådana faktorer, som i särskilt hög grad kunde antagas ha påverkat effektvariablerna – ålder, kön, missbruksperioder, preparattyper, tidigare asocialitet, m. m. – skulle förmodligen bara urvalet av individer till en sådan kontrollgrupp ha mött nästan oöverkomliga svårigheter.

2. Även om effekter av den åhströmska verksamheten hade kunnat mätas, skulle några *generella* slutsatser om effekter av »legal förskrivning» ändå inte kunna dras, av två skäl:

a. Åhström tillämpade en speciell variant av sådan förskrivning (»liberal förskrivning», vilken bl. a. innebar att patienterna själva i princip bestämde dosernas omfattning);[1]

b. Det finns starka skäl till förmodandet att den åhströmska patientgruppen i mycket liten utsträckning var representativ för hela populationen intravenösa narkotikamissbrukare.[2]

Undersökningens syfte är därför främst deskriptivt:

a. *Hur många* var Åhströms patienter (totalt och vid skilda tidpunkter)? Under *hur långa tidsperioder* fick de narkotika på recept av Åhström?

b. *En beskrivning av Åhströms patientgrupp* (sociala bakgrundsvariabler, socialiseringsfaktorer, missbruksperioder, preparattyper, m. m.; andra sociala avvikelser än narkomani inom gruppen: tidigare eller aktuellt alkoholmissbruk, kriminalitet, prostitution, m. m.). Vid denna beskrivning av undersökningsgruppen har åtskilliga jämförelser gjorts med resultaten från ett par av de nämnda intervjuundersökningarna med samma frågeformulär, nämligen

1. Undersökningen av drygt 200 manliga intravenösa narkotikamissbrukare, som intervjuades sommaren 1967 i polisens arrestlokaler i Stockholm. Detta material kallas i det följande arrestantgruppen *(ARR)*.[3]

2. Undersökningen av 1 297 slumpmässigt utvalda Stockholmsungdomar (663 män) i åldern 16–25 år. Detta är alltså ett normalmaterial, som kommer att kallas kontrollmaterialet (*kontroll*); jämförelser mellan Åhströms patientgrupp och kontrollgruppen försvåras av att åldersfördelningen i de båda materialen är helt olika (jfr s. 351). Men vissa mer drastiska skillnader – som inte kan bero på denna olikhet i åldersfördelning – samt några oväntade likheter mellan grupperna har ansetts vara av intresse att redovisa.

c. Utöver dessa rent deskriptiva avsnitt har vi – trots omöjligheten att här fastställa orsakssamband och de stora metodologiska svårigheterna att konstatera även statistisk samvariation – försökt att utröna tidssamband mellan Åhströms förskrivning och vissa registervariabler: ökade eller minskade t. ex. kriminaliteten inom gruppen under »legaltiden»? Varken detta avsnitt i undersökningen eller det, där skillnader i (registrerad) asocialitet före respektive efter narkotikadebuten redovisas, får alltså tolkas som påståenden om kausalitet. De motiveras av de många motstridiga utsagor om verkligheten som på detta område har förekommit i debatten, där man bl. a. har hävdat, att Åhströms patienter kriminaliserades av sin narkomani och att narkomanin tvärtom var en följd av asocialiteten; att legalförskrivningen medförde en förbättrad social anpassning inom gruppen och att det förhöll sig tvärtom. En sambandsanalys av det slag som här har utförts, kan inte visa

[1] SOU 1967: 25, s. 254.

[2] Åhströms patienter var, med mycket få undantag, intravenösa missbrukare. Jmf nedan, s. 363.

[3] I arrestantundersökningen intervjuades även ungefär lika många icke-missbrukande arrestanter. Jämförelser med denna grupp skall inte utföras här.

vilken av dessa uppfattningar som är riktig; men den kan i bästa fall visa, i vilken utsträckning någon av uppfattningarna *kan* vara riktig.

d. Slutligen redovisas också vissa uppgifter rörande utvecklingen inom gruppen sedan »legalförskrivningen» bröts. För att få åtminstone någon uppfattning om detta, genomfördes under februari 1969 en efterundersökning av Åhströms tidigare patienter, byggd på (nya) intervju- och registerdata. Här har vi bland annat tagit upp frågan hur många inom gruppen som avled och hur många som slutade att använda narkotika under undersökningsperioden.

12.2 *Urval, bortfall*

Det går inte att invändningsfritt fastställa vilka som var Åhströms patienter under den aktuella perioden. Det sammanhänger både med att någon fullständig patientförteckning inte upprättades under verksamhetens gång, och med att det är oklart vad som här skall menas med »patient». Enligt en uppfattning bör endast personer som dels fick narkotikarecept av Åhström, dels var medlemmar i patientföreningen räknas som patienter.[1] Någon komplett lista över medlemmar i patientföreningen föreligger emellertid inte.

Det har därför ansetts rimligast att utgå från en namnförteckning, grundad på de narkotikarecept som Åhström förskrev under perioden april 1965–april 1967. Denna förteckning upptar 156 namn. Av dessa har 35 individer, som fick narkotikarecept under endast en eller två månader uteslutits. Skälen härför är två:

(1) För praktiskt taget samtliga gäller att Åhström ej räknar dem som sina patienter inom den s. k. försöksverksamheten;

(2) Även bortsett härifrån förefaller det rimligt att inte föra individer vilka bara fick något eller ett par enstaka recept till gruppen »legala narkomaner».

En ytterligare komplikation utgörs av de s. k. satellitpatienterna. Dessa var personer, som fick narkotika *via* någon »officiell» patient.[2] Ibland kunde »satelliterna» så småningom bli officiella patienter, men de som aldrig fick recept i eget namn har inte kommit med i undersökningen. Det finns knappast några andra skäl att utesluta satelliterna än att man inte vet och inte lär ha någon möjlighet att få veta vilka de var.

Undersökningen omfattar sålunda de 121 personer, vilka i eget namn fick narkotikarecept av Åhström under sammanlagt minst tre månader under perioden april 1965–april 1967.[3] En av de 121 – en utlänning som av allt att döma bara vistades i Sverige under några korta perioder 1965–66 – har utgått från flertalet beräkningar.[4]

För de 120 har registerdata av olika slag samlats in.

88 av undersökningspersonerna har dess-

[1] Till denna uppfattning ansluter sig Åhström själv. Jmf not 3. – Om patientföreningen, se Åhströms redogörelse för verksamheten i bilaga till narkomanvårdskommitténs första betänkande, SOU 1967: 25, s. 253 ff.

[2] SOU 1967: 25, s. 255.

[3] Receptförteckningen har upprättats på grundval av de av dåvarande medicinalstyrelsen infordrade recepten. Som »narkotikarecept» räknades recept på preparat, vilka är upptagna i särskilda förteckningar till narkotikaförordningen. Det finns, enligt uppgifter från socialstyrelsens apoteksbyrå, skäl att tro att praktiskt taget samtliga recept av detta slag, expedierade av apotek i Stockholm, insamlats. Ett visst begränsat bortfall av recept, expedierade av apotek utanför Stockholm, kan dock ha förekommit. Det är, med hänsyn till de kontroller som gjorts, inte troligt att detta medfört något bortfall av *individer*. – Receptförteckningen, som upprättats av N. Bejerot i samarbete med åklagarmyndigheten i Stockholm, har på några oklara punkter kontrollerats mot receptlistor, vilka utarbetats vid socialstyrelsens apoteksbyrå. Förteckningen har vidare underställts Åhström för granskning. Enligt ett brev från Åhström till förf. borde 11 av de 121 undersökningspersonerna ha uteslutits. Motiveringen härför är, enligt Åhström, att de 11 ej ingick i »den organiserade försöksverksamheten, vilket fr. o. m. att patientföreningen bildades vårvintern -66 innebar medlemsskap i patientföreningen«. Fem av de 11 betecknar Åhström som alkoholister och inte narkomaner. Åhström accepterar alltså inte helt, men huvudsakligen, den företagna avgränsningen; även enligt Åhströms uppgifter har dock samtliga de 121 fått narkotikarecept av honom under den aktuella perioden. – Det kan tilläggas, att endast *en* av de 11 har intervjuats i huvudundersökningen; sju tillhörde det egentliga bortfallet och tre ingick ej i urvalet.

[4] Enligt uppgift av Åhström till förf. Vederbörande har sannolikt aldrig varit skriven i Sverige.

utom intervjuats med det tidigare nämnda frågeformuläret. Som framgått genomfördes dessa intervjuer i tre omgångar, senhösten 1966, sommaren 1967 och vintern 1968.[1]

Inför den sista intervjuomgången framstod det som en av tidsskäl orealistisk målsättning att intervjua samtliga dittills ej intervjuade undersökningspersoner. Därför gjordes ett *intervjuurval,* bestämt så, att i urvalet skulle ingå de 101 patienter, vilka hade fått narkotikarecept någon av eller båda månaderna november–december 1966 (dvs. den tidsperiod, under vilken den *första* intervjuomgången genomfördes). På vintern 1968 gjordes alltså inga försök att intervjua patienter som *inte* hade fått sådana recept under de båda nämnda månaderna.

Bakom denna avgränsning låg antagandet, att gruppen »patienter aktuella senhösten 1966» inte på något avgörande sätt skulle skilja sig från patienter aktuella andra månader under perioden. Om antagandet är riktigt bör möjligheten att generalisera intervjudata till hela gruppen vara större än vad den skulle ha varit, om ett ungefär lika stort bortfall enbart hade utgjorts av personer, vilka varit mer svåranträffbara än de intervjuade.

Bortfallet kan alltså beräknas på två sätt:

(1) De individer vilka ingick i intervjuurvalet, men inte har intervjuats (13 av urvalets 101 personer)

(2) De ej intervjuade av hela undersökningsgruppen (33 av 121 personer, dvs. 27 procent)[2]

Intervjuade		88
Ej intervjuade		33
Därav		
ingick ej i urvalet	20	
egentligt bortfall	13	
	Summa	121

Orsakerna till att de 13 individerna i det »egentliga bortfallet» ej intervjuades var:

(1) kunde ej spåras (5 fall)

(2) var bosatta långt från Stockholm (4 fall)

(3) intagen på fängelse långt från Stockholm (1 fall)

(4) vägrade intervju (2 fall)

(5) avliden (1 fall)

Till sist kan nämnas, att på många håll i rapporten har, i strid med gängse regler, procentberäkningar utförts trots låga bastal. Det har skett för att underlätta jämförelser. Risken med procenttal beräknade på små bastal är att man frestas tolka i realiteten obetydliga skillnader som »stora». Vi har försökt att i tabellkommentarerna undvika den risken.

Eftersom den undersökta gruppen inte utgör ett sannolikhetsurval har inga signifikansberäkningar utförts.

Sammanfattning

För samtliga undersökningspersoner (n= 121) föreligger uppgift om ålder, kön och under vilka perioder de var Åhströms patienter. För samtliga utom en individ föreligger vidare uppgifter ur olika register.

Endast en del av undersökningsgruppen (n=88) har intervjuats. Frågan om exempelvis undersökningspersonerna var antecknade i olika register före narkotikadebuten kan i princip bara besvaras för intervjugruppen, eftersom uppgift om narkotikadebutår har erhållits från intervjuerna.[3]

12.3 »*Legal förskrivning*» – *en tvivelaktig terminologi*

När undersökningsgruppen i denna rapport jämförs med andra undersökta grupper kallas den ofta *legalgruppen* (LEG). Vidare talas om *legalförskrivning.* Där inget annat sägs syftar detta på den åhströmska förskrivningen av narkotika 1965–67. Analogt avses med *legalperioder* de perioder då undersökningspersonerna fick narkotikarecept av Åhström under den aktuella tiden; med *legaldebut* den tidpunkt, då under-

[1] Sex av Åhströms tidigare patienter blev som maren 1967 intagna på Stockholmspolisen arrestlokaler och intervjuades där i samban med den ovannämnda arrestantundersökningen 1966 intervjuades 44 och 1968 38 individer.

[2] På många intervjufrågor var bortfallet större. I några fall måste intervjun avbrytas, på grund av att ip vägrade att svara på flera frågor eller av andra skäl.

[3] Se dock nedan, s. 351, not 2.

sökningspersonerna fick det första receptet av detta slag av Åhström; med *legalår* det år, till vilket förskrivningen av sådana recept var koncentrerad; med *legalmånader* de månader under vilka undersökningspersonerna fick narkotikarecept av Åhström.

Detta är en väsentligt mera praktisk än adekvat terminologi. Receptförskrivning av narkotiska preparat är inte och har aldrig varit »illegal»[1]; åtskilliga av Åhströms patienter hade tidigare, av andra läkare, fått narkotikarecept under långa perioder och när Åhströms verksamhet avbröts, fortsatte sådan förskrivning till ett stort antal av Åhströms tidigare patienter. Även när efterundersökningen genomfördes i februari 1969 var det ett inte obetydligt antal undersökningspersoner som alltjämt fick narkotika (opiater) regelbundet av läkare.[2]

Jämförelser mellan »legalåret» och andra perioder i undersökningspersonernas liv kan under dessa förhållanden te sig föga meningsfulla. Det finns två skäl till att de ändå kan vara det:

(1) Visserligen blir det, för *några* av undersökningspersonerna, fråga om jämförelser mellan ett år då de fick narkotika av Åhström med år då de fick narkotika av andra läkare; men »legalåret» torde vara det enda av de år som ingår i jämförelserna, då *samtliga* inom gruppen fick narkotika på recept under långa perioder.

(2) För det överväldigande flertalet, eller kanske alla, inom gruppen gäller vidare, att de under ingen annan period själva har fått bestämma de receptförskrivna dosernas omfattning.

12.4 *Verksamhetens omfattning och utveckling*

12.4.1 Legalperioder

Med legalperiod avses här det antal månader som en patient fick narkotikarecept av Åhström, under de två år som verksamheten pågick. Dessa legalperioder varierade mycket kraftigt, från 1 till 22 månader. De 35 individer vilka fick recept endast en eller två månader ingår, som nämnts, ej i undersökningen. Fördelningen av legalperioder för resten av materialet framgår av tabell 4.1.

Tabell 4.1. Antal receptmånader (»legalmånader») inom gruppen. Procent.

Leg.mån	Män	Kvinnor
3—6	18	21
7—12	25	53
13—18	43	26
19—22	14	—
Summa	100	100
	n = 102	n = 19

Kvinnornas legalperioder var genomsnittligt något kortare än männens; ingen kvinna fick recept mer än 15 månader (vilket sammanhänger med kvinnornas senare legaldebut, jfr nedan).

Det bör observeras, att legalperioderna inte nödvändigtvis var sammanhängande. I själva verket rörde det sig om sammanhängande perioder för bara något över 40 procent av fallen; för övriga gjordes ett eller flera avbrott (dvs. mellan månader då de fick narkotikarecept av Åhström kom en eller flera »receptfria» månader). Vanligast var det fråga om ett eller två sådana avbrott; men det förekom upp till fyra.

12.4.2 Legaldebut

Flertalet av undersökningspersonerna (54 procent) började hos Åhström under verksamhetens första år, 1965; resten under 1966. För kvinnorna enbart gäller däremot, att alla utom en blev Åhströmpatienter först 1966.

12.4.3 Patientantal

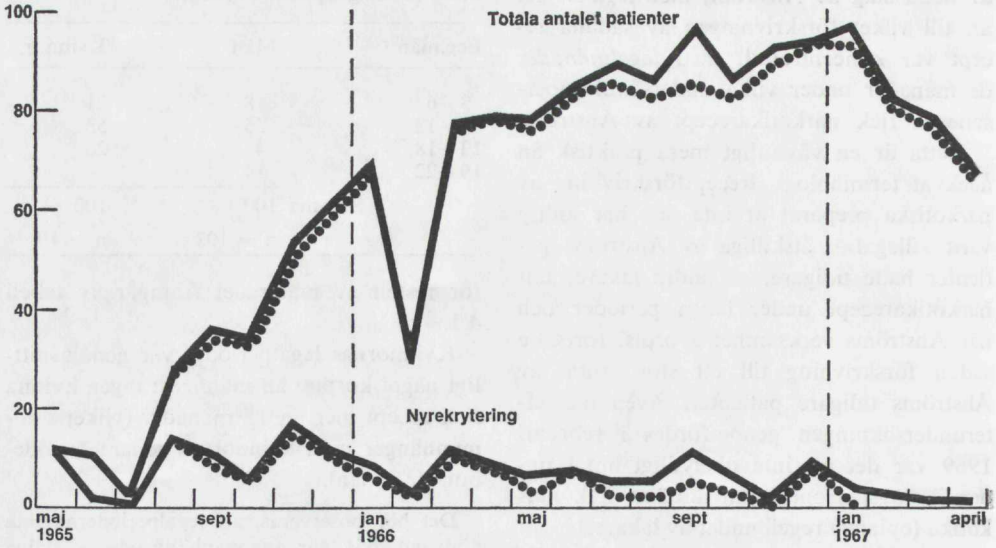
Genom att för varje månad se efter hur många individer som fick recept, får man en bild av verksamhetens omfattning vid olika tidpunkter.

Antalet patienter växte praktiskt taget oavbrutet under undersökningstiden för att kulminera på hösten 1966 och i början av 1967. Den mest drastiska stegringen äg-

[1] En annan sak är att sådan förskrivning omgärdats av allt starkare restriktioner. Jmf not 1, sid. 345.

[2] Jmf nedan, sid. 392.

Antal patienter hor dr S—E Åhström maj 1965—april 1967 (totala antalet och nyrekrytering).



Av diagrammet framgår dels antalet patierter under verksamhetens olika månader, dels nyrekryteringen under peioden. De heldragna linjerna anger patientantal respektive nyrekrytering för *hela* gruppen (n=156), de prickade motsvarande för *undersökningsgruppen* (n=121).
Den kraftiga nedgången under februari 1966 förklaras av att Åhström var bortrest under en del av månaden (enligt uppgift från Åhström till förf.). Somliga av Åhströms patienter fick under månaden tillfälligtvis narkotikarecept av annan läkare.

de rum under andra halvåret 1965 och första halvåret 1966: från 10 patienter i juni 1965 till 58 i december samma år och 83 i juni 1966. De högsta siffrorna härrör sig från januari 1967 (93 individer). Först under de därpå följande tre månaderna skedde en viss minskning. Under april 1967 fick 67 personer inom undersökningsgruppen narkotikarecept av Åhström.

12.4.4 Nyrekrytering

En nyrekrytering av patienter, dvs. av personer som tidigare inte hade fått narkotikarecept av Åhström, ägde fram till januari 1967 rum under samtliga månader utom två. Nyrekryteringen var dock klart koncentrerad till undersökningsperiodens första del. Genomsnittligt uppgick den till omkring 9 personer/månad under 1965, 7 personer/månad under första hälften av 1966 och 3 personer/månad under andra halvåret 1966.

De angivna siffrorna gäller undersökningsgruppen. Ser man på hela den grupp som förekommer i receptmaterialet, alltså även korttidspatienterna, skedde en viss nyrekrytering även under avvecklingsskedet våren 1967.[1]

12.5 *Ålder och kön*

12.5.1 Ålders- och könsfördelning inom undersökningsgruppen

I undersökningsgruppen ingår 102 män (84 procent) och 19 kvinnor (16 procent). Åldersspridningen är betydande: den yngste fyllde 1966 20 år, den äldste 72. Tyngdpunkten låg kring 30 år. Drygt halva gruppen var mellan 26 och 35 år. Medianåldern var 31,5 år.

[1] Fyra individer under januari, två under februari, en under mars och en under april månad. – De som fick sitt första narkotikarecept i mars 1967 och alltså därefter bara hade chans att få recept under ytterligare en månad kunde av definitionsskäl inte komma med i undersökningsgruppen.

Tabell 5.1. Åldersfördelningen. Procent.

	Män	Kvinnor	Totalt
—25 år	15	42	19
26—30 år	26	42	29
31—35 år	25	5	22
36—40 år	20	11	18
41—	14	—	12
Summa	100	100	100
	n = 102	n = 19	n = 121

Av *männen* var 15 procent 25 år eller yngre, en tredjedel äldre än 35 år. (Männens medianålder: 32,2 år).

Kvinnorna var klart yngre än männen. Bara två av de 19 kvinnorna var äldre än 30 år, nära hälften 25 år eller yngre. (Kvinnornas medianålder: 26,8 år).

Medianåldrarna i detta material är veterligen de högsta som redovisats i någon svensk undersökning av narkotikamissbrukare. I ARR-materialet utgjorde männens medianålder 26,8 år och 49 procent var 25 år eller yngre.

12.5.2 Åldersfördelningen i jämförelsematerialen

I intervjuavsnittet kommer, som nämnts inledningsvis, jämförelser att göras med resultaten från arrestantundersökningen. I flertalet fall har därvid endast uppgifter för de äldre av »arrestant»-männen – dvs. de 111 män (drygt halva gruppen) som 1967 var 26 år eller äldre – redovisats. Medianåldern *inom denna grupp* var 34,3 år, dvs. 2,1 år högre än i hela LEG-gruppen (män).[1]

Vad *kontrollgruppen* beträffar har jämförelser oftast gjorts med *hela* denna grupp. När större skillnader förelegat mellan de yngre och de äldre kontrollmännen, har uppgifter redovisats endast för den senare gruppen (= 21 år och äldre). Någon åldersmässig »jämförbarhet» mellan *kontroll-* och *arrestant*-grupperna har sålunda inte eftersträvats här.

Åldersfördelningen i kontroll- och *LEG*-materialen skiljer sig helt från varandra. Som regel har bara sådana skillnader redovisats, som inte gärna kan förklaras av denna olikhet i ålder mellan grupperna.

12.6 *Missbrukets varaktighet*

I ett senare avsnitt (s. 361 ff.) kommer gruppens narkotikabruk att beröras mer i detalj. Här skall vi bara ta upp frågan, *hur länge de intervjuade hade använt narkotika.*

Den tidpunkt då undersökningspersonerna tog narkotika första gången är känd för 77 män och 14 kvinnor.[2] Denna tidpunkt kallas i det följande individernas »narkotikadebut». Antalet år mellan narkotikadebutåret och legaldebutåret kallas missbrukets varaktighet eller missbruksperioden. Det är ett något vilseledande språkbruk, eftersom det för många av undersökningspersonerna inte har varit ett *oavbrutet* narkotikabruk från debutåret till legaltiden.

Några fullständiga uppgifter om intensiteten i bruket, om antalet *avbrott* eller om *längden* av sådana avbrott föreligger inte. I intervjuerna fick ip visserligen uppge, vilka år från 1957 och framåt som de hade tagit narkotika. Men flertalet inom gruppen började använda narkotika före 1957; narkotikabrukets intensitet *fram till* 1957 har alltså inte klarlagts.

Om man emellertid ser på uppgifterna om narkotikabruk under de nio åren 1957–1965 finner man, att av de 61 personer som debuterade 1957 eller tidigare tog flertalet, 40 personer, narkotika under *vart och ett* av de nio åren (dvs. gjorde i varje fall inget årslångt uppehåll); avbrotten för de 21 andra var i alla utom fyra fall mellan 1 och 3 år långa (sammanlagt).

Av de 27 personer som debuterade 1958 eller senare[3] använde 23 narkotika varje år från

[1] När denna rapport skrevs, förelåg resultaten från ARR-undersökningen fördelade efter åldersgrupper, av vilka en var gruppen »26 år och äldre». Hade jämförelser i stället utförts med gruppen »21 år och äldre» skulle skillnaden i medianålder mellan ARR- och LEG-grupperna ha blivit större (medianålder för ARR-män, 21 år och äldre = 29,3 år, dvs. 2,9 år lägre än inom den manliga LEG-gruppen).

[2] Denna grupp är i stort sett lika med den intervjuade gruppen. I tre intervjuer saknas emellertid uppgift om året för narkotikadebuten. Men för sex av de *ej* intervjuade har vi på annat sätt fått uppgift om detta (dels från intervjuer, utförda 1966, med undersökningspersoner, vilka inte ingår i det intervjuurval som senare definierades, dels från intervjuer med sådana f. d. Åhströmpatienter, vilka även ingår i G. Frejs förloppsstudie av intravenösa narkotikamissbrukare; SOU 1969: 53, s. 281.

[3] För tre personer finns uppgift om narkotikadebutår, men inte om narkotikabruket 1957—65.

Tabell 6.1. Missbrukets varaktighet. Procent.

	Män	Kvinnor	Totalt
≤ 5 år	13	29	16
6—10 år	35	50	37
11—15 år	25	14	23
>15 år	27	7	24
Summa	100	100	100
	n = 77	n = 14	n = 91

debuten till legaltiden; två gjorde ett års uppehåll och två 2–3 års uppehåll.
Vad avbrotten beror på kan inte avgöras. Att de i många fall sammanhängt med intagningar på fängelser, mentalsjukhus eller andra institutioner är emellertid sannolikt, med tanke på hur vanliga sådana anstaltsvistelser har varit inom gruppen.[1]

De anförda uppgifterna visar att de flesta inte gjorde några längre (årslånga) avbrott i narkotikabruket efter 1957 och att *fleråriga* avbrott bara förekom i undantagsfall.

Medianåldern inom gruppen var som nämnts hög; som framgår av tabell 6.1 hade flertalet också använt narkotika under långa eller mycket långa tidsperioder när de blev Åhströms patienter.

Över hälften av männen debuterade alltså mer än 10 år före legaltiden. 20 av de 77 männen debuterade före 1950, 37 före 1955. De 14 kvinnorna debuterade betydligt senare än männen; nio av dem tog dock narkotika första gången före 1960.

Även om det stora flertalet hade långa missbruksperioder bakom sig, när de började få narkotikarecept av Åhström, förekom det även personer som hade tagit narkotika första gången bara något år före legaltiden (två fall) eller, i ett fall, samma år.[2]

12.7 *Uppväxtförhållanden*

I detta avsnitt lämnas inledningsvis en redogörelse för det socialgruppsmått som begagnats för denna studie. Efter en redovisning av *föräldrarnas socialgruppsfördelning* lämnas uppgifter om förekomsten av *splittrade familjer* i de olika socialgrupperna. Svaren på en serie frågor om de intervjuades åsikter om *förhållandet mellan föräldrarna* och om *hur de själva blev uppfostrade* redovisas för dels de tre jämförelsematerialen (legal-, arrestant- och kontrollmaterialen), dels de tre socialgrupperna inom legalgruppen. Till sist berörs frågan om förekomst av *psykiska sjukdomar i de intervjuades uppväxtfamiljer.*

12.7.1 Föräldrarnas socialgrupp: mätmetod

De intervjuades uppgifter om *faderns yrke* klassificerades enligt en yrkeskod med 16 kategorier (koden konstruerades med utgångspunkt från statistiska centralbyråns gamla valstatistiska yrkesindelning). Genom sammanslagningar av dessa kategorier har en konventionell uppdelning i tre socialgrupper företagits.

I nio fall – åtta män och en kvinna – kände de intervjuade inte till faderns yrke. Här har i stället *moderns* socialgrupp kodats.[3]

Ingen på yrkesuppgifter grundad socialgruppsfördelning är invändningsfri. Gränsdragningsproblemen är alltid många och svårlösta. Intervjuarinstruktionerna kan bara ge exempel på, inte någon fullständig förteckning över yrken, som bör föras till de olika kategorierna.[4] Vissa yrken är särskilt svåra att socialgruppsplacera.

Någon mera ingående analys av socialgruppsmåttets *validitet* har inte företagits. Vad som emellertid talar för att den utförda klassificeringen i varje fall inte är helt missvisande, är det starka samband som finns mellan föräldrarnas socialgrupp och deras skolutbildning; två variabler som ju brukar uppvisa en mycket hög korrelation.[5]

Något försök att kartlägga intervjupersonernas *egen* socialgruppstillhörighet har inte gjorts (flertalet saknade vid intervjutillfället arbete); när det i fortsättningen talas om olika socialgrupper inom materialet är det genomgående

[1] Se t. ex. s. 373 ff och s. 389.

[2] En 19-årig pojke, som enligt vad han uppgav under intervjun hade tagit narkotika peroralt första gången tre månader innan han blev »legal», och injicerat narkotika första gången ungefär en månad innan.

[3] I ett par av de intervjuer, där ip ej kunnat uppge *faderns* yrke, har *modern* uppgivits vara hemmafru. Dessa fall har, efter kontroller av andra intervjuuppgifter – såsom moderns skolutbildning – förts till socialgrupp 3.

[4] Intervjuarna uppmanades dock att i alla tveksamma fall endast anteckna ip:s uppgifter och överlåta kodningen åt undersökningsledningen.

[5] Se tabell 7.2 nedan. – Med den yrkeskod som begagnats är detta samband *delvis* självklart; det gäller sambandet universitetsutbildning/socialgrupp 1, eftersom »akademiker» automatiskt förts till denna socialgrupp.

Tabell 7.1. Föräldrarnas socialgrupp. Procent.

	Män	Kvinnor	Totalt
Socialgrupp 1	22	7	19
Socialgrupp 2	42	36	41
Socialgrupp 3	36	57	40
Summa	100	100	100
	n = 74	n = 14	n = 88

föräldrarnas socialgrupp som åsyftas.

Det bör tilläggas, att när det här och annars i rapporten talas om föräldrar rör det sig oftast, men inte alltid, om *biologiska* föräldrar. Flertalet av dessa frågor gällde »fungerande föräldrar», vilket ibland kunde vara adoptiv- eller fosterföräldrar, om ip hade bott hos dem under i varje fall en stor del av uppväxttiden och »upplevde» dem som sina föräldrar.

12.7.2 Föräldrarnas socialgrupp: resultat

Åhströms patienter kan – som grupp betraktad – beskrivas som starkt socialt avvikande. Ett sådant omdöme motiveras inte bara av att det stora flertalet av dem sedan lång tid var svåra narkotikamissbrukare, utan också av en serie andra intervju- och registervariabler, som senare skall redovisas. I undersökningar av sådana grupper finner man nästan alltid att de i väsentligt större utsträckning är normalbefolkningen kommer från de lägre socialgrupperna. Mot denna bakgrund framstår föräldrarnas socialgruppsfördelning i detta material som anmärkningsvärd. Inte mindre än 64 procent av männens föräldrar har förts till socialgrupp 1 eller 2.

Siffrorna avviker markant från arrestantmaterialets, där i *hela* den intervjuade gruppen 38 procent och av de äldre (26 år–) 40 procent kom från socialgrupp 1 och 2. Fördelningen överensstämmer däremot med kontrollgruppens, där 19 procent av fäderna tillhörde socialgrupp 1 och 41 procent socialgrupp 2.

Av de *äldre* LEG-männen (26 år–) kom förhållandevis flera från de båda högre socialgrupperna (67 procent); av de 10 yngsta (–25 år) kom hälften från socialgrupp 3.

Flertalet av *kvinnornas* föräldrar tillhörde däremot socialgrupp 3.

Föräldrarnas skolutbildning inom de olika socialgrupperna framgår av tabell 7.2. Gymnasie- och universitetsutbildning dominerar starkt i socialgrupp 1, folkskola i socialgrupp 3. Föräldrarna till de 17 personerna från socialgrupp 1 hade i 11 fall universitets- och i tre fall gymnasieutbildning.

Tabell 7.2. Föräldrarnas skolutbildning och socialgrupp. Män och kvinnor. Procent.

	Socialgrupp			
	1	2	3	Totalt
Univ. el. gymn.	82	19	—	24
Realsk.	6	19	6	11
Folksk.	12	50	91	59
Vet ej	—	11	3	6
Summa	100	99	100	100
	n=17	n=36	n=35	n=88

Det kan tilläggas, att det här, lika litet som när det gällde föräldrarnas socialgrupp, fanns några nämnvärda avvikelser mellan LEG- och kontrollmaterialen. Av de manliga kontrollfallens fäder hade sålunda 25 procent gymnasie- eller universitetsutbildning och 62 procent enbart folkskola.

12.7.3 »Splittrade hem»[1]

Mindre än hälften av männen (33 eller 44 procent) bodde hos båda sina biologiska föräldrar under hela uppväxttiden (0–16 år). Ytterligare sex hade *oförändrade* föräldraförhållanden under uppväxttiden: tre bodde hos sin mor under hela perioden, en hos sin far, två hos mor+styvfar. De andra 35 (47 procent) *bytte* »fostrare» minst någon gång under uppväxttiden (från båda föräldrarna till ensam förälder eller från ensam förälder till barnhem, etc.). 11 män vistades åtminstone någon period på barnhem eller på någon anstalt under uppväxttiden, därav sju före 13 års ålder.

Andelen LEG-män som bodde hos båda föräldrarna (44 procent) är väsentligt lägre än i kontrollmaterialet (76 procent), men något högre än i arrestantmaterialet (35 procent av de män som var 26 år och äldre).

Skillnaderna i föräldraförhållanden är

[1] I de närmast följande avsnitten behandlas hemförhållanden för de *manliga* ip. I avsnitt 12.7.6 redovisas samma variabler för kvinnorna.

ganska stora mellan männen från socialgrupp 1 och från övriga socialgrupper. Mindre än en tredjedel av barnen ur socialgrupp 1 bodde hos båda föräldrarna under hela uppväxten mot närmare hälften av barnen ur de båda andra socialgrupperna (48 procent i både socialgrupp 2 och 3). Det rör sig här om olikheter i relativt tidig uppväxtmiljö. Under 7–12-årsåldern bodde drygt 40 procent av socialgrupp 1-barnen hos båda föräldrarna, mot 59 resp. 63 procent av barnen från socialgrupp 2 och 3. Antalet *tidiga* fostrarbyten var också, relativt sett, högre i socialgrupp 1.

12.7.4 Förhållandet mellan föräldrarna. Hur blev barnen uppfostrade?

Jämförelse mellan de olika materialen

I intervjuformuläret ingick frågor, där de intervjuade fick bedöma hur det emotionella förhållandet mellan föräldrarna var, eller hade varit:

1. »Brukar(-de) de ge varandra ömhetsbetygelser?»[1]
2. »Förekommer(-kom) det stridigheter och slitningar mellan dem?»[2]
3. »Tror du att de någon gång har varit (var) på väg att skiljas?»
4. »Tror du att de är (var) lyckliga eller olyckliga tillsammans?»

I svaren på dessa frågor fanns delvis betydande skillnader mellan LEG-männen och (de äldre) arrestantmännen; i tabell 7.3 redovisas andelen ja-svar inom dessa båda grupper, liksom för kontrollmaterialet (män).

Skillnaderna mellan kontrollfallen och de båda missbrukargrupperna är genomgående markanta. Missbrukarna hade betydligt mer sällan sett eller hört sina föräldrar ge varandra ömhetsbetygelser; de ansåg mycket mera sällan att deras föräldrar hade varit lyckliga tillsammans och mycket oftare att det hade förekommit allvarliga stridigheter mellan dem.

Skilsmässor var avsevärt vanligare bland missbrukarnas än bland kontrollfallens föräldrar.

Om man sedan jämför de båda missbrukarmaterialen, finner man att LEG-gruppen i alla avseenden, utom när det gäller andelen skilsmässor, avviker *mera* från kontrollfallen än arrestantmännen. Som de intervjuade hade upplevt det, var förhållandet mellan föräldrarna »sämre», en positiv emotionell kontakt mellan dem ännu ovanligare inom LEG-gruppen än inom arrestantgruppen. Skilsmässo*planer* förekom också oftare inom LEG-gruppen; men färre genomförda skilsmässor. Det mönster som detta tycks antyda är en större benägenhet hos LEG-männens föräldrar att hålla samman dåligt fungerande äktenskap.

Tabell 7.3. Ja-svar på frågor om föräldrarnas äktenskap inom de olika materialen. Män. Procent. (Ff = föräldrar).

	Leg	Arr (26 år)–	Kontroll
Ömhetsbetygelser mellan ff (n=54 resp 85 och 543)	48	51	79
Ff lyckliga tillsammans (n=55 resp 84 och 553)	35	56	74
Allvarliga stridigheter mellan ff (n=55 resp 86 och 546)	43	31	20
Ff någon gång på väg att skiljas (n=58 resp 91 och 561)	22	12	15
Ff faktiskt skilda (n=58 resp 91 och 561)	33	44	14

Hur blev de intervjuade i de olika jämförelsegrupperna uppfostrade som barn, och hur upplevde de nu den uppfostran som de hade fått? Vi frågade bl. a. om de intervjuade hade fått *stryk* av sina föräldrar och om de hade varit *rädda* för dem. Vi frågade också hur de skulle vilja *uppfostra sina egna barn*, »på samma sätt som du själv blivit uppfostrad eller på annat sätt».[3] Vid kod-

[1] Besvarades frågan med »nej», ställdes en följdfråga: »Har du aldrig sett eller hört dem ge varandra ömhetsbetygelser?»

[2] Följdfråga vid »*nej*»-svar: »Aldrig?» Följdfråga vid »*ja*»-svar: »Stridigheter som du skulle kalla allvarliga?»

[3] Följdfråga: »Om på annat sätt: Hur då?» (Svarsalternativ: striktare, liberalare, annat).

Tabell 7.4. Ja-svar på frågor om uppfostran inom de olika materialen. Män. Procent. (Ff = förälder).

	Leg	Arr (26 år–)	Kontroll
Stryk av far (n=66, 104, 567)	52	41	39
Stryk av mor (n=70, 108, 590)	29	22	24
Rädd för någon ff (eller båda) (n=72, 108, 590)	42	26	17
Uppfostra på annat sätt (n=73, 110, 593)	79	62	40

ningen av »stryk»-frågan skildes mellan »lätt» och »svår» kroppsaga.[1] Endast »svår aga» har medtagits i tabell 7.4.

Med tanke på de stora skillnaderna i övrigt mellan kontroll- och arrestantfallens hemförhållanden är det anmärkningsvärt, att ungefär lika många sade sig ha fått stryk i de båda materialen. Men även här avviker LEG-männen; flera av dessa sade sig ha fått stryk, både av fadern och – fast här var skillnaden liten – av modern. Påtagligt fler av LEG-männen uppgav, att de var rädda för minst någon av föräldrarna. Avståndstaganden från den egna uppfostran förekom mycket oftare inom de båda missbrukarmaterialen, och oftare inom LEG-gruppen än inom arrestantgruppen.

Skillnader mellan socialgrupperna

De olika socialgrupperna inom LEG-materialet skilde sig i flera avseenden påtagligt från varandra, när det gäller både uppfattningen om deras föräldrars äktenskap och uppgifterna om hur de själva blev uppfostrade.[2]

Såväl ömhetsbetygelser mellan föräldrarna som allvarliga stridigheter mellan dem uppgavs vara ovanligast i socialgrupp 1 och vanligast i socialgrupp 3. Bara en fjärdedel av de socialgrupp 1-barn, som besvarade frågan, mot närmare hälften av socialgrupp 3-barnen ansåg att föräldrarna hade varit lyckliga tillsammans.[3]

Stryk förekom, enligt intervjusvaren, oftare i socialgrupp 3 än i de båda andra socialgrupperna, medan flera av barnen från socialgrupp 1 sade sig ha känt rädsla för sina föräldrar.

Tabell 7.5. Ja-svar på frågor om förhållandet mellan föräldrarna och om uppfostran inom de olika socialgrupperna (LEG-gruppen). Män. Procent.

	Socialgrupp 1	2	3
Ömhetsbetygelser mellan ff (n=13, 24, 17)	31	50	59
Ff lyckliga tillsammans (n=12, 26, 17)	25	31	47
Allvarliga stridigheter mellan ff (n=13, 25, 17)	23	44	59
Stryk av *minst någon* ff (n=15, 30, 26)	53	43	69
Rädd för någon ff (eller båda) (n=16, 30, 26)	56	33	42

12.7.5. Psykiska sjukdomar i familjen och släkten

Frågorna om förekomst av psykiska sjukdomar i uppväxtmiljön gällde, om någon i familjen eller släkten hade vårdats på mentalsjukhus, hade haft svårare nervösa besvär, »lidit av alkoholism» och om någon hade tagit livet av sig.[4]

[1] I intervjuarinstruktionen angavs, att som »svår aga »skulle räknas »ordentlig aga, pisk på stjärten, 'smörj' eller liknande.»

[2] De som tog avstånd från den egna uppfostran, dvs. sade sig vilja uppfostra sina egna barn på annat sätt än de själva blivit uppfostrade, var relativt sett ungefär lika många inom de olika socialgrupperna.

[3] När det gäller svaren på de tre frågorna om förhållandet mellan föräldrarna måste dock starka reservationer göras, eftersom bastalen är ovanligt små; bortfallet är betydande och dessutom olika stort inom socialgrupperna. Den del av bortfallet, som beror på att ip inte har kunnat besvara frågorna, eftersom de aldrig har haft eller har saknat minnen av samboende föräldrar, är störst i de båda lägre socialgrupperna. Dessutom har ovanligt många – mellan sex och nio personer – av andra skäl lämnat dessa frågor obesvarade, vilket delvis kan sammanhänga med en oklarhet i frågeformuläret.

[4] I frågan definierades »familj» som syskon och föräldrar och »släkt» som syskon, föräldrar och »*deras* syskon och föräldrar». – En felkälla här är skillnaden i storleken av »familjen» respek-

(Forts. å nästa sida)

Först en sammanfattande jämförelse mellan de olika materialen: i hur stor del (procent) av fallen uppgavs *minst någon* i familjen eller släkten ha lidit av *minst någon* av de nämnda sjukdomarna (inklusive suicid och »vård på mentalsjukhus»):

Leg (n=74)	Arr (26 år–) (n=86)	Kontroll (n=535)
84	55	26

Psykiska sjukdomar i de intervjuades uppväxtmiljö var alltså långt vanligare i LEG-materialet än i de andra materialen.

Inom den egentliga *familjen* (föräldrar och syskon) förekom hos LEG-gruppen psykiska sjukdomar i 50 fall (68 procent). Om man ser på svaren på de enskilda frågorna var för sig och begränsar redovisningen till *familjen,* kan följande konstateras:

I fyra familjer hade självmord förekommit. I 13 familjer (17 procent) hade minst någon vårdats på mentalsjukhus; därav i två fall fäder och i sex fall mödrar. Det förekom förhållandevis något fler mentalsjukhusvistelser i socialgrupp 3 än i de båda andra socialgrupperna.

26 respektive 27 av männen besvarade jakande frågorna, om någon i familjen hade haft svårare nervösa besvär och om någon i familjen hade lidit av alkoholism. Svarsfördelningen inom de olika socialgrupperna framgår av nedanstående uppställning (procent ja-svar):

Socialgrupp	1 (n=16)	2 (n=31)	3 (n=27)	Totalt (n=74)
Nervösa besv. i fam.	50	29	34	35
Alkoholism i fam.	19	29	55	37

(Forts. från föregående sida).
tive »släkten» i de olika materialen. Några frågor om *släktens* storlek fanns inte i intervjun. Däremot frågade vi de intervjuade, hur många syskon de hade (haft). Svaren visar, att många syskon (minst tre) var vanligast bland arrestanterna (43 procent av de äldre) och minst vanligt i kontrollmaterialet (16 procent), medan 31 procent av LEG-männen hade så många syskon.

Alkoholism i familjen – det gällde med få undantag fadern och inte i något fall modern – var alltså betydligt vanligare i socialgrupp 3, medan svårare nervösa besvär – i flertalet fall hos modern – oftare förekom inom socialgrupp 1.

12.7.6 Kvinnornas hemförhållanden

Hälften av de 14 intervjuade kvinnorna bodde hos båda de biologiska föräldrarna under hela perioden fram till 17 års ålder; de andra sju *bytte fostrare* någon gång under uppväxttiden, en av dem två gånger. Av flickorna hade tre varit på barnhem eller liknande institution minst en period under uppväxttiden.

För kvinnorna gällde i ett fall att föräldrarna aldrig hade sammanbott och i ytterligare fem fall att föräldrarna var skilda; alla dessa hade separerat under flickornas uppväxtår.

Bara två av de 12 kvinnor, som besvarade frågan, ansåg att deras föräldrar hade varit lyckliga tillsammans, medan åtta av 12 sade att det förekom allvarliga stridigheter mellan föräldrarna.

Alkoholism i familjen var vanligt (sex fall av 14) liksom vård på mentalsjukhus (fem av 14), medan »nervösa besvär» förekom mera sällan (två av 14). Två fäder hade tagit livet av sig.

11 av de 14 kvinnorna uppgav att minst någon i familjen eller släkten hade lidit av minst någon psykisk sjukdom; nio av dem sade, att sådana sjukdomar hade förekommit i familjen.

12.7.7 Sammanfattning

De skillnader som redovisats mellan de båda missbrukarmaterialen och kontrollfallen tyder bland annat på en mycket högre frekvens av disharmoniska uppväxtfamiljer, med långt större förekomst av psykiska sjukdomar i uppväxtmiljön i missbrukarmaterialen. Det är inget oväntat resultat. Det är tvärtom vad man brukar finna i undersök-

ningar, där en grupp sociala avvikare jämförs med ett normalmaterial.

I sådana undersökningar brukar man emellertid också finna en annan sak: avvikargruppen kommer nästan alltid i väsentligt högre utsträckning från de »lägre» socialgrupperna, ofta från en miljö som brukar karakteriseras med orden social misär. Som framgått gäller inte detta för vår undersökningsgrupp (även om det sannolikt gör det för åtskilliga *inom* den). 65 procent av männens föräldrar tillhörde de båda högre socialgrupperna och närmare en fjärdedel kom från socialgrupp 1; dvs. socialgruppsfördelningen anslöt sig till kontrollmaterialets.[1]

Likheten mellan LEG- och kontrollgrupperna när det gäller socialgruppsfördelningen gör det rimligt att *i andra avseenden* vänta sig större avvikelser mellan grupperna än mellan kontrollfallen och arrestantmaterialet. Om man ser på LEG-gruppen som helhet, kan inte, till skillnad från vad som har varit fallet vid de flesta andra undersökningar av sociala avvikare, ekonomiskt miserabla hemförhållanden uppfattas som en viktig bidragande faktor, när det gäller att »förklara» det avvikande beteendets uppkomst. Ett rimligt antagande är då, att i stället *andra* ogynnsamma uppväxtförhållanden – som t. ex. dålig emotionell kontakt mellan föräldrarna inbördes och mellan dem och barnen eller förekomst av psykiska sjukdomar i familjen – har förelegat i ännu större omfattning i LEG-gruppen än i den andra undersökta »avvikargruppen».

I en serie av de intervjusvar som redovisats har också en sådan tendens kunnat konstateras. Skillnaderna mellan arrestantgruppen och kontrollfallen har nästan genomgående varit stora, men LEG-männen har avvikit *mera* från kontrollmaterialet än vad arrestantmännen har gjort.

De konstaterade skillnaderna mellan män från olika socialgrupper *inom* LEG-materialet ansluter sig också i huvudsak till detta mönster. I socialgrupp 1 har, enligt intervjusvaren, både positiva känsloyttringar (»ömhetsbetygelser») och uttalad aggressivitet (»allvarliga stridigheter») mellan föräldrarna förekommit i mindre utsträckning. Socialgrupp 1-barnen betecknar i minst utsträckning föräldrarnas äktenskap som »lyckligt» och fler av dem har känt »rädsla» för sina föräldrar.

Det bör tilläggas att dessa skillnader mellan män från de olika socialgrupperna går i motsatt riktning mot vad man fann i kontrollmaterialet. Bland de intervjuade kontrollmännen var det sålunda flera från socialgrupp 1 och 2 än från socialgrupp 3 som uppgav, att deras föräldrar brukade ge varandra ömhetsbetygelser och likaledes fler från de båda högre socialgrupperna än från socialgrupp 3 som ansåg att deras föräldrar hade varit lyckliga tillsammans.

12.8 *Skolutbildning och arbetsförhållanden*

12.8.1 Skolutbildning

Anmärkningsvärt många av männen, 30 procent (22 individer) hade gått i gymnasium. Hur många av dem som *fullföljt* gymnasiestudierna är inte känt.[2] Men sex av männen hade studerat vid universitet. Av de män som var 30 år eller yngre hade 63 procent (n=30) lägre utbildning än gymnasium mot 75 procent av de äldre (n=44). Alla utom en av de sex f. d. universitetsstuden-

[1] Detta består, som tidigare framgått, av slumpvis utvalda *ungdomar*, mantalsskrivna i Stockholm. Betydligt fler av LEG-männen än av kontrollfallen hade vuxit upp utanför Stockholm (26 av de intervjuade LEG-männen, 35 procent, bodde i Storstockholm under hela uppväxttiden 0–16 år, medan motsvarande siffra för de manliga kontrollfallen uppgick till 72 procent). Eftersom socialgrupp 3 utgör en lägre andel av befolkningen i Stockholm än i övriga landet, bör de båda högre socialgrupperna i själva verket ha varit *överrepresenterade* i LEG-gruppen i förhållande till en mer jämförbar normalpopulation. Härtill kommer åldersskillnaden mellan materialen. Om man antar, att socialgrupp 3 utgjorde en större andel av LEG-männens föräldrageneration än av kontrollfallens, skulle även detta tala för att de högre socialgrupperna i realiteten var överrepresenterade i LEG-gruppen.

[2] Den »högsta» skolform – inklusive universitet – som ip hade studerat vid kodades under intervjun; någon differentiering gjordes inte mellan fullföljda och avbrutna studier. Men av andra uppgifter att döma var avbrutna gymnasiestudier mycket vanliga inom gruppen.

Tabell 8.1. De intervjuades skolutbildning efter föräldrarnas socialgrupp. Män. Procent.

	Socialgrupp			
	1	2	3	Totalt
Gymn. el. univ.	50	39	7	30
Lägre utbildn.[1]	50	61	93	70
Summa	100	100	100	100
	n=16	n=31	n=27	n=74

[1] Hit har förts folkskola, hjälpklass, grundskola, realskola och flickskola.

terna var äldre än 31 år.

Väntade skillnader mellan män från de olika socialgrupperna kunde konstateras. Hälften av socialgrupp 1-barnen mot mindre än 10 procent av socialgrupp 3-barnen hade högre utbildning.

Endast 3 av de 14 kvinnorna hade gymnasieutbildning. Ingen hade läst vid universitet.

LEG-männens skolutbildningsnivå var mycket hög jämförd med den andra missbrukargruppens. Av de äldre arrestantmännen hade bara fem procent gymnasie- eller högre utbildning (n=111). Jämför man de yngre LEG-männen (–30 år) med de äldre *kontroll*männen (21–25 år; n=334) är andelen med minst gymnasieutbildning nästan identisk i de båda materialen (36 procent av kontrollfallen mot 37 procent av LEG-männen). Men antalet personer som i förtid avbröt gymnasiestudierna var med stor säkerhet större i LEG-gruppen.

12.8.2 Arbetsförhållanden

Alla utom tre av männen och en av kvinnorna sade sig någon gång ha haft ett arbete. Flertalet fick sin första egentliga anställning i 15–17-årsåldern, en fjärdedel *före* 15 år.[1]

En ganska stor del av männen, och ett par av kvinnorna, var eller hade tidigare varit s. k. fria yrkesutövare, konstnärer, musiker, journalister, m. fl. Mellan 30 och 40 av männen kunde räknas till denna kategori; flertalet av dem tillhörde den äldre delen av undersökningsgruppen och hade långa missbrukstider.

12.9 *Alkoholbruk*

När det gäller undersökningsgruppens alkoholvanor, skall bl. a. följande frågor diskuteras:

1. Hur vanligt var det att narkotikadebuten föregicks av missbruk av alkohol?

2. I vilken omfattning förekom blandmissbruk alkohol/narkotika?

3. Omvänt: Hur vanligt var ett helt exklusivt narkotikabruk? Förekom det personer som aldrig hade druckit vin eller sprit inom gruppen?

4. Hur gamla var de intervjuade när de första gången drack sig berusade på alkohol? Var de som gjorde detta tidigt desamma som började att ta narkotika i låg ålder?

En del av dessa frågor skall behandlas i *registeravsnittet*. Senare (s. 368) kommer de intervjuades alkoholvanor vid intervjutillfället att redovisas. Här skall vi främst ta upp frågan om deras erfarenheter av alkohol före narkotikadebuten.

Hos många av de intervjuade förekom ett starkt avståndstagande från alkohol och alkoholmissbrukare. Ett par av männen och en kvinna sade sig *alltid* ha varit helnykterister. Men frånsett dessa tre hade alla erfarenhet av alkoholbruk; alla dessa hade också vid åtminstone något tillfälle druckit sig »ordentligt berusade» på alkohol. 41 av dem (56 procent; n=73) uppgav, att de någon gång gripits för fylleri.[2]

Över hälften av männen (40 av 73) hade varit »ordentligt berusade» någon gång före 17 års ålder, en femtedel (14 av 73) före 15 år. Männen från de båda *lägre socialgrupperna* hade i större utsträckning druckit sig ordentligt berusade före 15 års

[1] Hit räknades inte feriearbeten och liknande.

[2] Enligt uppgifter från kontrollstyrelsens straffregister var antalet intervjuade män som dömts för fylleri eller rattfylleri något högre: 50 personer (av vilka dock en hade avbrutit intervjun före fylleri-frågan). Överensstämmelsen får sägas vara god, med tanke på att några fall av rattfylleri inräknats i den senare summan.

ålder (närmare en fjärdedel i socialgrupp 2 och 3 mot bara en av de 16 i socialgrupp 1).

Några av männen (10 individer) sade sig ha varit ordentligt alkoholberusade först *efter* narkotikadebuten, men det motsatta mönstret dominerade helt (57 av männen hade druckit sig ordentligt berusade minst någon gång före narkotikadebutåret; för tre sammanföll de båda åren).

Hur lång tid förflöt, för den senare gruppen, mellan den första alkoholberusningen och narkotikadebuten? Över hälften av dem (62 procent; n=60) började att ta narkotika högst fem år efter det första spritruset. Denna andel var högst inom socialgrupp 1 (11 av 13).

Barnen från socialgrupp 1 var alltså *äldre* vid det första alkoholruset än barnen från socialgrupp 2 och 3. Som senare skall visas var samtidigt barnen från socialgrupp 1 *yngre* vid narkotikadebuten än barnen från de båda andra socialgrupperna. Avstånden mellan det första alkohol- och det första narkotikaruset tenderade med andra ord att vara kortare inom socialgrupp 1.

12.10 *Sexualitet*

En avsevärd del av intervjuformuläret upptogs av frågor om sexualitet. I detta sammanhang kommer emellertid bara ett fåtal av dessa variabler att beröras, nämligen:

1. Avvikande sexuellt beteende (homosexualitet)
2. Prostitution (kvinnorna)
3. Graviditeter, missfall och aborter (kvinnorna)

12.10.1 Männen

Av de manliga *kontrollfallen* var det bara **tre procent** som jakande besvarade frågan »Har du någon gång haft en homosexuell kontakt?»[1] Motsvarande siffra för arrestanterna var 23 procent och för LEG-männen 41 procent.

Både individer med enstaka homosexuella erfarenheter och mera deciderat homosexuellt inriktade personer ingår bland dem som svarat »ja» på frågan; av dessa var det – inom LEG-gruppen – omkring en tredjedel som enbart hade haft *en* homosexuell partner, medan en annan tredjedel hade haft minst fem olika homosexuella förbindelser.

Tabell 10.1. Ja-svar inom de olika materialen på frågan »Har du haft någon homosexuell kontakt?» Män. Procent.

Leg (n=71)	Arr (äldre) (n=107)	Kontroll[1] (n=591)
41	23	3

[1] Andelen ja-svar varierade bara obetydligt mellan kontrollmaterialets olika åldersgrupper.

Det är möjligt, att de höga siffrorna för de båda missbrukargrupperna till en del kan förklaras av att missbrukarna i större utsträckning har vistats i miljöer – t. ex. fängelser och liknande institutioner, men kanske också »knarkarkvartar» – där tillfälliga homosexuella kontakter varit relativt vanliga och inte, i samma grad som annars, behöver avspegla en »homosexuell läggning».

Men detta förklarar inte den betydande skillnaden *mellan* missbrukargrupperna. Dessutom hade de flesta, inom LEG-gruppen, haft sina första homosexuella kontakter *tidigt,* över hälften före 17 års ålder och en klar majoritet (19 av 28) *före narkotikadebuten.*

Vissa av de intervjuade[2] tillfrågades var de hade träffat sin förste homosexuelle partner; det dominerande svaret var »på stan» eller på någon »speciell träffpunkt för homosexuella» – och alltså *inte* på någon institution.

[1] Följdfråga: »Om nej: Aldrig?» – Innan frågan ställdes, läste intervjuaren upp följande inledning: »Många människor upplever eller har någon gång upplevt sexuella känslor vid kontakter med en person av samma kön. Sådana kontakter brukar man kalla för homosexuella, som du kanske vet.»

[2] Frågor om de närmare omständigheterna kring de homosexuella kontakterna ställdes till dem som intervjuades 1966 och 1967; däremot inte till de 38 personer, som intervjuades 1968.

12.10.2 Kvinnorna

En av kvinnorna hade avbrutit intervjun före avsnittet om sexualitet. I fortsättningen baseras alltså redogörelsen på svaren från 13 av kvinnorna.

Fyra av de 13 kvinnorna sade sig ha haft minst någon homosexuell kontakt. Motsvarande siffra i de båda andra materialen var sju av de 57 kvinnliga missbrukarna i arrestantmaterialet och *två* av de 560 kvinnorna i kontrollmaterialet.

Frågan »Har du någon gång fått betalt för att ha samlag med någon?» besvarades jakande av sju kvinnor. Alla utom en av dessa uppgav sig ha haft mer än 20 sådana samlag (=det högsta svarsalternativet). Alla utom två hade tagit betalt för samlag under 1966, tre av dem mer än 70 gånger.

Flertalet hade varit mellan 15 och 18 år när de prostituerade sig första gången. För omkring hälften av dem hade detta inträffat *före* narkotika-debuten.

11 av de 13 kvinnorna hade varit gravida minst en gång. För två av de 11 saknas närmare uppgifter om antalet graviditeter, samt om eventuella spontana eller provocerade aborter.[1] Om de återstående nio kvinnorna erhölls bl. a. följande uppgifter:

1. De var 1966 mellan 23 och 40 år gamla; alla utom två dock mellan 23 och 27.
2. Bara en av dem hade varit gravid en enda gång; för de andra var antalet graviditeter 2 (i två fall), 3 (tre fall), 5 (ett fall) och 7 (två fall). Totala antalet graviditeter inom gruppen uppgick till 33.
3. *20 av de 33 graviditeterna* (alltså nästan 2/3 av fallen) *hade avbrutits,* genom provocerade aborter (sju fall, varav bara en legal), men *främst genom spontana aborter* (antalet spontana aborter uppgick till 13, vartill dock kommer två barn, som dog strax efter födelsen; jfr nedan).
4. Inte mindre än sju av de nio kvinnorna hade haft åtminstone någon spontan abort. En 23-årig flicka som varit gravid sju gånger hade haft fem spontana aborter. En 23-årig och en 26-årig kvinna, båda med tre graviditeter, hade båda haft två spontanaborter; i båda fallen dog det tredje barnet inom tre månader efter födelsen.

Antalet spontanaborter var alltså mycket högt. En tänkbar felkälla här är att några av kvinnorna kan ha rubricerat en abort som »spontan» när den i själva verket varit provocerad. Mot detta talar dels att flertalet av kvinnorna på andra håll i intervjun öppet berättade om andra kriminella eller tabubelagda handlingar som de hade begått (narkotikabrott, prostitution, homosexualitet, m. m.), dels att några av kvinnorna uppgav att de hade erfarenhet av *både* spontana och provocerade aborter.

De graviditeter som inträffade *innan* kvinnorna hade börjat använda narkotika avbröts betydligt mer sällan genom spontanaborter (två av 12) än dem som inträffade *efter* narkotikadebuten (13 av 21).[2] Det är *möjligt,* att själva missbruket är en del av förklaringen till den höga frekvensen av spontana aborter inom gruppen. Men några slutsatser kan naturligtvis inte dras av materialet. Svårigheterna att fastställa sådana orsakssamband är säkerligen betydande; att det är helt omöjligt med en så liten grupp, med så många okontrollerade faktorer och med data som enbart utgörs av intervjuuppgifter, är självklart.

12.11 *Psykiska sjukdomar*

Ett par frågor gällde om intervjupersonerna hade haft psykiska besvär eller sjukdomar och om de i så fall hade fått läkarvård för detta. Här kan några av de största skillnaderna i hela intervjumaterialet konstateras mellan kontrollfallen och de båda missbrukargrupperna.[3]

I tabell 11.1 redovisas svaren på några av frågorna för männen inom LEG-gruppen, den äldre (26 år–) arrestantgruppen och de äldre (21–25 år) kontrollfallen.

Det bör observeras, att det inte fanns några frågor om psykiska sjukdomar och om vård

[1] Sannolikt har intervjuarna på grund av tidsbrist varit tvungna att i de två fallen hoppa över detta avsnitt i intervjun.

[2] I den senare siffran (13) har de två barn som dog strax efter födelsen, inräknats.

[3] Frågorna lydde:
1. »*Har du haft några nervösa besvär?*» Om ip svarade ja, ställdes följdfrågor om han/hon hade fått sjukhus- eller annan vård för detta. Alla – även de som förnekat »nervösa besvär» – fick sedan frågan om de någon gång hade vårdats på mentalsjukhus.
2. »*Har du någon gång känt dig djupt deprimerad?*»
3. »*Har du någon gång funderat på att ta livet av dig?*» Självmords*försök* efterfrågades inte särskilt. Men om ip här *spontant* uppgav, att han/hon gjort ett (eller flera) självmordsförsök, kodades i stället detta svar.

Tabell 11.1 Sjukhusvård för psykiska sjukdomar, självmordsfunderingar och -försök. LEG-, arrestant- och kontrollmaterialen. Män. Andel ja-svar inom resp. material.

	LEG		ARR (26 år–)		KONTR (21–25 år)	
Sjukhusvård för psyk. sjukd. (n=74, 111, 337)	74		48		3	
»Suicidfunderingar» (n=74, 110, 337)	34	64	38	53	10	11
Suicidförsök (n=74, 110, 337)	30		15		1	

Anm. Till kategorin »suicidfunderingar» har förts individer som sade sig ha haft sådana funderingar, men *inte* uppgav att de gjort något självmordsförsök.

för dessa *före* narkotikadebuten. Narkotikabruket förklarar rimligen en del av de konstaterade skillnaderna.

Tre fjärdedelar av LEG-männen mot knappt hälften av arrestanterna och tre procent av kontrollfallen hade vårdats på sjukhus för psykiska sjukdomar. Nästan en tredjedel av LEG-männen mot 15 procent av arrestanterna och en enda procent av kontrollfallen uppgav *spontant* att de hade försökt att ta livet av sig.

Inom LEG-gruppen var både vård på mentalsjukhus och självmordsplaner eller -försök något vanligare bland de män, vilkas föräldrar tillhörde *socialgrupp 1*; några nämnvärda skillnader mellan de olika *åldersgrupperna* förelåg däremot inte.

Alla utom en av de 14 *kvinnorna* sade sig ha fått läkarvård för psykiska besvär, åtta hade vårdats på mentalsjukhus. *Alla utom två* hade funderat på att beröva sig livet, och sju – halva gruppen – hade försökt att göra det.

12.12 *Narkotika*

12.12.1 Inledning

Vi har tidigare konstaterat, att det stora flertalet av de undersökta personerna hade använt narkotika under mycket lång tid; över hälften av männen tog narkotika första gången mer än 10 år före legaltiden, över 85 procent mer än fem år före.

Sannolikt alla andra svenska undersökningar av narkotikamissbrukare rör personer med betydligt kortare missbrukstider. Det gör att *omständigheter kring debuten* i denna grupp kan tänkas ha ett speciellt intresse: Skiljer sig de som debuterade för mycket länge sedan från dem med kortare missbrukstider i fråga om social bakgrund, ålder, preparattyp och intagningssätt vid debuten? Vilken belysning ger materialet åt vanliga föreställningar om när olika typer av missbruk började spridas inom olika grupper? Dessa frågor behandlas i det närmast följande avsnittet, där även skillnader i debutomständigheter mellan män från olika socialgrupper redovisas.

I nästa avsnitt berörs preparattyper inom gruppen (efter debuten). Vilka preparat hade de intervjuade använt mest? I vilken utsträckning förekom blandmissbruk av olika preparattyper?

Till sist: Vilka förändringar innebar Åhströms förskrivning för gruppens narkotikavanor? Vilka åsikter hade intervjupersonerna om denna förskrivning? Kan några förändringar i narkotikabruket konstateras, för den grupp som intervjuades först 1968, från legaltiden 1966 till intervjutillfället?

12.12.2 Omständigheter kring narkotikadebuten

Missbrukets varaktighet och föräldrarnas socialgrupp

Socialgruppsfördelningen var ungefär densamma inom grupperna med mycket långa (11 år–) och medellånga (6–10 år) missbruksperioder. Av de 10 män som debuterade högst fem år före legaltiden, utgjorde däremot socialgrupp 3 den största gruppen (sex av 10 mot omkring en tredjedel av de båda andra grupperna).

Tabell 12.1. Ålder vid debuten efter föräldrarnas socialgrupp. Män. Procent.

Ålder vid debuten	Socialgrupp 1	2	3	Totalt
–20 år	73	45	65	58
21 år –	27	55	35	42
Summa	100	100	100	100
	n=15	n=31	n=26	n=72

Ej svar: 2

Ålder vid debuten

Över hälften av männen (58 procent) debuterade före 21 års ålder, 11 av de 77 (14 procent) före 17 års ålder. 14 tog narkotika först sedan de fyllt 25 år.

De 14 kvinnorna debuterade i något yngre åldrar än männen; 10 av dem före 21 år.

Det var, bland *männen*, inga stora skillnader i debutålder mellan de som börjat använda narkotika relativt nyligen och de som hade långa missbrukstider. För *kvinnorna* däremot gäller, att ju kortare deras missbruksperioder var, desto *äldre* hade de varit vid debuten.

Tidig narkotikadebut var vanligare bland män från socialgrupp 1 och 3 än från socialgrupp 2.

Preparattyp och intagningssätt vid debuten

Flertalet av männen (44 av de 72 som besvarade frågan, dvs. 61 procent) hade använt något centralstimulerande medel vid debuttillfället. För kvinnorna var motsvarande siffra 10 av 13. Anmärkningsvärt många av männen, 16 individer, tog dock preparat av morfintyp »första gången». Endast fem av männen och ingen kvinna använde cannabis vid debuten. Den skillnad i preparattyp vid debuten som framträder när materialet delas upp på missbruksperioder *till och med* respektive *över* 10 år, är att de män som hade mycket långa missbrukstider i högre utsträckning började med morfin – en dryg fjärdedel av dessa mot 15 procent av män med kortare missbruksperioder.

En fjärdedel av männen *injicerade* debutpreparatet. Sex »rökte» första gången (cannabis i fem, opium i ett fall). Av de 13 kvinnor som besvarade frågan hade endast två injicerat första gången.

Injektion vid debuten var något vanligare i gruppen med högst 10 års missbrukstid (28 procent av männen) än i gruppen med längre missbruksperioder (21 procent). Av de 10 män som debuterade högst fem år före legaltiden, hade fyra injicerat debutpreparatet.

Resultaten avviker, vad gäller preparattyp och framför allt intagningssätt vid debuten från arrestantundersökningen (män, procent):

	Leg	Arr (26 år–)
Deb. prep. Mo (n=72, 108)	22	14
Injektion vid deb. (n=71, 109)	24	47

Av tabell 12.2 framgår, att injektion av *centralstimulantia* vid debuten bara förekom hos några få män (fyra individer); intravenös eller subkutan *morfin*debut var tre gånger vanligare. Någon injektionsdebut förekom inte under åren 1939–49; 1950 inträffade det första fallet av injektion av centralstimulantia vid *debuten*.

Asocialitet före debuten

I historiska framställningar av narkotikabrukets utveckling i Sverige, har det hävdats[1] att missbruket spred sig från konstnärs- och bohemkretsar till asociala och kriminella gäng någon gång i början av 1950-talet. Injektionsmissbruket av amfetamin skulle sålunda ha inletts inom det litterära Metamorfossällskapet omkring 1952 och därefter ha tagits upp av asociala grupper.

Några rader skall ägnas frågan, om uppgifterna från de intervjuade Åhströmpatienterna ger stöd åt denna historieskrivning.

I vilken utsträckning hade de tidigaste debutanterna gjort sig skyldiga till brott eller andra »asociala» handlingar *före* narkotikadebuten? För att belysa frågan om registrerad asocialitet före respektive efter debuten, har

[1] *Bejerot, N.*, Narkotikafrågan och samhället, s. 135 f.

Tabell 12.2. Preparat och intagningssätt vid debuten efter debutdecennium. Män. Procent.

		1939–49	1950–59	1960–	Totalt
Morfin	per os[1]	17	2	—	5
	injektion	—	23	18	17
Centralstim.	per os	66	51	55	56
	injektion	—	5	18	5
Övrigt[2]		17	19	9	17
	Summa	100	100	100	100
		n=18	n=43	n=11	n=72

Ej svar: 2

[1] Till morfin per os har även förts ett fall av opiumrökning.
[2] »Övrigt» = i fem fall cannabis; i fyra barbiturat- eller meprobamatmedel; dessutom tre oklara fall (varav 1 intravenös debut). – I de fall, då barbiturat– eller meprobamatpreparat kodats som debutmedel, hade ip uppgivit, att de använt medlen som narkotika, »knarkat på dem».

ett registerindex konstruerats, baserat på uppgifter från kriminal- och kontrollstyrelseregistren samt nykterhets- och barnavårdsnämnder. Resultaten av denna jämförelse redovisas senare (s. 372 ff.). Här skall bara nämnas, att närmare hälften (48 procent) av samtliga män hade minst någon anteckning i något av de nämnda registren under de fyra åren före narkotikadebuten. Av de 19 män som började att använda narkotika *före* 1950, hade åtta antecknats i minst något register under fyraårsperioden före debutåret. Fyra av dessa hade under perioden begått i kriminalregistret antecknade brott; två hade dömts till långvariga fängelsestraff.

Känd »asocialitet» före debuten var alltså nästan lika vanligt bland dem som debuterade före 1950 som inom hela gruppen. Att peroralt narkotikamissbruk förekom hos tidigare kriminellt »belastade» personer redan under 1940-talet får därför anses klart. Däremot kan man naturligtvis inte, med ledning av dessa uppgifter, säga något om hur *utbrett* det var.

Huruvida också *injektions*missbruk förekom inom sådana grupper under 40-talet framgår inte av detta material. Uppgifter från arrestantundersökningen tyder dock på att så var fallet.[1]

Det är möjligt att det skedde en spridning av narkotikabruk från Metamorfosgänget till »asociala grupper» under 50-talets början. Resultaten här tyder emellertid på, att detta i så fall bara var *en* av spridningsvägarna, eftersom narkotikabruk tycks ha förekommit inom sådana grupper redan tidigare, före Metamorfos-perioden.

12.12.3 Narkotikabruket efter debuten

Missbrukets omfattning

Samtliga de intervjupersoner som besvarade frågan (72 män, 13 kvinnor) hade tagit narkotika mer än 100 gånger (vilket var det högsta svarsalternativet). En man och en kvinna hade aldrig injicerat narkotika.[2] De övriga hade alla injicerat mer än 100 gånger.

Preparattyper efter debuten

(a) Mest använda preparat

En dryg tredjedel av männen – men endast en av kvinnorna – sade sig ha *mera* erfarenhet av morfin än av någon annan preparattyp. En klar skillnad fanns här mellan individer med olika långa missbruksperioder. 39 procent av män med 11 års missbruk eller mer (n=38) hade mest erfarenhet av morfin, mot 30 procent av män med högst 10 års missbruk (n=33). Bara en av de nio män som använt narkotika under högst fem år – och som besvarade frågan – hade tagit morfin mer än något annat medel.

Män från socialgrupp 1 och 2 hade oftare mest erfarenhet av morfin (närmare hälften) än män från socialgrupp 3 (omkring en femtedel).

[1] Sålunda säger sig en Åhströmpatient, som ingår i arrestantundersökningen men ej i denna undersöknings intervjuurval, ha debuterat intravenöst (morfin) redan 1946 på ett fängelse tillsammans med 5–10 medinterner, vilka alla uppgavs ha tagit narkotika vid tillfället.
[2] I intervjubortfallet finns sannolikt ytterligare minst ett par fall av icke-intravenöst narkotikabruk; jmf not 3, s. 347.

(b) Mest använda preparat i relation till debutpreparat

För flertalet av männen gäller, att de hade mest erfarenhet av den preparattyp, som de hade använt vid debuten. Av de 43 individer som började med något centralstimulerande medel, hade 35 mest erfarenhet av centralstimulantia; endast åtta av morfin. Av de 16, för vilka morfin var debutpreparat, hade alla utom tre också mest erfarenhet av morfin.

(c) Preparattyper under åren före legaltiden

Av tabell 12.3 framgår vilka preparattyper som förekom inom gruppen under åren 1961–64, dvs. tiden närmast före den åhströmska verksamheten. Vid kategoriseringen har hänsyn inte tagits till andra typer av preparat än morfin och centralstimulantia.[1] Till morfinkategorin har förts individer som endera enbart tagit morfinpreparat under perioden, eller kombinerat morfin med andra preparat än centralstimulantia, etc.

Även om de »rena» morfinisterna var få, hade 38 män (53 procent) och 8 av de 13 kvinnorna använt morfinpreparat under minst något av de fyra åren innan de blev Åhströms patienter.

Tabell 12.3. Preparattyper 1961–64. Absoluta tal.

	Män	Kvinnor
Mo	8	—
C	31	4
Mo+C	30	8
Ej nark[1]	3	1
Summa	72	13

Ej svar: 2 män, 1 kvinna

[1] Hit har förts de ip som inte tog narkotika under något av åren, vilket i ett par fall förklaras av att de debuterade först 1965.

12.12.4 Legaltiden

Inledning

I vilken utsträckning *förändrades* gruppens narkotikavanor under »legaltiden»? Detta kan i någon mån belysas av svaren på två av intervjufrågorna. Den ena gällde vilka preparat som de intervjuade hade använt under åren före respektive under »legalåret». Den andra löd: »Tog du mer eller mindre narkotika, innan du började få legalt?»

Värdet av den senare frågan är osäkert, eftersom intervjupersonerna kan ha påverkats av möjligheten att undersökningsresultatet skulle kunna användas *mot* den åhströmska verksamheten, om många visade sig ha ökat sin narkotikakonsumtion, sedan de blev »legala».[2]

Förändring av preparattyper

Om man inskränker jämförelsen till preparat av morfintyp och centralstimulerande medel, sker från åren 1961–64 till »legalåret» en klar ökning av *blandmissbruket* morfin + centralstimulantia. Som framgår av tabell 12.4. uppgick blandmissbrukarna, bland männen, till 43 under legalåret mot 30 under perioden 1961–64. Det framstår som en betydande ökning, särskilt om man

[1] Alla inom gruppen som tog narkotika under perioden, använde antingen morfin eller centralstimulantia minst något av åren.

[2] Det bör observeras att det inte finns någon annan metod, genom vilken man skulle kunna få ett mera tillförlitligt svar på denna fråga. En genomgång av de narkotikarecept som Åhström förskrev 1965—67 kan visa, om de förskrivna kvantiteterna ökade *under* legaltiden. En sådan genomgång har utförts av *Bejerot* (Narkotikafrågan och samhället, s. 376 ff). Enligt Bejerot ökade antalet förskrivna doser av centralstimulantia kraftigt under perioden, räknat per patient. Av Bejerots redogörelse framgår dock inte, för *hur många* av patienterna som de förskrivna doserna ökade eller för *hur många*, om några, som de minskade. – Stegringen per patient *behöver* inte betyda en ökad konsumtion bland de »officiella» patienterna; den kan också bero, och beror säkert delvis, på en ökning av antalet överlåtna doser. – Det bör här tilläggas, att några receptbearbetningar av detta slag inte företagits inom ramen för denna undersökning; enligt överenskommelse mellan socialmedicinska institutionen och docent A Bergsman skall en sådan analys i stället utföras av docent Bergsman och dr G Järpe som ett led i en studie rörande vissa av Åhströms patienter.

Tabell 12.4. Preparattyper 1961–64/legalåret. Män. Absoluta tal.

Legalåret	1961—1964				
	Mo	C	Mo+C	Ej nark	Σ
Mo	2	—	—	—	2
C	1	20	5	1	27
Mo+C	5	11	25	2	43
Summa	8	31	30	3	72

tänker på att en fyraårsperiod här jämförs med en ettårsperiod: en morfinist som tog centralstimulantia vid endast något enstaka tillfälle under åren 1961–64 har alltså betraktats som »blandmissbrukare» under denna period. Jämför man i stället med endast det sista av de fyra åren, steg antalet blandmissbrukare från 25 män under 1964 till 43 under legalåret.

Av de åtta rena morfinisterna under perioden 1961–64 återstod bara två under legalåret. Av de 31 som enbart använde centralstimulantia 1961–64 tog 11 även morfin under legalåret.

Ökade eller minskade konsumtionen under legaltiden?

Svarsfördelningen – för männen – på frågan, om den intervjuade hade ökat eller minskat sin narkotikakonsumtion, sedan han/hon blev Åhströms patient framgår av nedanstående uppställning:

Ökade	18
Lika mycket	11
Minskade	35
Vägrade svara	8
Summa	72
Ej svar:	2

Även om de åtta män som vägrade att besvara frågan, samtliga antas ha *ökat* doserna, förblir gruppen som uppger sig ha *minskat* sin narkotikakonsumtion den största. Denna uppgift måste dock, som nämnts, bedömas som osäker.

För *kvinnorna* är gruppen »ökade» + »vägrar» lika stor som gruppen »minskade».

Förändring av konsumtionen från legalåret till 1968

Vi frågade de personer som intervjuades 1968 om de tog mer eller mindre narkotika »numera» än vad de hade gjort under Åhströmtiden. Av de 29 män som besvarade frågan (n=31) hade två slutat att använda narkotika. Så många som 25 av de övriga förklarade att de hade *minskat* sin konsumtion, 20 uppgav att de tog »*mycket* mindre» 1968 än under legaltiden.

En av de sju *kvinnor* som intervjuades 1968 hade slutat med narkotika, fyra tog »mycket mindre» 1968.

Vad patienterna ansåg om legal förskrivning

I intervjun ingick en s. k. öppen fråga: »Vad tycker du om systemet med legal förskrivning?» Att det var *Åhströms* »system» som åsyftades framgick av sammanhanget; de som intervjuades 1968 tillfrågades vad de »på den tiden» (dvs. när de var Åhströms patienter) ansåg om systemet, och de som var eller hade varit patienter vid specialpolikliniken (jfr ovan, s. 345) uttalade sig dessutom ofta om vad de tyckte om den »auktoritativa» förskrivningsmodell, som tillämpades där.

Svaren på denna fråga har ett mycket varierande informationsvärde; ibland har intervjuaren bara antecknat något enstaka ord (t. ex. »bra»), men i många fall återges utförliga diskussioner av det liberala förskrivningssystemets för- och nackdelar.

a) Positiva omdömen om »systemet»

I nästan alla svar sägs att systemet med legal förskrivning av narkotika var »bra», »utmärkt» eller liknande. Motiveringarna sammanfaller i stort sett med dem som framfördes av Åhström själv, nämligen främst:

1. »*Mättnads*»-*argumentet*, som innebär, att narkomanen så småningom tröttnar på narkotika om han får så mycket han vill ha av det:

»Jag fick så mycket att jag äcklades, jag ville inte ha mer. Som att ge barn snask: ge dom så mycket att de inte orkar mer.»

»Man fick en chans att själv bestämma sig för att sluta. Jag tröttnade på det flera gånger.»

2. *»Avkriminaliserings»-argumentet,*

som innebär att den »legale narkomanen» inte längre behöver begå brott för att skaffa pengar till narkotika och att tillgången till fri narkotika ökar möjligheterna till en generellt förbättrad social anpassning:

»Totalt beroende av att vara 'legaliserad' för att kunna vara social.»

»Man kan leva ett socialt liv nu. Kan vara hemma på kvällarna.»

»Systemet bra. Vändpunkten. Slutade med brott.»

Många framhöll *andra* positiva aspekter på befrielsen från tvånget att skaffa narkotika illegalt. Man slapp hela »tjack-jakten», slapp oron över att inte få tag på narkotika och man fick »tid över att tänka på annat». Några underströk också, att legaliseringen upplevdes som en avkriminalisering av bruket: man *kände sig* inte längre »kriminell» för att man var narkoman:

»Behövde inte handla svart. Kändes inte brottsligt. Man fick lugn och ro.»

»Man kände sig inte som en bandit, för man fick ju ett papper att gå till apoteket med.»

Ett återkommande svar var också, att patienternas *självkänsla* hade stärkts under legaltiden. I några fall framställdes detta som ett resultat av den statusförändring som legaliseringen upplevdes innebära; ibland som en följd av kontakterna med Åhström:

»Trodde på idén att ge folk som redan var narkomaner knark legalt... Kände mig fri, folk såg inte ner på mig längre.»

»Många har blivit friska, trots att de fortfarande använder (narkotika): de har kunnat *resa sig.*»

»Med det liberala systemet blir man uppfattad av omvärlden som en människa, genom att man visas förtroende att bestämma över sig själv.»

b) Positiva omdömen om Åhström

Trots att frågan löd: »Vad tycker du om systemet...», svarade många med att tala om vilken positiv roll som den personliga kontakten med Åhström hade spelat för dem. Somliga framhöll att det var denna kontakt, inte narkotikaförskrivningen, som var det väsentliga för dem:

»Åhström har man förtroende för. Det var Åhströms person som var betydelsefull för mig. Vi pratade mycket och hade bra kontakt.»

Vad var det hos Åhström som gjorde att denna kontakt upplevdes som så väsentlig? Han gav sig tid att tala med oss, han lyssnade på oss, han behandlade oss som människor, han visade oss förtroende, han »trodde» på oss, han var lojal med oss och ställde sig på vår sida – det är några av svaren:

»Åhström var en vändpunkt för mig. Att en människa *trodde* på en.»

»... kom underfund med att Eje (=Åhström) var full av förståelse för oss.»

»Man fick känslan av att någon brydde sig om en, genom att samhället – Åhström – ställde sig på våran sida.»

c) Kritik

I påfallande många svar *kombineras* dessa mycket positiva omdömen om systemet och om Åhström personligen med delvis hård kritik mot vissa inslag i verksamheten. Kritiken riktas också mot »patientgruppen» eller mot delar av den, för att man »missbrukat» det »förtroende» som Åhström hade givit den.

Vad innebar detta »förtroende»? I sin promemoria till narkomanvårdskommittén[1] skriver Åhström:

»Patientföreningen har ansvaret för verksamheten, vilket betyder att alla vet, att om de ej tillrättaför dem som missbrukar det förtroende som förskrivningen innebär, så kommer hela försöksverksamheten att misskrediteras och upphöra. Såvitt jag förstår är detta bästa möjligheten att motverka att förskrivna preparat säljs eller överlåtes ... Dessutom innebär denna ansvarsfördelning en god psykoterapi.»

Åhström säger i fortsättningen att det visserligen hade klargjorts, att överlåtelser stod i strid med »lag och förordning»,

[1] SOU 1967: 25, s. 255.

men, fortsätter han:

»Jag har aldrig givit några reprimander, när mycket ofta berättas om att så ändå skett, då starka humanitära skäl förelegat. Ett annat förhållningssätt från min sida skulle bara lett till smussel och skadat förtroendet mellan mig och patienten.»

Åhström bedömde det alltså som avgörande för verksamhetens fortsatta existens att försäljning eller överlåtelser av de receptförskrivna preparaten inte ägde rum. Men det stred mot en av hans terapeutiska grundprinciper att försöka hindra sådana överlåtelser genom att begränsa dosernas omfattning. Han överlät därför ansvaret på patientföreningen. Det var detta »förtroende» som många av de intervjuade, ofta i starkt moraliserande tongångar, förklarade att de själva, eller andra inom gruppen, hade »svikit»:

»(Somliga) missbrukade förtroendet, t. ex. genom försäljning.»

»Systemet riktigt. Men det motarbetades av oss.»

»Alla kunde inte sköta (förtroendet), (de) saboterade (verksamheten).»

»Vi fick bestämma själva hur mycket vi ville ha, det var ett oerhört ansvar, som vi inte klarade. Man ljög för Åhström, tog ut mer än vad man kanske behövde.»

Den vanligaste kritiken i övrigt var att kontrollen var för svag, att personer som »missbrukade förtroendet» trots detta hade accepterats som patienter, att det ställdes för få villkor och krav på patienterna och att Åhström borde ha tagit ett större ansvar för verksamheten:

»Legal förskrivning är bra, om den bedrivs *under kontroll*. Lösa boliner här. Borde vara mer villkor.»

»Det borde vara strängare kontroll för de yngre.»

»Det borde vara mer allvarsord, mer skärpning här hos Åhström.»

»Skrevs ut för mycket åt vem som helst. Borde ha ställts mera krav på oss.»

»(Gäller här som vid all medicinering): läkarna måste ta större ansvar.»

d) Oro för att verksamheten skulle avbrytas

»Det hela är en lek med oss, sen tar dom det ifrån oss.»

Många uttryckte stark oro för att myndigheterna skulle tvinga Åhström att avbryta verksamheten. Ibland framställdes denna oro som ett av skälen till att »Åhströms intentioner» inte förverkligades. Någon uppgav, att man ökade doseringarna när det började stå klart att patienterna skulle överföras till andra läkare: »det gällde att ligga bra till inför dem man skulle gå till sen.»

e) Specialpolikliniken

Alla utom en av dem, som efter Åhströmtiden hade överförts till *specialpolikliniken* var starkt kritiska mot verksamheten där. Huvudskälet var den »nedlåtande» och »moraliserande» attityd, som man sade sig ha mött vid specialpolikliniken till skillnad från hos Åhström, och vidare en påstådd frånvaro av psykoterapi och av personlig kontakt med läkarna vid polikliniken.

f) Sammanfattning

Nästan alla de intervjuade uttalade sig starkt positivt om det liberala förskrivningssystemet, samtidigt som åtskilliga kritiserade den upplevda bristen på *kontroll* över verksamheten. Nästan alla uttalade sig också ytterligt uppskattande om Åhström, samtidigt som många beklagade att det hade ställts för små krav på patienterna och att Åhström inte hade tagit ett tillräckligt ansvar för verksamheten.

12.13 *Övriga förhållanden under legaltiden*

12.13.1 Inledning

Här skall i korthet beröras vissa intervjuuppgifter om *arbets- och bostadsförhållanden* samt *alkoholvanor* under *legaltiden* för den intervjuade gruppen. Den tidpunkt det gäller är i samtliga fall senhösten (november–december) 1966.

Till dem som intervjuades 1966 ställdes frågorna så, att de åsyftade förhållanden *vid*

intervjutillfället. De som intervjuades 1968 fick här i stället besvara retrospektivt formulerade frågor av typ: »Var bodde du (vilka bodde du hos) på senhösten 1966?» Frågor av detta slag ställdes dock inte till de sex män, som intervjuades på polisarresten 1967, varför dessa inte har medräknats i den följande redogörelsen.[1] Avsikten med förfarandet var alltså, att för en så stor del som möjligt av intervjugruppen kartlägga situationen i olika avseenden under legaltiden. Risken för minnesfel och kanske också rationaliseringar bör samtidigt ha ökat.[2]

12.13.2 Arbete

Flertalet av de intervjuade *saknade arbete* hösten 1966. 42 män (63 procent) och nio av de 14 kvinnorna sade sig vara helt utan arbete.[3] Nio av männen och en kvinna hade »tillfälliga arbeten», medan 20 (16 män och fyra kvinnor) angav att de hade ett »fast arbete». Av de senare var dock, enligt de uppgifter från försäkringskassorna som erhölls för registerundersökningen, 10 sjukskrivna mer än tre månader under år 1966, varav tre under hela eller praktiskt taget hela året.

12.13.3 Bostad

Av männen (n = 68) bodde fem hos sina föräldrar på hösten 1966 och två i uthyrningsrum, medan sju saknade bostad. De övriga 54 bodde i lägenheter, som de i flertalet fall (35) *delade* med andra. Dessa lägenheter förefaller sällan, om ens i något fall, ha varit regelrätta »knarkarkvartar». I allmänhet uppgick *antalet personer*, som de intervjuade delade bostad med till en eller två; bara i två fall översteg antalet tre.

Bilden är i stort sett densamma för de 14 *kvinnorna.* Två av dem sade sig ha saknat bostad hösten 1966, fyra bodde hos sina föräldrar, fyra ensamma i egna lägenheter, de andra i delade lägenheter, av vilka högst en var av »kvart»-typ.

Några frågor om lägenheternas modernitetsgrad, utrustning, etc., ingick inte i formuläret. Men att det stora flertalet hade ordnad bostad, att nästan inga av dessa var knarkarkvartar och att förhållandevis många (28 procent av samtliga; n = 82) bodde ensamma i egna lägenheter, antyder en bostadsstandard, som får sägas vara högre än man kunde vänta för en grupp svåra narkotikamissbrukare.

12.13.4 Alkohol

Inledning

Olika uppgifter visar, att det hos många av Åhströms patienter hade förekommit ett betydande alkoholmissbruk *före* legaltiden (se s. 381). Blandmissbruk narkotika/alkohol synes inte heller ha varit ovanligt. Här är avsikten att låta vissa intervjuuppgifter belysa frågan, i vilken utsträckning sådant blandmissbruk förekom även *under* legaltiden. I registeravsnittet kommer samma fråga att beröras med utgångspunkt från registerdata.

Alkoholkonsumtionen 1966

Att döma av intervjusvaren var *miss*bruk av alkohol inom gruppen under hösten 1966 mycket ovanligt, om det ens förekom. Hälften av männen (51 procent; n = 67)

[1] Jmf ovan, s. 348.

[2] Vissa ansträngningar gjordes dock att reducera risken för minnesfel. Intervjuarna försökte under den andra intervjuomgången på olika sätt kontrollera att ip verkligen talade om hösten 1966 (och inte t. ex. om hösten 1965); *dels* frågade man i intervjuns inledning om ip kunde erinra sig »den tiden», vad man hade gjort då, etc (varvid förhållandet att perioden inträffade några månader före den åhströmska verksamhetens avveckling var en viktig hållpunkt), *dels* ställdes ett *stort antal* retrospektiva frågor av detta slag, vilket gav goda möjligheter att konstatera eventuella inkonsekvenser i svaren. – De (måttliga) olikheter som förekommer mellan grupperna (individer intervjuade 1966 resp. 1968) i de här redovisade variablerna kan bero på fel av de nämnda slagen, men de kan också sammanhänga med *faktiska* skillnader i t. ex. arbets- och bostadsförhållanden under legaltiden mellan grupperna. Ett skäl för antagandet att sådana faktiska skillnader förelåg är att gruppen »intervjuade 1968» var den *första* intervjuomgångens *bortfall*; dvs. denna grupp var mer svåranträffbar då.

[3] I denna siffra har även medräknats fyra män som uppgav sig vara studerande samt två förtidspensionärer.

sade sig (»numera») aldrig smaka vin eller sprit. Flertalet av de övriga (20 av de 67) drack vin eller sprit *högst* en gång per månad; endast tre av männen konsumerade vin eller sprit *mer än* 10 gånger i månaden.

Intressant är, att alkoholkonsumtionen *under legaltiden* tycks ha varit lika obetydlig inom den grupp som var aktuell för undersökning eller åtgärd av nykterhetsnämnd under perioden närmast *före legalförskrivningen*. Antalet »aktuella hos nykterhetsnämnd» under åren 1964–65 uppgick till 22 (samtliga män).[1] Av dessa intervjuades dock bara 14. Åtta av de 14 männen uppgav att de *aldrig* smakade vin eller sprit hösten 1966; ingen av dem sade sig ha gjort det mer än 10 gånger/månad.

Förändring av alkoholkonsumtionen 1966–1968

De 30 män som intervjuades 1968 (och besvarade dessa frågor) tillfrågades om sina alkoholvanor både under hösten 1966 och vid intervjutillfället 1968. Svaren tyder på en låg konsumtion inom denna grupp även 1968, men för 11 av de 30 hade den *ökat* från 1966 till 1968 (medan den *minskat* i bara två fall).

Kvinnornas alkoholvanor

Omkring hälften av kvinnorna (sex av 13) sade sig aldrig ha smakat vin eller sprit 1966; ingen av kvinnorna hade gjort det mer än fyra gånger i månaden. För fem av de sju kvinnor som intervjuades 1968 hade alkoholkonsumtionen *ökat* från 1966 till intervjutillfället.

12.14 *Registerundersökningen*

12.14.1 Inledning

Antagligen alla undersökningar visar hög korrelation mellan narkotikamissbruk och kriminalitet. Olika slags analyser av detta samband har förekommit i diskussionen.

Enligt en typ av »förklaringar» är kriminaliteten (även bortsett från de rena narkotikabrotten, t. ex. olaga innehav) sekundär i förhållande till missbruket; missbruket »leder till» kriminalitet. Vanligen resonerar man då så här:

För det första: det är i sig självt kriminellt att inneha och överlåta narkotika; för det andra: för de missbrukare med hög narkotikakonsumtion som är hänvisade till den illegala marknaden är det svårt eller omöjligt att betala gällande svarta-börs-priser med normala arbetsinkomster, varför narkomanerna ofta »tvingas» till brott för att få pengar till narkotika; för det tredje: för de flesta, kanske alla, omöjliggör ett intensivt missbruk ordnat arbete och regelbundna, legala, inkomster.

Till samma kategori av orsaksanalyser hör också tanken, att vissa narkotikapreparat, nämligen de centralstimulerande, har en »kriminogen» verkan, varmed man åtminstone delvis synes tänka sig en renodlat farmakologisk effekt; dessa medel skulle i sig själva göra missbrukaren mer benägen att begå kriminella handlingar.

Enligt en annan typ av resonemang är *missbruket* sekundärt i förhållande till asocialiteten. Missbrukarna rekryteras i hög utsträckning från asociala grupper; det är kanske främst genom kontakter inom dessa grupper som det svåra missbruket sprids.

(Detta kan naturligtvis vara riktigt, även om det skulle visa sig, att narkomaner oftast begår sina första *lagbrott* efter narkotikadebuten. Såväl kriminaliteten som narkotikamissbruket kan vara »följder» av att individen blivit medlem i en asocial grupp, där båda dessa avvikande beteenden förekommer; det ena behöver inte vara orsak till det andra och det är i detta fall lika rimligt att tänka sig att missbruket börjar före den första kriminella handlingen som efter.)

De båda tolkningstyperna av sambandet kriminalitet/missbruk är motstridiga bara när det gäller att förklara hur sambandet *först* uppstår. Om en individ begår sitt första brott *före* missbruksdebuten, kan missbruket inte vara »orsak» till detta brott;

[1] Enligt uppgifter från nykterhetsnämnderna.

men det är naturligtvis möjligt att det är »orsak» till brott som samme individ begår senare, efter narkotikadebuten.

Det finns särskild anledning att uppmärksamma denna frågeställning när det gäller de legala narkomanerna. Bland förespråkarna för legal förskrivning, i den internationella litteraturen och i den svenska debatten, har föreställningen att det är tvånget att anskaffa narkotikapreparaten på den illegala marknaden som gjort missbrukarna kriminella, spelat en betydande roll. En legalisering skulle, enligt denna tanke, undanröja en huvudorsak till narkomanernas brottslighet och förbättra deras allmänna sociala anpassning.

När det gäller den åhströmska verksamheten, har andra hävdat, och även sökt visa, att de legala narkomanernas kriminalitet var hög under legaltiden.[1] Det är oklart om man menar att den också var *högre* då än tidigare. Men om man både hävdar, vilket förekommer, att legaltilldelningen innebar att narkomanerna kraftigt ökade sin konsumtion av bl. a. centralstimulantia och att dessa preparat har en kriminogen effekt, borde i varje fall dessa faktorer tala för en ökning av kriminaliteten inom gruppen under legaltiden.

12.14.2 Behandlade frågeställningar

Inledningsvis lämnas vissa upplysningar om vilka data som begagnats för registerundersökningen och hur de insamlats.

För att ge en uppfattning om undersökningsgruppens s. k. belastning vid undersökningstillfället redovisas först de undersöktas förekomst i olika register.

Därefter görs, med utgångspunkt från ett »registerindex» (*registerindex A*), jämförelser mellan den samlade, registrerade asocialiteten i gruppen under åren närmast före och närmast efter narkotikadebuten. Här redovisas även motsvarande siffror för åren närmast före »legaltiden» (hos Åhström).

Av ett annat registerindex (*registerindex B*) framgår den registrerade asocialiteten under »legalåret» jämfört med åren närmast före legalåret.

I en analys av uppgifter från vart och ett av de olika registren försöker vi sedan besvara frågor om kriminalregisterbrottslighetens omfång och art under legalåret, jämfört med några tidigare år under 1960-talet, och om eventuella förändringar av antalet anteckningar i nykterhetsnämndernas register under samma period. Motsvarande jämförelser görs också vad gäller utbetalning av socialhjälp och sjukskrivningsperioder inom gruppen under dessa år.

Till sist diskuteras samband mellan registrerad asocialitet före narkotikadebuten och under legalåret, samt samband mellan å ena sidan vissa registervariabler, å den andra dels undersökningspersonernas ålder vid narkotikadebuten, dels deras föräldrars socialgruppstillhörighet.

12.14.3 Begagnade register

För denna undersökning har använts uppgifter om undersökningspersonerna från följande register, m. m.:

(1) Kriminalregistret

(2) Kontrollstyrelsens straffregister

(3) De kommunala nykterhetsnämndernas register

(4) De kommunala socialnämndernas register (inkl. barnavårdsnämndsakter)

(5) Uppgifter om sjukskrivning från de allmänna försäkringskassorna

För att erhålla uppgifter ur de kommunala registren även från de kommuner, där undersökningspersonerna tidigare varit bosatta, klarlades genom förfrågningar hos mantalsregister och ett stort antal pastorsexpeditioner i vilka kommuner dessa hade varit skrivna från 10 års ålder till och med 1968. Därefter erhölls uppgifter från nykterhets- social- och barnavårdsnämnderna i samtliga dessa kommuner (sammanlagt drygt 70).

[1] *Bejerot* uppger, att av de 144 personer på den s. k. receptförteckningen som var födda 1920 eller senare greps 48 (33 procent) av polisen i Stockholm, misstänkta för brott, under sina individuella »förskrivningsperioder». (*Bejerot*, N: Narkotikafrågan och samhället, s. 359) Bejerot anger dock inte några jämförelsetal för andra tidsperioder. »Gripen av polisen för misstanke om brott» utgör för övrigt självfallet ett speciellt osäkert mått på kriminalitet.

12.14.4 Registerundersökningens tillförlitlighet. Svårigheter vid tolkning av data

De siffror, som redovisas i detta avsnitt, är i särskilt hög grad osäkra. De jämförelser som har gjorts bygger på förutom registeruppgifter, intervjudata (främst uppgift om året för narkotikadebuten) och Åhströms recept (uppgift om »legalår»). Alla dessa uppgifter är på olika sätt osäkra. Minnesfel kan ha medfört, att respondenterna uppgivit ett annat »debutår» än det faktiska. Därtill kommer att debutåret här har betraktats – i brist på annan information – som det år, då *missbruket* inleddes, vilket inte behöver ha varit fallet. Det kan t. ex. ha varit fråga om en kortare tids användande av narkotika under det uppgivna debutåret, medan »missbruket» kan ha påbörjats senare (jämför dock med vad som ovan (s. 351) sagts om de relativt få långvariga avbrotten i narkotikabruket inom den intervjuade gruppen). »Legalårs»-begreppet är, som senare skall visas, grovt och därmed missvisande. Det säkerligen allvarligaste felet ligger dock i att, som här har gjorts, se den registrerade asocialiteten som en approximation av den faktiska. Man kan här bara göra det allmänna antagandet, att en grupp som förekommer i t. ex. kriminalregistret som grupp betraktad bör ha varit mer »kriminell» än en grupp, som inte förekommer i registret.

En särskild svårighet skapas av att upptäcktsrisken sannolikt är kumulativ i den meningen, att en person som har upptäckts för ett brott, särskilt ett grovt brott, och därmed blivit känd av polisen, troligen löper större risk att »åka fast» vid efterföljande brott än en person som är okänd hos polisen. För en studerad grupp av »kriminella» personer bör därför skillnaden mellan faktisk och registrerad kriminalitet minska med tiden. Det finns med andra ord anledning att vänta sig en ökning av den registrerade kriminaliteten inom en sådan grupp, även om den faktiska kriminaliteten varit oförändrad. Hur stor denna felkälla är, kan man naturligtvis inte uppskatta. Det bör dock vara lättare att förklara en måttlig än en avsevärd ökning av den registrerade kriminaliteten mellan två tidpunkter som en följd enbart av en på detta sätt förändrad relation mellan faktisk och registrerad kriminalitet.

Tabell 14.1. Undersökningspersonernas förekomst i kriminalregistret, nykterhetsnämndernas register samt socialnämndernas register över socialhjälpstagare. Procent.

Förekomst i	Män	Kvinnor	Totalt
Kriminalregistret	77	68	76
Nykterhetsnämnds-reg.	48	32	46
Socialhjälpsreg.	92	100	93
	n=101	n=19	n=120

Nästa svårighet infinner sig, när man vill ge förändringar av registerasocialiteten kausala tolkningar. Om man finner en markant uppgång av den registrerade kriminaliteten från tiden före till tiden efter narkotikadebuten, och om man antar att detta avspeglar en ökning också av den faktiska kriminaliteten, behöver stegringen naturligtvis inte ha orsakats av missbruket. Som påpekades i inledningen till denna rapport, kan sådana slutsatser omöjligen dras på grundval enbart av denna typ av data.

Man kan emellertid få svar på frågor – varvid uppgifternas osäkerhet naturligtvis alltjämt måste observeras – *om resultaten står i strid eller inte* med vissa framförda uppfattningar om kausalsamband mellan missbruk och kriminalitet. Åsikten att flertalet inom den åhströmska patientgruppen började att begå brott därför att narkomanin tvingade dem att göra det, strider exempelvis mot undersökningsresultaten, om dessa visar, att flertalet inom gruppen enligt registeruppgifterna begick brott före narkotikadebuten.

12.14.5 Undersökningspersonernas förekomst i olika register

Av tabell 14.1 framgår undersökningspersonernas förekomst[1] i kriminalregistret, nykterhetsnämndernas register samt socialnämn-

[1] Sommaren 1968.

dernas register över socialhjälpstagare (vilka andelar som minst någon gång blivit antecknade i respektive register).

Över 75 procent förekom alltså i kriminalregistret, kvinnorna i obetydligt mindre omfattning än männen. En tredjedel av kvinnorna mot hälften av männen var registrerade hos nykterhetsnämnderna. 92 procent av männen och *samtliga* kvinnor hade åtminstone någon gång fått socialhjälp.

12.14.6 Registerindex A

Konstruktion

Att Åhströms patienter var en svårt »belastad» grupp är alltså uppenbart. I vilken utsträckning förekom de i registren redan före narkotikadebuten?

Det är meningslöst att besvara den frågan genom att se på varje register för sig, eftersom möjligheten att bli registrerad – något som gäller samtliga dessa register – beror på individens ålder. Kriminella handlingar (som upptäcks) registreras sällan i kriminalregistret, om de begås av personer som är under 18 år och sällan av barnavårdsnämnd, om de begås av personer som är över 21 år.

För alla de undersökningspersoner som debuterade i dessa gränsåldrar – vilket som tidigare framgått gällde flertalet – är därför uppgifter från *ett enda* av registren otillräckliga, om man intresserar sig för frågan om förändringar av den registrerade asocialitetens omfattning från tiden före till tiden efter narkotikadebuten.

För att försöka besvara frågan om graden av registrerad asocialitet inom gruppen före respektive efter debuten har därför ett *registerindex* konstruerats (*registerindex A*). Meningen är att det skall ge en bild av asocialiteten under olika tidsperioder, oavsett var den har registrerats. De register som begagnats är kriminalregistret, kontrollstyrelsens straffregister, nykterhetsnämndernas register samt utdrag ur barnavårdsnämndernas akter.

I detta index har införts uppgifter om undersökningspersonerna för tre lika långa tidsperioder:

FAS I = fyra år före individens narkotikadebutår

FAS II = fyra år efter individens narkotikadebutår

FAS III = fyra år före »legaldebutåret»

Anteckningar i registren från narkotikadebutåret har ej medtagits.

Registeranteckningarna har kodats på följande sätt:

0: förekommer ej i något register under perioden

1: förekommer registeranteckningar, dock ej av nedanstående slag, under 1–2 av åren

2: förekommer registeranteckningar, dock ej av nedanstående slag, under 3–4 av åren

3: a) under perioden gjort sig skyldig till brott, för vilka ådömts frihetsberövande påföljd (fängelse, straffarbete, förvaring, internering, sluten psykiatrisk vård), där frihetsberövandet varat under *högst 1 år;*

b) varit intagen på alkoholistanstalt eller ungdomsvårdsskola under *högst 1 år*

4: frihetsberövande under *mer än* 1 år; i övrigt enligt 3 ovan.

Många kriminalregisterdomar antecknas även i kontrollstyrelsens register. Registerutdragen har rensats från dessa och andra dubbelanteckningar före kodningen.

Från barnavårdsnämndsakterna har endast sådana uppgifter om åtgärder kodats, som har med barnets egen »vanart» att göra. Anteckningar om åtgärder motiverade av föräldrarnas eller annan vårdnadshavares vanskötsel av barnet har sålunda ej medtagits.

Vad vuxenkriminaliteten beträffar, har hänsyn bara tagits till den grövre kriminaliteten (dvs. den som antecknas i kriminalregistret). Det beror på att det bara är denna typ av kriminalitet som blir föremål för generell central registrering.

Kontrollstyrelsens straffregister innehåller i vissa fall anteckningar även om mindre grova brott som begåtts under alkoholpåverkan. Eftersom övrig smärre kriminalitet inte medtagits, har inte heller dessa brott och förseelser kodats. Från kontrollstyrelsens register har därför bara hämtats uppgifter om intagningar på alkoholistanstalt samt om andra ingripanden av nykter-

Tabell 14.2. Registerindex A. FAS I–II. Män och kvinnor. Procent.

	FAS I	FAS II
Ej i ngt reg.	57	33
Ant. 1–2 av åren	28	27
Ant. 3–4 av åren	—	7
Frihetsber. ≤ 1 år	6	15
Frihetsber. > 1 år	9	18
Summa (n=82)	100	100

hetsnämnd, i de undantagsfall, då dessa åtgärder inte framgått av utdragen från nykterhetsnämndernas register.

Vad frihetsberövandena beträffar har den tid som individen *faktiskt var intagen* kodats; när det gäller kriminalregisterdomarna är det alltså denna period som räknats, inte längden av det *utmätta* frihetsstraffet.

För påföljden »sinnessjukvård» respektive »sluten psykiatrisk vård» saknas uppgift om frihetsberövandets varaktighet; påföljden har genomgående kodats som »frihetsberövande under högst 1 år» (kategori 3).

Varje individ har för varje fas förts till *en* av de fem kategorierna. Förekommer olika typer av registeranteckningar för en individ under samma fas (t. ex. beslut av barnavårdsnämnd om övervakning och ovillkorligt fängelsestraff under samma fas) har den »hårdare» sanktionen kodats. (Sanktioner enligt kategori 4 har därvid tänkts vara »hårdare» än sanktioner enligt kategori 3, etc.).

Individer med okänd narkotikadebutålder (25 män, fem kvinnor) har, självfallet, inte kunnat medtagas. Detsamma gäller de individer (sex män, tre kvinnor) som har debuterat så nyligen, att jämförelsen blir missvisande. För de undersökningspersoner som ingår i index, infaller sista året under FAS II *senast* året före legaldebutåret.

Resultat

a) FAS I och II

Tabell 14.2 visar, hur de i jämförelsen medräknade individerna fördelar sig på de fem kategorierna under FAS I–II.

Det sker alltså en markant ökning av den registrerade asocialiteten från de fyra åren före debuten till de fyra åren efter. Andelen undersökningspersoner som *inte* förekommer i något register sjunker från 57 procent under FAS I till 33 procent under

Tabell 14.3. Registerindex A. Förändring FAS I – FAS II. Männen. Procent.

		FAS I		
		Ej reg	»Lätt asoc»	»Grav asoc»
FAS II	Ej reg	51	18	—
	»Lätt asoc»	35	45	8
	»Grav asoc»	14	37	92
	Summa	100	100	100
		n=37	n=22	n=12

Anm. »ej reg» = kategori 0
»lätt asoc» = kategori 1—2
»grav asoc» = kategori 3—4

FAS II. Motsvarande siffror för männen enbart är 52 procent utan registeranteckningar under åren före debuten mot 32 procent under åren efter. Antalet män i de högsta kategorierna (frihetsberövanden) fördubblas från FAS I till FAS II. För de 11 kvinnor som ingår i jämförelsen är förändringen ännu mer påtaglig: bara en av dem förekommer i något register under FAS I (och då i den lägsta kategorin) mot sju under FAS II.

Om man ser på de individuella förflyttningarna mellan kategorierna från FAS I till FAS II var det, av männen, endast fem som »flyttade» från en högre till en lägre kategori (»förbättring») mot 26 som »flyttade» från en lägre till en högre (»försämring»).

Praktiskt taget alla i de högre kategorierna (»grav asoc») under FAS I stannade i dessa kategorier under FAS II. Av de »ej registrerade» under FAS I var det däremot bara 14 procent som blev föremål för frihetsberövande åtgärder under FAS II (tabell 14.3).

Sammanfattning

Närmare hälften av de undersökta (48 procent av männen och 43 procent av samtliga) hade antecknats för brott, etc., i minst något av de aktuella registren under fyraårsperioden före narkotikadebuten. Flertalet (63 procent) av de »asociala» männen under FAS II hade antecknats för brott

eller annan asocialitet redan under FAS I. Men både för gruppen »ej reg» och för gruppen »lätt asoc» i FAS I sker en påtaglig ökning av den registrerade asocialiteten mellan faserna.

b) FAS III

Som nämndes tidigare infördes uppgifter i registerindex A även för »FAS III», dvs. de fyra åren före »legaldebutåret» (det år – under den åhströmska verksamheten – då undersökningspersonerna fick sitt första narkotikarecept av Åhström).

Mellan FAS II och FAS III föreligger en betydande overlapping. För att det inte skall bli någon sådan overlapping, måste minst åtta kalenderår ha förflutit mellan narkotika- och legaldebutåret. För ett stort antal undersökningspersoner var avståndet kortare. Särskilt gällde detta kvinnorna. För männens del redovisas siffrorna för FAS III i tabell 14.4, varvid det alltså måste observeras, att *oförändrade* siffror i förhållande till FAS II lika gärna kan bero på en oförändrad omfattning av den registrerade asocialiteten som på att de båda perioderna i praktiken helt eller delvis sammanfaller.

Trots den overlapping som sålunda förekommer, kan en tydlig ytterligare ökning av den grövre (registrerade) asocialiteten från FAS II till FAS III utläsas ur tabellen. Hälften av de undersökta männen gjorde sig alltså skyldiga till sådan kriminalitet eller annan asocialitet, som medförde frihetsberövanden under de fyra åren närmast innan de blev Åhströms patienter.

Tabell 14.4. Registerindex A. FAS III. Männen. Procent.

Ej i något register	31
Anteckn. 1—2 av åren	20
Anteckn. 3—4 av åren	—
Frihetsber. ≤ 1 år	24
Frihetsber. > 1 år	25
Summa	100
	n=71

12.14.7 Förekomst i olika register under legaltiden och under åren närmast före legaltiden

Legalår

Att undersöka om den registrerade asocialitetens omfattning förändrades under legaltiden är svårt. Svårigheterna hänger samman med att legalperioderna var mycket olika långa för Åhströms patienter, och förlagda till olika tider under undersökningsperioden. Dessutom går det ofta inte att få reda på exakt datum för när en individ t. ex. utfört en viss asocial handling.

Här har en grov tidsjämförelse gjorts: för varje individ har bestämts ett *legalår*, dvs. det av åren 1965, 1966 och 1967, då individen fick narkotikarecept (av Åhström) under flera månader än under något annat av undersökningsåren. För varje individ har därefter noterats i vilken utsträckning vederbörande förekommer i olika register, dels under individens legalår, dels under ett antal jämförelseår (1966 är »legalår» för alla utom 20 individer).

Förfarandet innebär, att flertalet undersökningspersoner fick narkotikarecept under endast *en del* av sitt legalår. I några fall (sju individer) uppgick antalet »legalmånader» under legalåret bara till två.

Men detta är extremfall – $^2/_3$ av de undersökta fick »legalt» under mer än halva legalåret och närmare 40 procent under 10–12 månader av legalåret (tab. 14.5).

Det fel som uppstår genom det begagnade måttets grovhet reducerar möjligheten att konstatera eventuella faktiska förändringar av asocialitetens omfattning under legaltiden.

Tabell 14.5. Antal legalmånader/legalår. Samtliga. Procent.

	%
≤ 3 månader	11
4— 6 »	22
7— 9 »	28
10—12 »	39
Summa (n=121)	100

Registerindex B

Konstruktion

För undersökningen av asocialitetens utveckling under 60-talet har konstruerats ytterligare ett index, vilket som det föregående bygger på uppgifter ur kriminalregistret, kontrollstyrelsens straffregister samt barnavårdsnämnds- och nykterhetsnämndsregister. Registeranteckningar har för varje år under perioden från 1963 till och med legalåret förts till följande fem kategorier:

0: förekommer ej i något register under året

1: En eller flera registeranteckningar; dock ej av nedanstående slag

2: Har under året begått kriminalregisterbrott, för vilket ådömts ej frihetsberövande påföljd

3: Har under året intagits på ungdomsvårdsskola eller alkoholistanstalt

4: Har under året begått kriminalregisterbrott, för vilket ådömts frihetsberövande påföljd.

Tio undersökningspersoner (varav en kvinna) hade 1967 som »legalår». Kriminalregisteruppgifterna rörande brott begångna 1967 har bedömts som alltför ofullständiga varför dessa 10 har utgått ur jämförelserna.

De undersökningspersoner som, enligt uppgifter i kriminalregistret, kontrollstyrelsens register och barnavårdsnämndsakterna var intagna på kriminalvårdsanstalt, ungdomsvårdsskola eller alkoholistanstalt under minst 6 månader under något av åren har likaledes, på grund av deras reducerade möjligheter att begå brott, etc. under året, utgått ur jämförelsen för respektive år.

Resultat

I tabell 14.6 redovisas resultaten av registerindex B (perioden 1963–66) för samtliga de undersökningspersoner (män och kvinnor), vilka hade 1966 som »legalår».[1] I påföljande tabell, där »legalåret» jämförs med »året före legalåret», har även de 10 individer, vilkas legalår var 1965, medräknats (»året före legalåret» är alltså för dessa 10 personer 1964, för övriga 1965).

Tabell 14.6. Registerindex B. Registeranteckningar 1963–66. Män och kvinnor med 1966 som legalår. Procent.

	1963	1964	1965	*1966*
Ej i ngt reg.	66	65	66	70
Ant. enl. 1—2	19	21	20	16
Ant. enl. 3—4	15	14	14	14
Summa procent	100	100	100	100
n=	86	83	85	94
Intagna ≥ 6 mån. under året (abs. tal)	14	17	15	6
Summa (abs. tal)	100	100	100	100

I tabellerna ingår även de få personer, om vilka man vet att de debuterade med narkotika först efter jämförelseperiodens början, liksom de undersökningspersoner, vilkas debutår är okänt och som alltså *kan* ha börjat att använda narkotika först 1963 eller senare. Allt talar dock för att även denna grupp är mycket begränsad. Om man enbart ser på resultaten för personer *med känd narkotikadebut senast 1962,* förändras inte heller siffrorna nämnvärt.[2]

På grund av de låga talen har här kategorierna 1 och 2 sammanslagits, liksom kategorierna 3–4 (frihetsberövande).

Skillnaden i den samlade registrerade asocialitetens omfattning mellan legalåret och jämförelseåren är alltså, enligt detta mått, obetydlig. En svag tendens till minskning av den »lättare» registrerade asocialiteten under legalåret kan dock utläsas ur båda tabellerna.

Problemet är emellertid, att de långvarigt intagna – som alltså inte ingått i dessa procentberäkningar – var färre under legalåret än under jämförelseåren. Detta är

[1] Den utländske medborgare, som bara tillfälligt vistades i Sverige under legaltiden (jmf ovan, s. 347) har dock inte medräknats här, och inte heller i någon annan av registeravsnittets tabeller.

[2] Av män med legalår 1966 och känd debut senast 1962 (n=68) saknade sålunda 66 procent registeranteckningar under 1964, 70 procent under 1965 och 71 procent under 1966 (legalåret), medan motsvarande siffror för *samtliga* män med legalår 1966 (n=82) var 65 respektive 69 och 70 procent.

Tabell 14.7. Registerindex B. Registeranteckningar under legalåret och under året före legalåret. Män och kvinnor med 1965 eller 1966 som legalår. Procent.

	Året före legalåret	Legalåret
Ej i ngt reg.	64	70
Ant. enl. 1—2	19	15
Ant. enl. 3—4	17	15
Summa procent	100	100
n=	95	103
Intagna ≥ 6 mån. under året (abs. tal)	15	7
Summa (abs. tal)	110	110

rimligen en selektionseffekt: en förutsättning för att missbrukarna skulle kunna få »legal förskrivning» av Åhström var ju, att de vistades i frihet. Som tidigare påpekats fick ²/₃ av de undersökta recept av Åhström under mer än halva legalåret; dessa hade med andra ord inte möjlighet att, enligt definitionen, vara »långtidsintagna» samma år.

Frågan är då, hur siffrorna för den registrerade asocialiteten under legalåret kan ha påverkats av förhållandet, att de långvarigt intagnas antal var lägre under detta år. Personerna i denna grupp bör ju ha varit mer »kriminellt belastade» än övriga, och relativt sett fler av dessa än av övriga kunde därför förväntas begå brott, etc., när de vistades i frihet. För att det förhåller sig så talar även en redovisning, som senare skall lämnas (s. 380) och som visar, att inom den grupp av personer, som begick *många* brott under legalåret var tidigare långvariga anstaltsvistelser mycket vanligare än inom en jämförelsegrupp med »bara» 1–2 brott under detta år.

Eftersom antalet långvarigt intagna var lägre under legalåret, kunde man därför vänta sig en ökning av antalet registeranteckade, främst i kategorierna för grövre brott, etc. En mera rättvisande jämförelse är därför den som redovisas i tabell 14.8, av vilken framgår andelen personer antecknade i något register och/*eller* intagna minst halva året under de olika åren.

Tabell 14.8. Registerindex B. Antecknade för brott, etc. och/eller intagna ≥ 6 månader under året (1963–66). Män och kvinnor med 1966 som legalår. Procent.

1963	1964	1965	1966	
43	46	44	34	n=100

Om de antecknade och de långtidsintagna på detta sätt räknas samman, förstärks alltså tendensen till mera gynnsamma siffror under legalåret. Även när personer med 1965 som legalår medräknas, var andelen antecknade och/eller långtidsintagna under legalåret 10 procent lägre än under året före legalåret (procenttalet sjönk, för denna grupp, från 45 till 35).

Diskussion

Förutom en förändring av den *faktiska* asocialitetens omfattning under legalåret, kan en rad andra faktorer tänkas ha påverkat omfattningen av den *registrerade* asocialiteten. Några sådana faktorer skall diskuteras här. Somliga av dem talar för att minskningen av den registrerade asocialiteten inte motsvarades av en (lika stor) minskning av den faktiska, medan andra tvärtom talar för att den faktiska asocialitetens nedgång under legalåret var starkare än den konstaterade minskningen av den registrerade.

a) Intagna på mentalsjukhus

Några uppgifter om hur många inom gruppen som var intagna på mentalsjukhus under de här aktuella jämförelseåren föreligger inte. På annat sätt vet vi dock, att sådan sjukhusvård varit mycket vanlig bland de undersökta. Tre fjärdedelar av de intervjuade männen hade någon gång erhållit sjukhusvård för psykiska sjukdomar (s. 361). I efterundersökningen skall visas (s. 389), att under ett enda år (1967) erhöll nästan en tredjedel av undersökningspersonerna vård på något av nio tillfrågade psykiatriska sjukhus (f. d. mentalsjukhus).

Även de på mentalsjukhus intagna hade

naturligtvis reducerade möjligheter att begå brott, etc., under de olika jämförelseåren. Hade uppgifter förelegat om sådan vård, borde därför de långvarigt sjukhusvårdade ha uteslutits ur jämförelserna, på samma sätt som långvarigt intagna på fängelser, alkoholistanstalter och ungdomsvårdsskolor. Man måste nu utgå från att ett ovisst antal av de icke-registrerade under de olika åren undslapp anteckningar, därför att de var intagna på mentalsjukhus under större delen av respektive år.

Detta kan påverka jämförelserna mellan legalåret och jämförelseåren, eftersom det finns skäl för förmodandet, att de långvarigt intagna på mentalsjukhus var färre under legalåret än under de tidigare åren. Anledningen till detta antagande är återigen förhållandet, att en av förutsättningarna för att få narkotika på recept av Åhström var att man vistades i frihet. Långvarig sjukhusvård bör därför, liksom långvarig vistelse på andra institutioner, ha varit ovanligare under legalåret.

Om resonemanget är riktigt hade alltså i realiteten fler personer ur undersökningsgruppen »chans» att antecknas under legalåret, varför jämförelsen blir »ofördelaktig» för legaltiden.

b) Förändringar av upptäcktsrisk

En *minskad* upptäcktsrisk under legalåret kan kanske ha blivit följden av den avkriminalisering av olaga innehavs-brottet, som den »legala förskrivningen» innebar. Detta kan ha reducerat polisens möjligheter att upptäcka främst (andra) narkotikabrott, begångna av Åhström-patienter under den aktuella perioden.

För en *ökning* av upptäcktsrisken talar å andra sidan hypotesen om den kumulativa upptäcktsrisken; personer som är kända av polisen för tidigare brott löper enligt denna större risk att ertappas för nya brott än andra (jfr ovan, s. 371).

c) »Eftersläpning» av registeruppgifter

I kriminalregistret antecknas brott först sedan dom fallit. Lång tid kan förflyta mellan brotts- och domsdatum. För denna undersökning har medtagits brott begångna fram till utgången av år 1966, enligt de anteckningar som hade införts i kriminalregistret i *augusti 1968*. Senare har kanske ytterligare brott, begångna under 1966, antecknats i registret. Tidsavståndet mellan det sista undersökningsåret och kontrolltillfället – över 1,5 år – var dock så stort, att detta »bortfall» bör ha blivit obetydligt.

d) Åtalseftergifter

När någon genom åtalseftergift inte åtalas och döms för (grövre) brott, antecknas brottet inte i kriminalregistret. Sådana brott har därför inte kunnat medtagas i jämförelserna. Om antalet åtalseftergifter för »kriminalregisterbrott» – lindrigare brott omfattas ju inte av undersökningen – var högre (eller lägre) under legalåret än under jämförelseåren, måste detta ha gjort de på registeruppgifterna grundade jämförelserna missvisande.

Eftersom vi inte vågade göra några antaganden om storleken av denna felkälla, genomfördes en specialundersökning rörande åtalseftergifter inom gruppen under 1960-talet.[1] Resultaten av denna, visserligen inte helt fullständiga, kontroll tyder *inte* på att antalet beslutade åtalseftergifter för grövre brott förändrades nämnvärt under perioden.

Åtalsunderlåtelse (åu)[2] kan enligt gällande lagstiftning meddelas beträffande alla, oavsett ålder, jämlikt rättegångsbalken (RB) 20 kap. 7 § (punkt 1–4) och 57 § nykterhetsvårdslagen. Beträffande inskrivna vid ungdomsvårdsskola, dvs. ungdomar under 21 år, undantagsvis under 24 år,[3] kan åu beslutas även jämlikt 69 §

[1] Undersökningen utfördes av jur. kand. Agneta Charpentier genom granskning av förteckningar över åtalseftergifter, upprättade av statistiska centralbyrån.

[2] Åtalsunderlåtelse anses numera vara en mer korrekt term än åtalseftergift, Det fullständiga uttrycket är »beslut att ej tala å brott».

[3] I samband med sänkningen av myndighetsåldern 1969 har dessa åldersgränser, för ungdomar vilka omhändertagits för samhällsvård efter den 1 juli 1969, sänkts till 20 respektive 23 år.

barnavårdslagen och, för ungdomar under 18 år, enligt 1964 års lag om unga lagöverträdare.

Vad först gäller *vuxenkriminaliteten* avser det stora flertalet åu lindriga brott utan intresse i detta sammanhang. Det är uttryckligen fallet vid åu jämlikt RB 20: 7 p. 1, enligt vilken för beslut om åu bl. a. erfordras, att »det är uppenbart, att i händelse av lagföring annan påföljd än böter icke skulle komma att ådömas». Även åu enligt 57 § nykterhetsvårdslagen gäller i realiteten till helt övervägande del brott, vilka icke är av »kriminalregisterkaraktär» (huvudsakligen fylleri eller förargelseväckande beteende).[1] Åu enligt RB 20: 7 p. 3 kan bara beslutas av riksåklagaren och tillämpas endast i mycket ovanliga undantagsfall.[2]

Av intresse är däremot RB 20: 7 punkterna 2 och 4.

Punkt 2 kan tillämpas, om brottet förövats (a) »innan den misstänkte dömts för annat av honom förövat brott» *eller* (b) innan den misstänkte »till fullo undergått straff eller annan påföljd för sådant brott». I båda fallen gäller, att det brott för vilket åu meddelas uppenbarligen »är med hänsyn till påföljden utan nämnvärd betydelse» i jämförelse med det andra brottet. Åu enligt (b) torde oftast meddelas beträffande personer som dömts till ungdomsfängelse eller internering (före 1.1.1965 förvaring). Samtliga åu för personer dömda till ungdomsfängelse registreras av statistiska centralbyrån. Huruvida åu av detta slag beslutats beträffande någon av undersökningspersonerna har därför kunnat kontrolleras (jfr nedan). Åu för personer, vilka dömts till bl. a. internering samt åu enligt (a) har däremot icke förrän 1968 blivit föremål för central registrering och har följaktligen inte kunnat kontrolleras för den här aktuella perioden. Det är emellertid svårt att finna skäl för antagandet att antalet åu av detta slag skulle ha varit högre under legalåret än under jämförelseåren. Möjligen kan åu enligt (b) tvärtom ha varit ovanligare under detta år, eftersom antalet långtidsintagna var lägre då än under jämförelseåren.

Enligt RB 20: 7 *punkt 4* kan åklagare underlåta åtal, om »brottet uppenbarligen begåtts under inflytande av . . . själslig abnormitet» och sluten psykiatrisk vård (eller viss annan institutionsvård) »kommer till stånd utan lagföring». Denna punkt trädde i kraft den 1 januari 1965, men åtalseftergifter beviljades även tidigare på motsvarande grund. Åu av detta slag har registrerats av statistiska centralbyrån såväl under perioden före som under perioden efter januari 1965.

En genomgång av samtliga åtalseftergifter av denna art (åtalseftergifter på grund av den misstänktes s. k. sinnesbeskaffenhet) beviljade *i hela landet* under de aktuella åren har emellertid inte varit praktisk möjlig. Eftersom flertalet av de undersökta under dessa år varit bosatta i Stockholms-området, har undersökningen begränsats till åtalseftergifter på den nämnda grunden, beslutade i Stockholms stad och län under åren 1963–1966. Undersökningen visar, att *inte någon av undersökningspersonerna förekom i detta material.*

Åu enligt de paragrafer, vilka enbart gäller vid brott, begångna av *unga lagöverträdare* har däremot kunnat studeras för hela riket (statistiska centralbyrån tillämpar här andra registreringsprinciper, vilket möjliggjort en sådan totalundersökning). Här har även åu enligt samtliga i sammanhanget intressanta paragrafer kunnat kontrolleras, nämligen 1964 års lag om unga lagöverträdare (tidigare 1944 års lag om osv.), 69 § barnavårdslagen samt RB 20: 7 p. 2 såvitt avser till ungdomsfängelse dömda (tidigare 19 § ungdomsfängelselagen). Granskningen visar, att åtalseftergifter för grövre brott jämlikt dessa paragrafer meddelades tre personer ur undersökningsgruppen under år 1963, tre under 1964, en under 1965 och en under 1966.

Den registrerade kriminalitetens art

Den totala registrerade asocialiteten minskade alltså något, enligt registerindex B, under legalåret, jämfört med de närmast föregående åren. Hur blir bilden om man ser enbart till den i kriminalregistret antecknade kriminaliteten? Och genomgick (den registrerade) brottslighetens *art* några förändringar under legalåret jämfört med åren innan?

För att besvara dessa frågor, delades de brott som enligt anteckningarna i kriminalregistret hade begåtts under åren 1964–66 in i följande kategorier:

1. Narkotikabrott
2. Brott mot person
3. Förmögenhetsbrott

[1] Av de sammanlagt 10.853 åtalsunderlåtelser som 1966 meddelades jämlikt denna paragraf för brott enligt brottsbalken avsåg sålunda 10.585 fylleri eller förargelseväckande beteende. (*Brottsligheten 1965 och 1966*, Sveriges officiella statistik, Statistiska Centralbyrån, Stockholm 1969, s. 91.)

[2] T. ex. i vissa fall då »gärningsmannen är mycket gammal, lider av obotlig sjukdom, blivit invalidiserad genom brottet, t. ex. vid en trafikolycka eller *efter brottet* blivit sinnessjuk». *Nelson, A.*, Kriminalvård, i Svensk socialrätt, red. Y. Adolphson, Stockholm 1969, s. 623). — Under 1965 meddelades åtalsunderlåtelse jämlikt denna punkt i endast tre fall och under 1966 i endast fyra fall. (*Brottsligheten 1965 och 1966*, s. 32.)

Tabell 14.9. Brottstyper 1964 – legalåret. Män med 1966 som legalår. Absoluta tal.

	1964	1965	*1966*
Förekom ej	56	63	60
Narkotikabrott enb.	11	1	—
Narkotikabrott i komb. med andra brott	3 } 14	8 } 9	2 } 2
Personbrott	—	1	—
Övriga brott	10	7	18
Summa	80	80	80

Anm.: Kombinationen »narkotikabrott + brott mot person» förekom ej under perioden,

Tabell 14.10. Antal brott. Män med 1966 som legalår.

	1964	1965	*1966*
Totala antalet under året begångna brott	66	42	62
Därav i procent:			
Narkotikabrott	56	45	3
Brott mot person	—	3	—
Förmögenhetsbrott	29	31	57
Brott mot allmänheten	6	7	13
Annat	9	14	27
Summa	100	100	100

4. Brott mot allmänheten
5. Andra brott

Till *narkotikabrott* har räknats *all* olovlig befattning med narkotika, dvs. inte endast brott mot narkotikaförordningen utan även sådana andra brott (urkundsförfalskning, stöld, m. fl.), där det av domsakten har framgått att brottens direkta syfte varit att komma över narkotika (förfalskning av läkarrecept, apoteksinbrott, m. m.).[1]

Den sista kategorin, »*andra brott*», domineras av trafikbrott, men innehåller även några brott mot rusdrycksförordningen, m. m.[2]

Från beräkningarna har de två personer som vid jämförelseperiodens början inte hade fyllt 18 år uteslutits.[3]

I tabellerna 14.9 och 14.10 redovisas resultaten för de män som hade 1966 som legalår. Av den första tabellen framgår antalet individer inom denna grupp som begick i kriminalregistret antecknade brott av olika slag under åren 1964–66. På grund av de låga talen har här förmögenhetsbrott, brott mot allmänheten och andra brott sammanslagits till *en* kategori, »övriga brott».

Antalet individer som gjorde sig skyldiga till i kriminalregistret antecknade brott förändrades bara obetydligt under de tre åren inom denna grupp. Antalet personer som begick narkotikabrott uppgick till endast två under legalåret mot 14 under 1964 och nio under 1965. Någon »ren» narkotikakriminalitet förekom inte alls under legalåret, och bara hos en individ under 1965. De som antecknats för »övriga brott» – dvs. främst förmögenhetsbrott – ökade däremot från 1965 till legalåret.

I tabell 14.10 redovisas antalet brott under de olika åren, och andelen brott inom varje brottstyp. Antalet *brott* överstiger naturligtvis antalet för brott antecknade *individer*.

Totala antalet brott ökade tydligt från 1965 till legalåret (men var lägre än under 1964). Ökningen beror, som framgått, inte på någon nämnvärd stegring av antalet för brott registrerade *individer*, utan på en ökning av antalet brott per individ (3,1 under legalåret mot 2,5 under år 1965). Narkotikakriminalitetens anmärkningsvärda minskning framgår här ännu tydligare, liksom förmögenhetsbrottens klara uppgång. Även »brott mot allmänheten» och »andra brott» (dvs. främst trafikbrotten) ökade från 1965 till legalåret, både i relativa och absoluta tal.

Kvinnornas registrerade kriminalitet uppvisade en annan utveckling. Antalet i kriminalregistret antecknade kvinnliga undersökningspersoner *minskade* från åtta under

[1] Uppgifter ur domsakterna har erhållits från den undersökning om narkotikakriminaliteten som utförs under ledning av hovrättsfiskal I. Rexed.

[2] *Förseelser* mot vägtrafikförordningen, trafikförsäkringslagen och bilskatteförordningen har ej medräknats. – Den vanligt förekommande brottsrubriceringen »bedrägeri medelst urkundsförfalskning» – där »bedrägeri» är förmögenhetsbrott, »urkundsförfalskning» brott mot allmänheten – har räknats som *ett* brott, och förts till kategorin förmögenhetsbrott.

[3] När en individ fyllt 18 år minskar sannolikheten kraftigt för att han skall beviljas åtalseftergift och omhändertas av barnavårdsnämnd i stället för att dömas av domstol (och därmed antecknas i kriminalregistret) för ett upptäckt brott; om även de ytterligare tre individer vilka vid jämförelseperiodens början ej hade fyllt *21 år* utesluts, förändras resultaten inte nämnvärt.

1965 (varav fyra hade begått narkotikabrott enbart eller i kombination med andra brott) till fem under legalåret (i samtliga fall förmögenhetsbrott eller brott mot allmänheten). Antalet *brott* minskade från 22 under år 1965 till sex under legalåret.

Även för de 10 män som hade *1965* som legalår *minskade* den registrerade kriminaliteten från året före legalåret (1964) till legalåret (1965) – från 16 brott år 1964 till sex brott år 1965.

Sammanfattning

För männens del var den totala kriminaliteten inom den studerade gruppen[1] ungefär oförändrad under legalåret, jämfört med året före legalåret, om man ser till antalet i kriminalregistret antecknade *individer*; däremot ökade antalet brott per individ. Narkotikabrotten försvann praktiskt taget helt under legalåret, medan alla andra typer av brott ökade i varierande grad (frånsett personbrotten, som var ytterligt ovanliga inom gruppen under hela 60-talet).

Ett skäl – som nämnts i samband med redovisningen av registerindex B – att vänta sig en uppgång av den registrerade kriminaliteten under legalåret, vid oförändrad faktisk kriminalitet, är att flera individer tillhörande den kriminellt svårast »belastade» gruppen vistades i frihet under legalåret än under något av jämförelseåren. Just detta är den rimligaste förklaringen till ökningen av antalet brott. Per registrerad individ räknat uppgick antalet brott som nämnts till 3,1 under legalåret. Av de 10 män (inom gruppen »legalår 1966») som begick 3 eller flera brott under legalåret, hade åtta varit intagna på anstalt, halva året eller mer, under minst ett av åren 1963–65. Av de 10 som begick 1–2 brott under legalåret hade däremot bara två varit intagna, halva året eller mer, under något av åren 1963–65.[2]

Naturligtvis är det omöjligt att avgöra om den markanta nedgången av narkotikakriminaliteten beror på en faktisk minskning eller på en minskning av antalet upptäckta brott i relation till antalet faktiskt begångna. En nedgång av den »reella» narkotikabrottsligheten måste naturligtvis ha inträffat som följd av den avkriminalisering av narkotikainnehav som legaliseringen innebar; å andra sidan har hävdats att överlåtelser blev vanligare på grund av de stora mängder narkotika som Åhström förskrev till sina patienter. Om det sista är sant, måste alltså polisens möjligheter att upptäcka försäljning eller andra överlåtelser av narkotika inte bara ha minskats utan praktiskt taget ha *eliminerats* genom avkriminaliseringen av »olaga innehav».

Tabell 14.11. Tidigare långvariga anstaltsvistelser bland dem som begick »många »respektive »få» brott under legalåret. Män med 1966 som legalår. Absoluta tal.

	1–2 brott under leg. året	3 el. flera brott under leg. året
Intagna ≥ 6 mån/år 1963—1965:		
Intagna 1 av åren	1	4
Intagna 2 av åren	1	2
Intagna alla 3 åren	—	2
Ej långtidsintagna något av åren	8	2
Summa	10	10

Aktuella hos nykterhetsnämnd

Omkring 50 procent av de manliga undersökningspersonerna hade, som nämnts tidigare, någon gång blivit föremål för undersökning eller åtgärd av nykterhetsnämnd. Under 1960-talets första hälft var varje år mellan 10 och 15 procent av de undersökta aktuella hos minst någon nykterhetsnämnd.[3]

[1] Individer med 1967 som legalår ej medtagna.

[2] I *båda* grupperna var *en* individ intagen minst halva *legalåret*.

[3] Med »aktuell hos nykterhetsnämnd» avses här att individen varit föremål för undersökning eller åtgärd av nykterhetsnämnd med anledning av alkoholmissbruk. Anteckningar om t. ex. fylleri, som *ej* föranlett sådan undersökning eller åtgärd har inte beaktats. Ett fåtal undersökningar synes enbart ha orsakats av tablettmissbruk; dessa uppgifter har ej medräknats här.

Tabell 14.12. Aktuella hos nykterhetsnämnd 1964–67. Män med 1966 som legalår. Procent. n=75.

	1964	1965	*1966*	1967
Aktuella hos NN detta år	15	11	4	5

Någon meningsfull jämförelse mellan antalet individer aktuella hos nykterhetsnämnd *före* respektive *efter* narkotikadebuten har inte kunnat utföras, eftersom denna för en så stor del av undersökningspersonerna inträffade före 21 års ålder, dvs. innan nykterhetsnämnd normalt kan ingripa. Men 39 (51 procent) av de 77 män, för vilka narkotikadebutåldern är känd, var aktuella hos nykterhetsnämnd *efter* narkotikadebuten. Flera förblev uppenbarligen alkoholmissbrukare även sedan de börjat använda narkotika. För fem av de åtta män som efter 1960 varit föremål för den mest ingripande åtgärden enligt nykterhetsvårdslagen, tvångsintagning på alkoholistanstalt, föreligger uppgift om narkotikadebutår; debutåret varierade för dessa individer från 1949 till 1958. Alla utom en inom denna grupp uppgav även i intervjun att de använt narkotika *varje år* från 1961 och framåt.

Även för de undersökningspersoner (med känt narkotikadebutår) som efter 1960 blivit föremål för övervakning (men ej intagning på alkoholistanstalt) enligt beslut av nykterhetsnämnd gäller att samtliga började att använda narkotika före 50-talets slut (även här varierade debutåret från 1949 till 1958).

Legalåret innebar emellertid en tydlig förändring av denna bild. Nykterhetsnämndernas uppgifter tyder, liksom intervjuuppgifterna (jfr s. 368), på att antalet blandmissbrukare narkotika/alkohol *minskade* under legaltiden.

I tabell 14.12 redovisas, för de män för vilka 1966 var legalår, antalet aktuella hos nykterhetsnämnderna 1964–67.[1]

Andelen aktuella var alltså lägre under legalåret än under åren närmast dessförinnan (och lägre än under något tidigare år under 60-talet). Siffran förblev ungefär lika låg under året efter legalåret. Det måste emellertid här som annars observeras att ett stort antal undersökningspersoner fick narkotika på recept även under året efter legalåret. Först under 1968 avbröts – för det stora flertalet – all receptförskrivning av narkotika. Det kan därför vara av intresse att jämföra legalåret med 1968; se tabell 14.13.

Tabell 14.13. Aktuella hos nykterhetsnämnd under legalåret och 1968. Män. Procent.

	Legalåret	1968
Aktuella	6	9
Ej aktuella	94	91
Summa	100	100
	n=97	n=92

Anm. Bastalet i den sista kolumnen är lägre, eftersom fem individer avled under 1967.

En svag tendens till ökning av andelen aktuella hos nykterhetsnämnderna kan alltså konstateras under 1968.

Som slutligen framgår av tabell 14.14 var även antalet individer som blev föremål för ingripande åtgärder av nykterhetsnämnd lägre under de tre sista jämförelseåren än under perioden 1961–65.[2]

Socialhjälp

Nästan samtliga undersökningspersoner hade någon gång fått socialhjälp (92 procent av männen och alla kvinnor). Under vart och ett av åren 1961–1964 fick mellan 32 och 40 procent av männen socialhjälp. Under legaltiden steg denna andel kraftigt. Antalet socialhjälpstagare förblev därefter lika högt under åren närmast efter legalåret.

Samma jämförelse som gjordes i avsnit-

[1] De individer som vid jämförelseperiodernas början ej hade fyllt 21 år har genomgående uteslutits ur beräkningarna. Deras antal varierar mellan fyra och sju.

[2] Under legalåret var *en* av de 19 kvinnorna aktuell vid en nykterhetsnämnd; likaså *en* under året efter legalåret. 1964—65 och 1968 var ingen av de kvinnliga undersökningspersonerna aktuell hos nykterhetsnämnd för alkoholmissbruk.

Tabell 14.14. Män som blivit föremål för övervakning eller tvångsintagning på alkoholistanstalt 1961–68. Absoluta tal.

	61	62	63	64	65	66	67	68
Övervakning	3	1	4	3	3	1	—	—
Alkoholistanst.	5	6	5	4	5	1	—	—

tet om nykterhetsnämnderna mellan legalåret å ena sidan och 1968 å den andra redovisas i tabell 14.16.

Mellan fem och sju av de 19 kvinnorna fick socialhjälp under vart och ett av åren 1961–64. Även för kvinnornas del skedde därefter en ökning; 12 fick socialhjälp under »året före legalåret» och 15 under legalåret. Under »året efter legalåret», då en av kvinnorna avled, förblev antalet socialhjälpstagare 15. Under 1968 sjönk siffran till sju.

Sjukskrivning

Antalet sjukskrivna, främst antalet *långvarigt* sjukskrivna ökade starkt under legalåret. Antalet sjukskrivningsdagar inom gruppen steg visserligen kontinuerligt under hela 60-talet. Men dels var uppgången från året *före* legalåret till legalåret betydligt mer markant än tidigare, dels *minskade* sjukskrivningen åter under året *efter* legalåret. Detta mönster gällde för både männen och kvinnorna (tabell 14.17).

Om man slår ihop kategorierna »sjukskrivna mer än halva året» och »förtidspensionerade» steg procenttalet från 21 procent under »två år före legalåret» till 26 procent under »året före legalåret» och 49 procent under legalåret, för att därefter minska till 38 procent under »året efter legalåret».

Utvecklingen innebär naturligtvis inte att undersökningspersonerna behöver ha varit mer »sjuka» under legalåret; det kan möjligen ha inneburit att de förvärvsarbetade i något mindre utsträckning då än tidigare, men det torde främst helt enkelt avspegla förhållandet, att de under legalåret stod i tät och regelbunden kontakt med en läkare. En ytterligare tänkbar förklaring till den kraftiga stegringen under legalåret är naturligtvis att Åhström tillämpade en mer »liberal» sjukskrivningspraxis än vad som är vanligt.[1]

Tabell 14.15. Socialhjälpstagare under legalåret, året före och året efter legalåret. Män. Procent.

	Året före legalåret	Legalåret	Året efter legalåret
Socialhjälp	51	63	63
Ej soc.hj.	49	37	37
Summa	100	100	100
	n=101	n=101	n=97

Anm. Fyra individer, som avled under »året efter legalåret», ej medräknade detta år.

12.14.8 Registeranteckningar före narkotikadebuten och under legalåret

Eftersom föreställningen att legalförskrivningen skulle förbättra missbrukarnas sociala anpassning i diskussionen ofta kombinerats med uppfattningen, att dessa tvingats till kriminalitet av sin narkomani, kunde man kanske vänta sig, att de individer, vil-

Tabell 14.16. Socialhjälp under legalåret och under 1968. Män. Procent.

	Legalåret	1968
Socialhjälp	63	68
Ej socialhjälp	37	32
Summa	100	100
	n=101	n=96

Anm. Avlidna 1967 ej medräknade 1968.

[1] Flertalet av de sjukskrivna undersökningspersonerna torde under legalåret ha sjukskrivits av Åhström. Några fullständiga uppgifter om detta föreligger emellertid inte.

Tabell 14.17. Sjukskrivning »två år före legalåret» – »året efter legalåret». Ej legalår 1967. Män och kvinnor. Procent.[1]

	Två år före legalåret	Året före legalåret	Legalåret	Året efter legalåret
Ej sjukskr. el. sjukskr. högst 4 veckor	38	33	15	23
Sjukskr. 1–6 månader	41	41	36	39
Sjukskr. mer än 6 mån	17	22	43	30
Förtidspensionerade	4	4	6	8
Summa	100	100	100	100
	n=102	n=102	n=101	n=95

[1] Följande kategorier – förutom personer med 1967 som legalår – har uteslutits ur beräkningarna:
a) *ej försäkrade* (en person 1963);
b) *0-klassade* (antalet 0-klassade ökade med en individ varje i tabellen redovisat år, från sju personer under »två år före legalåret» till 10 personer under »året efter legalåret»); samt
c) *avlidna under »året efter legalåret», vilka har uteslutits ur kolumnen för detta år* (gäller fem individer).
Det sista kan synas missvisande, eftersom de avlidna kunde antagas ha haft långa sjukskrivningsperioder under de jämförelseår, där de är medräknade. Om emellertid de avlidna utesluts från *samtliga* jämförelseår, inträffar praktiskt taget inga förskjutningar i de olika kategoriernas relativa andelar (andelen sjukskrivna mer än halva året ökar från 43 till 44 procent under legalåret och är oförändrat 30 procent under året efter legalåret).

ka förekom i registren först *efter* narkotikadebuten, skulle ha gjort sig skyldiga till brott, etc. under legalåret i mindre omfattning än övriga undersökningspersoner.

I registermaterialet föreligger dock inte någon sådan tendens. Av de män, som inte antecknades i något register före narkotikadebuten (n = 37) var 27 procent antecknade under legalåret. Av de män som däremot hade sådana anteckningar före debuten (n = 32) var en nästan exakt lika stor andel (28 procent) antecknade i minst något register under legalåret.[1]

12.14.9 Registrerad asocialitet och ålder vid narkotikadebuten

Motiveringen för att konstruera registerindex var, som framgått, att få en samlad bild av den registrerade asocialiteten, oberoende av individernas ålder, när de begick de »asociala» handlingarna. Likväl visar det sig, att förekomst av registeranteckningar före narkotikadebuten i hög grad varierar med individernas ålder vid debuten.

Skillnaden mellan grupperna under den första fasen (fyra år före narkotikadebuten) är, som framgår av tabell 14.18, betydande – men svårtolkad. Den kan bero på att färre av dem som narkotikadebuterade unga var asociala före debuten; men den kan också bero på skillnader i upptäcktsrisk för de båda grupperna.

Enligt resonemanget om den kumulativa upptäcktsrisken kan personer, vilka var äldre vid debuten ha löpt större upptäcktsrisk för brott begångna under FAS I. De som debuterade först vid 21 års ålder eller senare hade haft mer tid att begå (och upptäckas för) brott *före* FAS I än de som var yngre än 21 år vid debuten. Möjligheten finns därför, att grupper-

Tabell 14.18. Registrerad asocialitet enligt registerindex A, FAS I–II, efter ålder vid narkotikadebuten. Män med känt debutår. Procent.

	Ålder vid narkotikadebuten	
Anteckningar	–20 år	21– år
under FAS I	33	68
under FAS II	62	77
	n=42	n=31

[1] Om man jämför gruppen antecknade såväl under de fyra åren före som under de fyra åren efter narkotikadebuten med gruppen ej antecknade före, men efter, debuten, skiljer sig inte heller dessa båda grupper nämnvärt i fråga om andel antecknade under legalåret.

na var *lika* »asociala» under FAS I, men att en mera omfattande asocialitet *före* FAS I kan ha medfört större upptäcktsrisk och därmed flera registeranteckningar för brott, etc. begångna *under* FAS I för gruppen »sena debutanter».

12.14.10 Registrerad asocialitet och föräldrarnas socialgrupp

Betydande skillnader förelåg mellan personer ur olika socialgrupper i fråga om andel antecknade i registren under jämförelseperioderna. Under FAS I var fler av dem, vilkas föräldrar tillhörde socialgrupp 3 antecknade (65 procent) än individer från socialgrupp 2 (45 procent); de senare i sin tur i väsentligt högre utsträckning än barn från den högsta socialgruppen (14 procent). Skillnaderna minskade i den andra fasen (de fyra åren efter narkotikadebuten) och i den tredje fasen – fyra år före legaltiden – var relativt något *fler* ur socialgrupp 1 än ur de båda andra socialgrupperna antecknade i registren.

Om man slutligen ser på antalet antecknade och/eller långtidsintagna under legalåret enligt registerindex B uppgick dessa till 50 procent av socialgrupp 1 (n = 14) mot 21 procent av socialgrupp 2 (n = 28) och 22 procent av socialgrupp 3 (n = 23).[1]

Kan den lägre andelen antecknade inom socialgrupp 1 under FAS I sammanhänga med skillnader i ålder vid narkotikadebuten? Registeranteckningar före debuten var ju ovanligare bland dem som var unga, när de började att använda narkotika. Debutåldern inom socialgrupperna har tidigare redovisats (tabell 12.1, s. 362). 73 procent av männen från socialgrupp 1 debuterade före 21 års ålder, mot 65 procent av männen från socialgrupp 3 och 45 procent av männen från socialgrupp 2. Relativt fler från socialgrupp 1 än från socialgrupp 3 och framför allt socialgrupp 2 debuterade alltså tidigt. Detta räcker dock knappast som »förklaring» till skillnaden i registrerad asocialitet före debuten.[2]

Om debutåldrarna inom socialgrupperna 1 och 3 hålls konstanta, framgår att av de 11 män från socialgrupp 1, som debuterade före 21 års ålder hade endast *en* registeranteckningar före debuten. Av de 17 män från socialgrupp 3 som debuterade före 21 års ålder hade däremot 11 anteckningar före debuten. Flertalet av dessa hade, av påföljderna att döma, gjort sig skyldiga till jämförelsevis grova brott.[3]

Detta talar för en skillnad i faktisk asocialitet före narkotikadebuten mellan barn från socialgrupp 1 och barn från socialgrupp 3. Det är visserligen troligt, att barn från socialgrupp 1 löper mindre risk än barn från lägre socialgrupper att registreras för förseelser begångna under uppväxtåren. Men det är inte troligt, att en sådan olikhet i »registreringsrisk» kan förklara en så stor skillnad som den konstaterade i »antecknad asocialitet» mellan grupperna, särskilt inte med hänsyn till att de brott, etc., som barnen från socialgrupp 3 hade begått förefaller att ha varit relativt allvarliga.

Tabell 14.19. Registrerad asocialitet enligt registerindex A, FAS I–III, efter föräldrarnas socialgrupp. Män. Procent.

	Föräldrarnas socialgrupp		
	1	2	3
Anteckningar			
under FAS I	14	45	65
under FAS II	57	59	83
under FAS III	78	58	74
	n=14	n=29	n=23

Anm. Sex individer (tre från socialgrupp 3, två från socialgrupp 2, en från socialgrupp 1) med alltför sen narkotikadebut för att jämförelser skall vara möjliga har här, som i övriga redovisningar av registerindex A, uteslutits. Vidare ingår ej två personer med okänt narkotikadebutår.

[1] Från denna jämförelse har uteslutits dels de personer, vilka borträknades vid redovisningen av registerindex A ovan (enligt anm. till tabell 14.19), dels en individ med 1967 som legalår.

[2] Det var något fler ur socialgrupp 3 än ur socialgrupp 1 som debuterade *mycket* tidigt, vid 16 års ålder eller tidigare.

[3] I fyra fall kriminalregisterdomar, av vilka en innebar frihetsberövande påföljd; i ett fall intagning på ungdomsvårdsskola och i tre fall övervakningar och/eller omhändertaganden för skyddsuppfostran enligt beslut av barnavårdsnämnd.

12.14.11 Sammanfattning av registerundersökningens resultat

1. Åhströms patienter var, enligt uppgifter från olika register, en svårt »belastad» grupp; drygt 3/4 förekom i kriminalregistret och närmare hälften i nykterhetsnämndernas register (1968). Nästan alla hade någon gång fått socialhjälp.

2. Nära hälften av de undersökningspersoner som ingick i jämförelsen hade under de fyra åren *före* narkotikadebuten antecknats i något av de register, vilka begagnats vid konstruktionen av registerindex A (kriminalregistret, kontrollstyrelsens straffregister samt barnavårds- och nykterhetsnämndernas register).

3. Från de fyra åren före narkotikadebuten till de fyra åren efter debuten inträffade en avsevärd ökning av den registrerade asocialiteten inom den undersökta gruppen. Av männen hade 48 procent registeranteckningar under fyraårsperioden före debuten, 68 procent under den lika långa perioden efter debuten. För kvinnorna förelåg en ännu starkare tendens i samma riktning.

4. En ytterligare ökning av den allvarliga registrerade asocialiteten ägde rum från de fyra åren efter narkotikadebuten till de fyra åren före legaltiden. Under den sistnämnda perioden gjorde sig hälften av de undersökta männen, enligt registeruppgifterna, skyldiga till sådan kriminalitet eller annan asocialitet, som ledde till frihetsberövanden.

5. För undersökningen av den registrerade asocialitetens omfattning under legalåret, jämfört med åren närmast före legalåret, konstruerades ett annat index, registerindex B. Andelen antecknade av de undersökningspersoner som vistades i frihet (i realiteten: ej var intagna 6 månader eller mer) under respektive år, var endast obetydligt lägre under legalåret. Om de registerantecknade och de långtidsintagna emellertid räknas samman, var deras andel av hela den undersökta gruppen ca 10 procent lägre under legalåret än under jämförelseåren. Argument framförs för att den senare beräkningsmetoden ger en mer »rättvisande» bild.

6. En specialstudie av uppgifter från kriminalregistret visar, att antalet individer som begick i kriminalregistret antecknade brott var ungefär lika högt under legalåret som under (de tidigare) jämförelseåren. Däremot ökade antalet brott per individ under legalåret. Det förhållandet, att fler av de svårast »kriminellt belastade» vistades i frihet under legalåret än under något av jämförelseåren, framförs som en sannolik förklaring till detta. Under legalåret försvann narkotikakriminaliteten praktiskt taget helt, medan alla andra slag av brott (utom personbrott) ökade i varierande omfattning.

7. Uppgifter från nykterhetsnämnderna visar, att andelen »aktuella hos nykterhetsnämnd» minskade under legalåret, jämfört med de tidigare jämförelseåren. En *svag* tendens till ökning kan konstateras för 1968, jämfört med legalåret.

8. Andelen socialhjälpstagare steg kraftigt under legalåret; för männens del kan en viss fortsatt ökning konstateras under 1968.

9. Även antalet sjukskrivna, främst antalet långvarigt sjukskrivna, ökade starkt under legalåret, för att åter minska under året efter legalåret.

10. Avslutningsvis redovisas registerdata för några olika delgrupper:

a) Det förelåg ingen skillnad i registrerad asocialitet under legalåret mellan de män, vilka hade antecknats i något register redan före narkotikadebuten och de män, vilka saknade sådana registeranteckningar före debuten.

b) De män som var äldre vid narkotikadebuten (21 år och däröver) hade betydligt oftare registeranteckningar före narkotikadebuten än de som var yngre vid debuten (högst 20 år).

c) Män vilkas föräldrar tillhörde socialgrupp 1 hade endast sällan antecknats i registren före narkotikadebuten (14 procent), medan nära hälften av män från socialgrupp 2 och 65 procent av män från socialgrupp 3 hade sådana anteckningar före

debuten. Dessa skillnader reducerades väsentligt under de fyra åren efter debuten. Under åren närmast före legaltiden var bilden i den meningen omvänd, att något fler från socialgrupp 1 än från de båda andra socialgrupperna hade registeranteckningar under denna period. Under legalåret, slutligen, förekom hälften av de undersökta männen från socialgrupp 1 i registren mot drygt 20 procent av männen från de båda andra socialgrupperna.

12.15 *Efterundersökningen*

12.15.1 Inledning

Tanken på en efterundersökning genom nya intervjuer med Åhströms tidigare patientgrupp aktualiserades inom narkomanvårdskommittén först i januari 1969. Detta innebar alltså en utvidgning av det ursprungliga undersökningsuppdraget. Eftersom resultaten skulle föreligga till kommitténs slutbetänkande, måste undersökningen genomföras under hård tidspress, vilket framtvingade en stark begränsning av antalet frågeställningar. Tidsbristen medförde sannolikt också en minskning av *tillförlitligheten* hos vissa data, beroende både på att planeringen blev bristfällig och att datainsamlingen måste genomföras så snabbt.

Åhströms patientgrupp hade, när efterundersökningen gjordes, varit med om händelser, som under loppet av ett par tre år måste ha inneburit flera genomgripande förändringar av deras situation. Först hade de, efter som regel lång tids »illegalt» missbruk plötsligt fått fri tillgång till narkotika. Det innebar inte bara, att de slapp den svarta marknadens »tjack-jakt». För många betydde det också, vilket tidigare berörts (s. 366), en upplevd »statushöjning», som patienterna ibland tillskrev själva »legaliseringen» (»man kände sig inte längre som en brottsling för att man var narkoman»), ibland de personliga kontakterna med Åhström (»han behandlade en som en människa»), men som dessutom sannolikt berodde både på den särställning som tillgången till fri narkotika gav de »legala narkomanerna» i missbrukargrupperna och, inte minst, på det starka intresse som massmedia ägnade dem under denna period; åtskilliga av Åhströms patienter framträdde i press, radio och TV, och deras situation skildrades med medkänsla och sympati.

De hade därefter upplevt opinionens gradvisa svängning, som så småningom resulterade först i att Åhströms verksamhet avbröts och att den »liberala» förskrivningen och behandlingsmodellen ersattes av en »auktoritativ» med, för flertalet, successivt minskande tilldelning av receptförskriven narkotika, sedan – något år senare – ett totalt avbrytande av all förskrivning av centralstimulantia. Samtidigt svalnade eller försvann massmedias intresse för dem; när tidningarna åter på allvar började att skriva om narkotikafrågorna var tonen en annan: flera av dem som ett par år tidigare i medkännande reportage skildrats som narkomanins värnlösa offer, utpekades nu som dess samvetslösa profitörer, narkotikahandelns »spindlar», m. m.

Vilka hade effekterna, för de f. d. »legala narkomanerna», blivit av dessa kastningar i samhällets politik och i dominerande attityder gentemot missbrukarna? Hur hade Åhströms patienter klarat sig under denna period?

12.15.2 Efterundersökningens data

Registeruppgifter

1. Från statistiska centralbyrån – och i vissa fall länsstyrelserna – erhölls uppgift om *dödsfall,* och fastställda dödsorsaker, inom gruppen under tiden fram till den 1 januari 1969. I de fall, där obduktionsprotokoll förelåg, fick vi tillgång till dessa genom socialstyrelsen.

2. Genom socialstyrelsens försorg utskickades en skrivelse till ett antal psykiatriska kliniker och sjukhus med frågor om vilka av undersökningspersonerna som hade vårdats vid respektive klinik/sjukhus under åren 1967 och 1968 och om deras vårdtider.

3. Från de kommuner där undersöknings-

personerna hade varit skrivna under år 1968 erhölls slutligen uppgift om dessa hade varit aktuella hos nykterhetsnämnd och om de hade fått socialhjälp under detta år. Dessa uppgifter har redan redovisats i huvudundersökningens registeravsnitt (s. 380 ff.).

Intervjuuppgifter

Under februari 1969 intervjuades 94 av Åhströms tidigare patienter[1] med ett kort frågeformulär.[2] Frågorna inskränktes till följande fyra områden:

1. arbetsförhållanden
2. bostadsförhållanden
3. vårdkontakter efter tiden vid specialpolikliniken[3]
4. aktuella narkotikavanor

12.15.3 Efterundersökningens resultat

Registeruppgifter

Avlidna

Vitt skilda uppgifter om antalet dödsfall, speciellt antalet självmord, bland Åhströms tidigare patienter har cirkulerat i pressen. De angivna siffrorna för antalet avlidna har varierat från två till 15. Skillnaderna beror uppenbarligen delvis på att man talat om olika grupper; ibland har sålunda åsyftats enbart den s. k. specialpoliklinikens patientgrupp, ibland hela den åhströmska patientgruppen.

Klart står emellertid, att såväl självmordsfrekvensen som den totala dödligheten inom gruppen har varit utomordentligt hög under observationstiden,[4] även jämfört med de mortalitetsuppgifter som erhållits för andra grupper av narkotikamissbrukare (varom mera nedan). Dödsuppgifter fram till och med 1968 har tillhandahållits av statistiska centralbyrån. För flertalet avlidna föreligger obduktionsprotokoll. En inom gruppen har, frånsett kortare perioder under 1965 och början av 1966, sannolikt ej vistats i Sverige. I övrigt har *samtliga* individer på receptförteckningen (n = 155) kontrollerats av statistiska centralbyråns byrå för befolkningsstatistik.

Inom hela gruppen (n=155) hade den 31 december 1968 *elva* personer avlidit, två under 1966, sju under 1967 och två under 1968. Åtta av de 11 tillhörde den egentliga undersökningsgruppen (n=120).[5] En av de avlidna var kvinna. Fem är klara suicidfall: fyra hängde sig och en berövade sig livet med koloxid. Härtill kommer emellertid några svårdiagnostiserade fall, där dödsorsaken angivits vara förgiftning på grund av överdosering av sömnmedel m. m. Huruvida det här har varit fråga om avsiktliga självmordsförsök eller ej har inte kunnat fastställas.[6] Antalet osäkra fall av detta slag uppgår till tre.

De avlidna hade, vid döden, en medianålder av 32 år. En av de avlidna var 53 år, en annan 42, de övriga var mellan 29 och 35 år.

Att denna mortalitet är exceptionellt hög framgår av följande jämförelse:

1. Dödligheten inom normalbefolkningen uppgick år 1966 i åldersgruppen 30–34 år till *1,30 promille* (män) och *0,73 promille* (kvinnor).

2. I en undersökning av 625 narkotikamissbrukare som under 1965 arresterades av Stockholmspolisen, fann man en dödlighet på omkring *10 promille*. I G. Frejs efterundersökning av narkotikamissbrukare har

[1] I några av dessa fall erhölls dock uppgifterna genom andra, främst anhöriga, jmf nedan, s. 390.

[2] Maximalt ställdes ett femtontal frågor (inklusive följdfrågor), i allmänhet färre.

[3] Dessa frågor ställdes bara till personer, som varit patienter vid specialpolikliniken.

[4] Denna *varierar* för de olika individerna: observationsperioden *börjar* den månad, då undersökningspersonen första gången (från april 1965) fick narkotikarecept av Åhström; i samtliga fall *slutar* den med utgången av år 1968.

[5] Med den egentliga undersökningsgruppen menas här de patienter, som fick narkotikarecept av Åhström under minst tre månader. Deras antal var 121. Den ovannämnde patienten, som under större delen av observationsperioden vistades utomlands, har emellertid frånräknats.

[6] Svårigheten kan bestå i att avsikten med överdoseringen inte kan utrönas i efterhand; dessutom är säkert gränserna flytande mellan »avsiktliga» självmordsförsök och dödande överdoseringar, företagna »av misstag».

Tabell 15.1. Avlidna: de avlidnas ålder, dödstidpunkter, klara suicidfall.

Åhströmpatienter, ej spec.pol. patienter

Döda i anslutning till Åhströmtiden			Döda efter Åhströmtiden		
grupp	ålder	dödsår	grupp	ålder	dödsår
n=120	31 år	1967	n=120	31 år	1967
	29 år	1967(S)		35 år	1967
n=35	34 år	1966	n=35	53 år	1967
	35 år	1966			

Åhströmpatienter, senare spec.pol. patienter

Döda under spec.pol. tiden			Döda efter spec.pol. tiden		
grupp	ålder	dödsår	grupp	ålder	dödsår
n=120	30 år	1967(S)	n=120	32 år	1967(S)
				42 år	1968(S)
				32 år	1968(S)

Anm.: Klara suicidfall har markerats med ett (S) efter dödsåret.

dödligheten uppskattats till ungefär *12 promille.*[1]

3. I LEG-gruppen skulle motsvarande tal – 11 dödsfall under en genomsnittlig observationstid av närmare 3 år, omvandlat till 1 000 personer och 1 år – uppgå till omkring *24 promille.*

Dödstidpunkterna – i relation till behandlingen dels hos Åhström, dels på specialpolikliniken – har angivits i tabell 15.1, där även de avlidnas ålder samt *klara* suicidfall markerats. Av uppställningen framgår också vilka av de avlidna som tillhörde den egentliga patientgruppen (»n=120») och vilka som enbart hade varit korttidspatienter (»n=35»).

Här har med »i anslutning till Åhströmtiden» menats, att vederbörande fick narkotikarecept av Åhström under dödsmånaden eller månaden före dödsmånaden.[2] Definitionen är knappast invändningsfri.[3]

Av de fyra avlidna inom gruppen »senare spec. pol. patienter» tycks tre ha dött sedan »legalförskrivningen» vid specialpolikliniken för deras del hade upphört.[4]

Alla fyra inom denna grupp begick självmord.

Det bör kanske understrykas, att uppställningen i tabell 15.1 endast antyder tidssambanden mellan dödsfallen och de olika behandlingsperioderna. Någon möjlighet att, med utgångspunkt från dessa uppgifter, bedöma vad som »orsakat» t. ex. självmorden finns givetvis inte. Att de klara suicidfallen är tydligt koncentrerade till tiden *efter* den åhströmska legalförskrivningen (fyra av fem) *kan,* men behöver inte, ha samband med förskrivningens avbrytande.

Något systematiskt försök att följa mortalitetsutvecklingen inom gruppen efter 1.1.1969 har inte företagits. När datainsamlingen för den andra intervjuundersökningen (efterundersökningen) pågick, fick dock en av intervjuarna uppgift om att ytterligare

[1] Dessa undersökningar redovisas närmare i narkomanvårdskommitténs slutbetänkande, SOU 1969: 52.

[2] Ett fall, ovan fört till »döda i anslutning till Åhströmtiden», fick enligt uppgift narkotikarecept strax före sin död via ett landsortsapotek; detta recept har ej registrerats i receptförteckningen.

[3] Man kan inte med säkerhet säga, om alla inom denna grupp alltjämt var aktuella som Åhströmpatienter, när de dog. Någon kan ha fått »legalförskrivningen» avbruten, t. ex. genom intagning på fängelse eller annan institution. Något försök att utreda sådana omständigheter har inte företagits här.

[4] En av dessa avled, sedan han överförts till mentalsjukhus (medan verksamheten ännu pågick); de båda andra tog livet av sig, sedan verksamheten avvecklats. – Uppgifter om patienternas vårdtider vid specialpolikliniken har erhållits av docent A. Bergsman.

en av undersökningspersonerna, en 40-årig man, hade avlidit i februari 1969. Uppgiften visade sig vara korrekt. Dödsorsaken synes ha varit sömnmedelsförgiftning och suicid kan inte uteslutas.[1]

När detta skrivs – april 1969 – har sålunda *minst* 12 av de 156 personer som fick narkotikarecept av Åhström 1965–67 avlidit, och *minst* nio av den egentliga patientgruppens 121 personer.

Sjukhusvård

A. Inledning

Förfrågningar om sjukhusvård under 1967 och 1968 utgick *dels* till samtliga psykiatriska kliniker och sjukhus i Stockholmsområdet, och *dels* till några andra psykiatriska kliniker och sjukhus – företrädesvis tidigare mentalsjukhus – där vi antog att sannolikheten var särskilt stor för att individer ur undersökningsgruppen skulle ha fått vård under perioden. Det finns dock skäl att tro att ett litet antal undersökningspersoner har vårdats på andra sjukhus än dem enkäten omfattande.[2] I det följande redovisas endast svaren från de nio tillfrågade psykiatriska sjukhusen.[3]

B. Resultat

Nästan en tredjedel (30 procent; n=118) av undersökningspersonerna var intagna på minst något av dessa nio sjukhus under år 1967.[4] Andelen var lika hög under 1968 (29 procent; n = 114).[5]

Den sammanlagda *vårdtiden* översteg *en månad* för drygt hälften av de intagna 1967 (n=35) och drygt 60 procent 1968 (n=33). För sex respektive 18 procent översteg den totala vårdtiden halva året.

Antalet *vårddagar* ökade, räknat per *intagen* från 59 dagar år 1967 till 80 år 1968, och, räknat per person i hela undersökningsgruppen, från 17 dagar år 1967 till 23 år 1968. Den genomsnittliga vårdtiden per person i hela materialet översteg alltså tre veckor under det sistnämnda året.

C. Sammanfattning

Uppgifter om mentalsjukvård tidigare under 1960-talet saknas, varför det inte går att uttala sig om huruvida denna form av sjukhusvård var vanligare under de båda undersökta åren än före legaltiden. Man kan bara allmänt konstatera, att antalet individer som vårdats vid de tillfrågade sjukhusen framstår som anmärkningsvärt högt.

Intervjuerna

Inledning

A. Bortfall

När efterundersökningen påbörjades, hade åtta av den ursprungliga undersökningsgruppens 121 personer avlidit. Av de återstående 113 intervjuades 87. För ytterligare sju personer ifylldes efterundersökningens intervjuformulär med ledning av uppgifter från andra än undersökningspersoner (jmf nedan). Totalt omfattar efterundersökningens intervjudel sålunda 94 personer (80 män och 14 kvinnor). Det egentliga bortfallet uppgick alltså till 19 personer (17 procent). Bortfallsorsakerna var följande:

1. Sannolikt utomlands	3 personer
2. Avflyttade till annan ort inom Sverige, och kunde ej anträffas per telefon	4 personer
3. På anstalt långt från Sthlm	3 personer
4. Sannolikt i Stockholm, kunde ej spåras	7 personer
5. Vägrade intervju	2 personer
Summa	19 personer

[1] Uppgiften om dödsorsak är i detta fall preliminär.

[2] För att detta antal är begränsat talar att det stora flertalet av dem som enligt enkäten hade fått psykiatrisk sjukhusvård, hade fått det vid ett fåtal av de tillfrågade sjukhusen; av de tidigare mentalsjukhusen främst Beckomberga, Långbro och Ulleråkers sjukhus. Vid flertalet av de övriga rörde det sig enbart om ströfall.

[3] De nio sjukhusen är: Beckomberga, Långbro, Rålambshov, Ulleråker, Sundby, Karsudden, S:t Sigfrid, Säter samt Sundsvalls sjukhus.

[4] De två personer som avled under första halvåret 1967 ej medräknade.

[5] De sex personer som avled före andra halvåret 1968 ej medräknade.

B. Personliga intervjuer och andra

Till skillnad från i huvudintervjun accepterades här *telefonintervjuer*, när detta var enda sättet att få kontakt med intervjupersonen; i undantagsfall förekom också att uppgifterna erhölls från andra än intervjupersonen (främst nära anhöriga).

Personliga intervjuer:	70
Telefonintervjuer:	17
Uppgifter från anhöriga:	4
Uppgifter från annan:	3[1]
Summa	94

[1] I två fall från undersökningspersonens läkare och i ett fall från en socialassistent, som väl kände till vederbörandes förhållanden.

C. Efterundersökningens intervjugrupp och huvudundersökningens

Genom att det inte ansågs nödvändigt att göra personliga intervjuer med alla, blev efterundersökningens intervjubortfall lägre än huvudundersökningens, trots att den förra genomfördes under en mycket kortare tidsperiod.

Av efterundersökningens 94 intervjupersoner hade 69 tidigare intervjuats i huvudundersökningen.[1] Jämförelser mellan data från de båda intervjuundersökningarna måste alltså begränsas till dessa 69 individer.

Resultat

A. Bostadsförhållanden

I avsnittet om intervjupersonernas bostadsförhållanden under legaltiden (s. 368) konstaterade vi, att de intervjuade föreföll att ha bott *jämförelsevis* hyggligt, med ett av allt att döma obetydligt inslag av »kvartar», etc. Även om efterundersökningens information på denna punkt är mindre detaljerad, ger uppgifterna inget intryck av någon större *förändring* av gruppens bostadsförhållanden under perioden mellan de båda intervjuerna.

Enligt efterundersökningen bodde alltjämt flertalet i egna eller delade lägenheter; få (fem män, ingen kvinna) i hyresrum; relativt få (10 män, en kvinna) saknade fast bostad. Skillnaden består i att 12 män och två kvinnor var intagna på olika institutioner vid 1969 års intervju – vilket ingen var vid intervjutillfället 1966.

B. Arbetsförhållanden

Även i efterundersökningen sade sig flertalet av de intervjuade helt *sakna arbete*. Detta gällde 54 procent av männen (n= 79).[2]

Sex män gick i skolor eller på omskolningskurser. Drygt en *fjärdedel* uppgav sig ha regelbundet arbete (heltid eller deltid), medan en tiondel svarade, att de arbetade »sporadiskt».

Av de 14 kvinnorna saknade nio arbete (ett par av dessa var hemmafruar med minderåriga barn), fyra arbetade regelbundet och en gick på omskolningskurs.

Vi frågade också, vilka intervjupersonernas arbetsförhållanden hade varit »under Åhströmtiden». För gruppen som helhet var skillnaderna obetydliga mellan Åhströmperioden å ena sidan och intervjutillfället å den andra (med undantag för att fler sade sig helt sakna arbete 1969 än under »legaltiden», medan »enbart sporadiskt arbete» var vanligare under Åhströmperioden).

Om heltids- eller deltidsarbete (plus studier) räknas som »bättre» än »saknar arbete» eller »enbart sporadiskt arbete», hade det för 15 av männen (19 procent) inträffat en »förbättring» mellan tidpunkterna och för 13 (17 procent) en »försämring».

Vi skall senare återkomma till skillnader mellan olika *delgrupper* av de intervjuade vad gäller förändringar i arbetsförhållanden från legaltiden till intervjutillfället 1969.

[1] I efterundersökningen intervjuades 94 personer, i huvudundersökningen 88. Somliga av de senare tillhörde dock efterundersökningens »naturliga» (avlidna) eller »egentliga» bortfall.

[2] Ett oklart svar.

C. Vårdkontakter efter tiden vid specialpolikliniken

a) Inledning

Sommaren 1968 upphörde i princip *all* receptförskrivning av centralstimulerande narkotika till narkomaner. För de »legala» missbrukarna av centralstimulantia måste detta ha inneburit en betydande och påfrestande omställning. Många hade under tre års tid regelbundet försetts med receptförskriven narkotika. De flesta hade under ännu mycket längre tid periodvis kunnat få narkotikapreparat utskrivna av läkare. Nu försvann – för missbrukarna av centralstimulantia – denna utväg helt.

Vid samtal som författaren till denna rapport hade med tidigare Åhströmpatienter under våren 1968 talade åtskilliga om självmord som »den enda utvägen», ifall förskrivningen bröts. Tanken att på nytt ge sig in i »tjackjakten» tycktes för många framstå som svåruthärdlig.

Det fanns ju emellertid också ett annat sätt att slippa återgången till den illegala marknadens »tjackjakt»: att sluta knarka. Det blev under dessa samtal också uppenbart, att *denna* utväg för flera av undersökningspersonerna hade fått aktualitet inför de rykten som gick att legalförskrivningen snart skulle ta slut.

Vad gällde denna senare patientgrupp föreföll det därför i varje fall tänkbart, att den förestående unika situationen – legalförskrivningens avbrytande efter lång tids garanterad tillgång till narkotika – även innebar ovanliga terapeutiska möjligheter.

Både skyddssynpunkterna (främst självmordsrisken) och den tänkbara möjligheten att terapeutiskt »utnyttja» situationen, talade därför för att de tidigare legala narkomanerna hade ett särskilt behov av hjälp och stöd i detta läge.

I samband med att det principiella förbudet mot förskrivning av centralstimulerande narkotika till narkomaner infördes, *upphörde* emellertid *också den s. k. specialpolikliniken,* dit Åhströmpatienterna hade överförts ett år tidigare. Någon särskild institution stod nu inte – som när Åhströms verksamhet hade avvecklats – beredd att ta emot patienterna, vilka i stället remitterades till olika andra läkare och till sjukhus.

Vilken vård fick patienterna, sedan de hade slutat vid specialpolikliniken? Hur »fungerade» remisserna från polikliniken, vilka vårdkontakter ledde de till?

b) Remisserna

Specialpolikliniken (SP) upphörde den 1 juni 1968. Sammanlagt hade SP haft 70 patienter, flertalet »officiella» Åhströmpatienter, men även några »satelliter».[1] Antalet patienter hade minskat successivt. Men avvecklingsskedet koncentrerades till SP:s båda sista månader, april och maj 1969. 49 av de 70 patienterna gjorde sina sista besök på polikliniken under dessa båda månader. Av dem som slutat tidigare, hade nio remitterats till andra läkare eller till sjukhus, men lika många hade avbrutit behandlingen på eget initiativ. 43 av de 49 patienter som var kvar i april remitterades av SP till andra läkare och en till mentalsjukhus.[2] Av de 94 intervjuade hade, enligt uppgift från SP, 53 varit patienter vid polikliniken. Några av dessa *förnekade* vid intervjun att de varit patienter där; andra, som enligt SP:s uppgifter *inte* varit patienter, uppgav vid intervjun att de *hade* varit det. Den bristande överensstämmelsen förklaras sannolikt av skiftande definitioner av »patient».[3]

Den följande framställningen gäller enbart intervjupersoner, som *enligt SP:s uppgifter* hade varit patienter där.

c) Remissernas resultat

Av de 53 intervjuade SP-patienterna blev, enligt SP:s uppgifter, 38 remitterade till andra läkare eller till sjukhus.

Av de 38 förnekade sex i intervjun att

[1] Uppgifter om patientantal, remisser m. m. har erhållits av docent A. Bergsman.

[2] Av de övriga omhändertogs två av polis, två andra avbröt behandlingen på eget initiativ och en överfördes till arbetsvården; allt enligt uppgift av A. Bergsman.

[3] En person som en enda gång besökt SP för att få narkotikarecept men efter ett negativt besked aldrig återkom, kan möjligen ha uppfattat sig själv som patient, medan personalen kanske inte gjorde det; en annan, som gjorde flera besök vid SP, men inte fick någon narkotika, kan av personalen, men kanske inte av intervjupersonen själv, ha betraktats som patient, etc.

de blivit remitterade. Ett svar är oklart på denna punkt. De andra 31 sade sig alla ha tagit kontakt med den läkare eller blivit inlagda på det sjukhus, som de remitterades till (i ett fall rörde det sig dock bara om en telefonkontakt).

Åtta av de 31 blev inlagda på psykiatriska sjukhus eller kliniker; i vissa fall var det fråga om tvångsintagningar.

23 av de 31 remitterades till andra läkare.

11 av dessa 23 hade vid intervjutillfället *avbrutit* kontakten med denne läkare, flertalet efter bara något eller ett par besök (åtta efter 1–3 besök). Orsaken till att kontakten avbrutits hade bara i något enstaka fall varit att patienten överförts till annan vård. Flertalet uppgav, att avbrottet berodde på dålig personlig kontakt med läkaren, eller på att denne vägrade att skriva ut narkotika.

Nio av de 12 som alltjämt hade kontakt med den läkare som de remitterats till, fick vid intervjutillfället fortfarande narkotika genom denne läkare (morfinpreparat).

Intervjuresultaten på denna punkt kan sammanfattas så, att vid sidan av sjukhusplaceringarna tycks remisserna från specialpolikliniken ha resulterat i bestående läkarkontakter nästan uteslutande för de patienter, som hade förblivit legala narkomaner.

D. Narkotikabruket

a) »Knarkar du för närvarande?»

Intervjupersonerna tillfrågades om de »knarkade» »för närvarande». Om de besvarade frågan nekande, ställdes följdfrågan *när* de hade »knarkat» sista gången. Av tabell 15.2 framgår svarsfördelningen för hela gruppen (män och kvinnor).

Mer än halva gruppen – 50 personer – sade sig alltså inte »knarka» vid tiden för intervjun. Med reservation för de tre osäkra svaren hade ingen av de 50 »knarkat» under månaden närmast före intervjun. Men åtta hade gjort det minst någon gång under de tre månaderna före. I 13 fall är det rimligt att tolka avbrytandet som ofrivilligt; samtliga inom denna grupp var nämligen intagna på fängelse eller sjukhus vid intervjutillfället och sade sig ha tagit narkotika sista gången kort tid före intagningen.

Tabell 15.2. »Knarkar du för närvarande?» Om nej: »När tog du knark senast?» Män och kvinnor. Absoluta tal.

Ja			44
Nej			50
Därav			
tog knark senast	–1 mån		0
	1–3	»	8
	3–6	»	0
	6–9	»	8
	9–12	»	5
	1–2	år	8
	2–3	»	5
intagna; ej knarkat sedan intagn.			13
knarkar ej; i övrigt oklara el. osäkra svar			3
		Summa	94

b) Preparatval och intagningssätt

De som svarade *ja* på frågan »Knarkar du för närvarande?», fick följdfrågor om vilket preparat de använde *mest* »numera» och om vanligaste intagningssätt.

Av männen var gruppen som mest använde centralstimulantia obetydligt större (20 individer) än gruppen som använde morfinpreparat mest (17).[1] 10 av de 17 män som mest använde morfin, tog preparaten per os, mot tre av de 20 som använde centralstimulantia mest.[2]

Bara fyra av de 14 kvinnorna svarade ja på frågan om de knarkade för närvarande. Dessa fyra brukade alla injicera centralstimulerande medel.

Intressant är, att av de 17 männen i morfingruppen fick alla utom en preparaten genom läkare. Av de 40 män, som uppgav att de använde narkotika vid tiden för intervjun, var alltså närmare hälften (40 procent) alltjämt »legala narkomaner».

[1] En man använde lika mycket morfin som centralstimulantia; ett annat svar var oklart på denna punkt.

[2] Vad gäller intagningssättet är dock tre svar oklara.

Tabell 15.3. »Slutat», »osäkra», »ej slutat». Absoluta tal och procent.

	Män		Kvinnor		Totalt	
	n	%	n	%	n	%
Slutat	20	25	6	43	26	28
Osäkra	20	25	4	29	24	25
Ej slutat	40	50	4	29	44	47
Summa	80	100	14	101	94	100

c) »Slutat knarka»: definition

På vilket sätt skilde sig gruppen som inte längre använde narkotika från de andra? Jämförelser mellan dem som svarat ja respektive nej på frågan om de »knarkar» är dock av mindre intresse; till »nej-svararna» hörde ju individer som inte tog narkotika för att de var intagna på någon institution och där, att döma av svaren, inte hade tillgång till narkotika, liksom även personer som »knarkade sista gången» ganska kort tid före intervjun.

Jämförelser skall i stället göras mellan tre olika grupper, nämligen:

1. Intervjupersoner som slutat att använda narkotika (»SLUTAT»);
2. Intervjupersoner som fortfarande använde narkotika (»EJ SLUTAT»);
3. Oklara eller osäkra fall (»OSÄKRA»).

Såväl benämningarna på dessa tre grupper som avgränsningarna mellan dem överensstämmer i huvudsak med dem, vilka företagits i Gunborg Frejs »förloppsstudie» av intravenösa narkotikamissbrukare (SOU 1969: 53). Grupperna har operationellt definierats enligt följande:

1. *Slutat:* Individer som besvarade frågan »Knarkar du för närvarande?» med *nej* och sade sig *inte ha »knarkat» under de sista 6 månaderna;* eller, för intagna vid intervjutillfället, under de 6 månaderna *före intagningen.*

2. *Ej slutat:* Individer som besvarade frågan »Knarkar du för närvarande?» med *ja.*

3. *Osäkra:* a) Individer som besvarade frågan »Knarkar du för närvarande?» med *nej,* men *sade sig ha »knarkat» minst någon gång under de sista 6 månaderna;* eller för intagna vid intervjutillfället, minst någon gång under de 6 månaderna *före intagningen.*

b) Oklart eller inget svar (vägrar) på frågan »Knarkar du för närvarande?»

Benämningarna är inte alldeles lyckade, främst därför att ordet »slutat» kanske kan upplevas som ett påstående att individerna i denna grupp har »slutat för gott», vilket vi naturligtvis inte vet någonting om.

Även om man alltså inte kan säga något om återfallsrisken, är det sannolikt att den är negativt korrelerad med längden av den »narkotikafria» perioden. Att gränsen dragits vid just 6 månader motiveras av önskemålet att kunna göra jämförelser med Frejs material.

d) »Slutat knarka»: resultat

Intervjupersonernas fördelning på de tre grupperna framgår av tabell 15.3.

En fjärdedel av männen och mer än en fjärdedel av hela gruppen hade alltså, enligt denna definition, »slutat knarka».

e) Gränsfall

1. Tidigare i detta avsnitt har ordet »knarka» genomgående använts i stället för »ta narkotika», etc. Det hänger samman med att flera av intervjupersonerna skilde mellan dessa uttryck. Några av dem sade nämligen, att de inte hade »knarkat» under, t. ex., sista halvåret, men väl tagit narkotika någon gång under denna period.

Dessa individer – tre män och en kvinna – har förts till gruppen »SLUTAT». Det rör sig i samtliga fall om tidigare svåra intravenösa missbrukare, som enligt intervjuanteckningarna starkt underströk att de »slutat med knark»; en av dem uppger att detta inträffade i början av 1966, och att han »numera» var helt »utom fara»: han sade sig »även» ett par

gånger om året kunna använda narkotika »utan att bli beroende»; en annan hade under det sista året tagit centralstimulantia per os två gånger; de två andra hade helt slutat med centralstimulantia, men rökte hasch någon gång.

2. Å andra sidan hade några individer, som sade sig knarkat (minst) någon gång under halvåret före intervjun, tydligen gjort det i mycket begränsad omfattning. Av de (inom denna kategori) som vistades i frihet vid intervjutillfället, hade fyra enligt anteckningarna bara tagit narkotika någon eller några enstaka gånger under sista halvåret. Även här har emellertid intervjupersonernas svar på »knark»-frågan avgjort kodningen, och de har förts till kategorin »OSÄKRA» i stället för »SLUTAT».[1]

f) Svarens tillförlitlighet

I en mer ambitiöst upplagd studie borde man ha försökt att kontrollera intervjuuppgifterna på denna punkt genom intervjuer med anhöriga, läkare m. fl. Några systematiska kontroller av detta slag har, av tidsskäl, inte kunnat genomföras här. Vissa försök att utröna svarens *trovärdighet* har ändå gjorts:

1. Intervjuarna var instruerade att anteckna sina intryck av *intervjupersonernas fysiska och psykiska tillstånd;* ofta antecknades också andra omständigheter, som belyste de intervjuades *sociala situation.*

För de individer som »slutat» har intervjuarna som regel antecknat att ip verkar att vara »i god form», osv. Med undantag för en kvinna fanns inte för någon av dessa – men väl för åtskilliga av de andra – anteckningar som tydde på att de var »medtagna» eller kunde vara »påtända», etc. – I flera fall fanns anteckningar som tydde på hygglig social anpassning (»Arbetar som reklamare, har det tydligen hyfsat ställt», »utbildar sig till konservator», »arbetar heltid i ett pappersbruk», »bor på landet och jobbar i jordbruk», m. m.).

2. För de intervjupersoner, som uppgav att de slutade redan under Åhströmtiden har kontrollerats att uppgiften inte strider mot erhållna data från bearbetningen av de åhströmska recepten; dvs. en person som sade sig ha slutat »knarka» i maj 1966, bör ej ha fått narkotikarecept efter denna månad, etc. För de intervjupersoner som var patienter vid specialpolikliniken (SP) och uppgav att de hade slutat »knarka» medan verksamheten där ännu pågick, har vi vidare satt den angivna tidpunkten i relation till uppgiften från SP om när patienten gjorde sitt sista besök där.[2]

Kontroller av detta slag har kunnat utföras för 19 av de 26 personerna i gruppen »SLUTAT». (De övriga slutade sedan SP hade upphört). Inte i något fall strider uppgifterna från Åhströms respektive SP:s verksamhet mot intervjuuppgifterna.

3. I vissa fall – sex av de 26 – har uppgifterna *erhållits* eller *bekräftats* av läkare, socialvårdspersonal eller anförvanter, vilka uppenbarligen varit väl informerade om ip:s förhållanden.

4. De som »SLUTAT» skiljer sig från övriga grupper inte bara genom att de förra säger sig ha slutat knarka utan också, vilket skall visas i det följande, i en rad *andra* avseenden. Det förefaller rimligt att se åtminstone vissa av dessa skillnader som stöd för den genomförda indelningens reliabilitet.

Jämförelser mellan grupperna »SLUTAT», »OSÄKRA» och »EJ SLUTAT».

A. Inledning

Tre grupper av data kan användas för dessa jämförelser:

a) uppgifter som föreligger för hela undersökningsgruppen, nämligen ålder, kön och registerdata;

b) uppgifter som föreligger för (i princip) alla de intervjuade i efterundersökningen, nämligen svaren på frågorna i efterundersökningens intervjuformulär;

c) uppgifter från huvudintervjun. Dessa

[1] Detsamma gäller två män, som sade sig *aldrig* ha knarkat, och därför vägrade att besvara knarkfrågorna. Det rör sig om personer som aldrig injicerat, men under kortare perioder fått narkotika i måttliga mängder som »medicin» (enligt vad de uppgav under intervjun). Huruvida de fått detta även under det sista halvåret, gick inte att få klarhet i.

[2] Specialpolikliniken hade dock patienter, fast få, vilka *inte* fick narkotikarecept. – Uppgift till förf. av dr G. Järpe.

Tabell 15.4. Tidigare intervjuade inom grupperna Slutat, Osäkra, Ej slutat. Absoluta tal.

	Slutat	Osäkra	Ej slutat	Summa
Tidigare intervjuade	13	19	37	69
Ej tidigare intervjuade	13	5	7	25
Summa	26	24	44	94

jämförelser kan endast göras för de 69 individer, som intervjuades i både huvud- och efterundersökningen.

Ett problem med den sista kategorin av jämförelser är att färre inom gruppen SLUTAT än inom de andra grupperna hade intervjuats i huvudundersökningen (tabell 15.4).

De tidigare intervjuade utgjorde alltså bara hälften av dem som »slutat» mot omkring 80 procent av de andra. En av förklaringarna till detta är, att några inom gruppen (fem eller sex personer) synes ha slutat att ta narkotika *före november–december 1966* och det var bara personer vilka fick narkotikarecept av Åhström under dessa båda månader, som ingick i huvudundersökningens intervjuurval (jfr s. 348).

B. Könsfördelning

Könsfördelningen i den intervjuade gruppen överensstämmer med hela undersökningsgruppens (85 procent män). Kvinnorna är överrepresenterade i gruppen SLUTAT och underrepresenterade i gruppen EJ SLUTAT.

C. Åldersfördelning

Åldersfördelningen inom de tre grupperna (ålder 1969) framgår av tabell 15.6. Relativt sett var de yngre fler och de äldsta färre i gruppen SLUTAT än i de båda andra grupperna.

D. Registrerad asocialitet

De tre gruppernas registrerade asocialitet under de fyra åren före legaltiden enligt registerindex A (FAS III; jfr s. 372) framgår av tabell 15.7. Färre av dem som »slutat» än av de andra hade registeranteckningar under perioden. Även i SLUTAT-gruppen hade dock närmare en tredjedel varit intagna på fängelse, ungdomsvårdsskola eller alkoholistanstalt[1] åtminstone någon period under de fyra åren.

Man kan fråga sig, om gruppen SLUTAT, *efter* den tidpunkt då de sade sig ha »knarkat» sista gången, hade ännu färre anteckningar i förhållande till de andra grupperna. Några sådana jämförelser har dock inte kunnat utföras, eftersom så många uppgav sig ha slutat så pass nyligen; observationsperioderna är för korta.[2]

E. Bostadsförhållanden

Inga skillnader kunde konstateras mellan grupperna i svaren på efterundersökningens intervjufråga om de intervjuades *bostadsförhållanden,* frånsett att – i enlighet med definitionen av denna grupp – fler av de

[1] Här är också inräknade intagna på mentalsjukhus till följd av domstolsbeslut.

[2] Vad gäller kriminalregistret föreligger, som tidigare påpekats, en eftersläpning så att ett brott ofta inte antecknas förrän ett år eller ibland längre tid efter att det begåtts.

Tabell 15.5. Könsfördelning inom grupperna Slutat, Osäkra, Ej slutat. Procent.

	Slutat	Osäkra	Ej slutat	Summa
Män	77	83	91	85
Kvinnor	23	17	9	15
Summa	100	100	100	100
	n=26	n=24	n=44	n=94

Tabell 15.6. Ålder 1969. Grupperna Slutat, Osäkra, Ej slutat. Män och kvinnor. Procent.

	Slutat	Osäkra	Ej slutat	Summa
–30 år	38	21	18	24
31–40 år	50	46	55	51
41 år –	12	33	27	24
Summa	100	100	100	100
	n=26	n=24	n=44	n=94

OSÄKRA var intagna på institutioner av olika slag vid intervjutillfället.

F. Arbetsförhållanden

Klara skillnader fanns däremot när det gällde *arbetsförhållanden*. Närmare hälften av de män som »slutat» (45 procent) mot 1/7 av de andra sade sig ha *heltids*arbete vid intervjutillfället. För hela gruppen (män och kvinnor) gäller, att 62 procent inom gruppen SLUTAT antingen hade arbete (hel- eller deltid) eller gick i skola eller på omskolningskurser; motsvarande tal för de övriga grupperna var 29 procent (gruppen OSÄKRA) och 21 procent (gruppen EJ SLUTAT).

Tidigare konstaterades, att gruppen SLUTAT i mindre utsträckning än övriga hade antecknats för brott m. m. under åren före legaltiden. Förhåller det sig på samma sätt med gruppens arbetsförhållanden? Var de »bättre» redan tidigare, t. ex. under legaltiden? Detta kan belysas dels genom svaren på efterundersökningens retrospektiva fråga om de intervjuades arbetsförhållanden »under Åhströmtiden», dels – för dem som intervjuades i huvudundersökningen – med vad dessa då svarade om arbete under legaltiden (hösten 1966).

Enligt *huvudundersökningen* fanns det inga (nämnvärda) skillnader mellan grupperna i fråga om arbetsförhållanden under legaltiden; i varje grupp var det två tredjedelar som sade sig endera helt sakna eller bara ha tillfälligt arbete. I *efterundersökningen* var det förhållandevis *färre* som uppgav sig ha haft arbete »under Åhströmtiden» inom gruppen SLUTAT (omkring en femtedel) än inom de andra grupperna (omkring en tredjedel).[1]

Individerna i gruppen SLUTAT hade alltså enligt intervjusvaren mycket oftare än de övriga »*förbättrat*» sina arbetsförhållanden från legaltiden till 1969. Om hel- och deltidsarbete räknas som »bättre» än saknar arbete eller »enbart sporadiskt arbete», hade en sådan »förbättring» ägt rum för hälften av de som »slutat» (12 av 24; två okla-

[1] I »arbete» har, när det gäller efterundersökningen, inräknats några personer, som gick i skola eller på omskolningskurs. – Resultaten från de båda intervjuundersökningarna är här inte jämförbara. En individ som 1969 förklarade att han »arbetade under Åhströmtiden» och 1966 att han »saknade arbete» behöver sålunda inte ha farit med osanning vid någon av intervjuerna: han kan ha haft arbete under större delen av Åhströmtiden, men saknat det just vid intervjutillfället 1966.

Tabell 15.7. Registrerad asocialitet enligt registerindex A under FAS III (4 år före legaltiden) inom grupperna Slutat, Osäkra, Ej slutat. Män och kvinnor. Procent.

	Slutat	Osäkra	Ej slutat	Summa
Inga anteckningar under perioden	54	25	32	36
Reg. anteckningar ett el. flera av åren; ej frihetsberövande	15	29	25	23
Frihetsberövande	31	46	43	41
Summa	100	100	100	100
	n=26	n=24	n=44	n=94

Tabell 15.8. Arbetsförhållanden 1969. Män och kvinnor. Procent.

	Slutat	Osäkra	Ej slutat	Summa
Heltid eller deltid	50	21	16	27
Utbildning	12	8	5	7
Saknar arb. el. arb. endast sporadiskt el. intagen	38	71	79	66
Summa	100	100	100	100
	n=26	n=24	n=43	n=93

Anm. Ej svar: 1

ra svar) mot omkring 1/10 inom gruppen EJ SLUTAT (fyra av 39; ett oklart svar) och 1/8 av OSÄKRA (tre av 24). *Försämrade* arbetsförhållanden uppgavs av en enda person inom gruppen SLUTAT mot nio av EJ SLUTAT och fem av de OSÄKRA.

G. Gruppen SLUTAT: preparattyp och intagningssätt »sista gången»

20 av de 26 som »slutat» sade sig ha tagit preparat av typ centralstimulantia sista gången de »knarkade». Fem hade använt morfin, två dock i kombination med något centralstimulerande medel.[1] Alla utom fyra hade injicerat preparatet sista gången.

H. Mest använda preparat

I *huvudintervjun* ingick en fråga om vilken preparattyp som de intervjuade hade »mest erfarenhet av» (jfr ovan, s. 363). Av de 12 individer i gruppen SLUTAT som hade intervjuats tidigare och då besvarat frågan hade endast *en* mest erfarenhet av morfinpreparat mot en tredjedel i gruppen OSÄKRA (sex av 18) och 40 procent av EJ SLUTAT (14 av 35).

Den helt övervägande delen av dem som SLUTAT synes alltså ha varit missbrukare av centralstimulantia. Detta *behöver* inte tolkas som att morfinister generellt skulle ha svårare att sluta än andra missbrukare; det kan också sammanhänga med att i varje fall många av morfinisterna har haft möjlighet att få sin narkotika genom läkare, även sedan »legalförskrivningen» avbröts för missbrukarna av centralstimulantia.

I. Missbrukets varaktighet.

En fråga av stort intresse är naturligtvis under hur långa perioder de som SLUTAT hade använt narkotika jämfört med de båda andra grupperna. Tyvärr föreligger emellertid uppgifter om narkotikadebutår endast för de individer, vilka intervjuades även i huvudundersökningen. Som nämnts uppgår de tidigare intervjuade till bara 13 av de 26 som »slutat». Dessutom föreligger för en av dessa ingen uppgift om debutår. Jämförelser mellan grupperna blir därför av begränsat värde här. Det bör dock nämnas att av de två gånger intervjuade var långa missbruksperioder[2] vanligare i gruppen EJ SLUTAT (56 procent – 20 av 36 – hade missbruksperioder överstigande 10 år) än i gruppen OSÄKRA (hälften – nio av 18 – längre perioder än 10 år) och framför allt än i gruppen SLUTAT (en sjättedel – två av 12 – hade missbruksperioder över 10 år).

De som SLUTAT hade alltså oftare förhållandevis korta missbruksperioder än de övriga; även inom SLUTAT-gruppen hade dock 2/3, när de började hos Åhström, använt narkotika under mer än fem år.

Om man för denna grupp ser på antalet år mellan narkotikadebuten och det år, då de uppgav sig ha »slutat» uppgår denna period för sex av de 12 till 10 år eller mer (median: 9,5 år).[3]

[1] I ett fall är preparattypen »sista gången» okänd.

[2] Som tidigare definieras här missbruksperiod som avståndet mellan narkotikadebutåret och legaldebutåret.

[3] I »bortfallet» – de ej tidigare intervjuade inom gruppen SLUTAT – ingår dels några perso-

(forts. å nästa sida)

J. Sjukhusvård under 1968 inom grupperna

Av de 13 individer som sade sig ha SLUTAT före 1968, hade två under 1968 vårdats på något av de nio psykiatriska sjukhus som ingick i den tidigare redovisade sjukhusenkäten.[1] Motsvarande tal för hela undersökningsgruppen var, som nämnts, ungefär dubbelt så högt, närmare en tredjedel (29 procent; n = 114). Inom grupperna OSÄKRA och EJ SLUTAT vårdades ungefär två av fem på något av de tillfrågade sjukhusen under 1968 (42 procent av OSÄKRA, n = 24; 39 procent av EJ SLUTAT, n = 44).

K. Hur många »slutade» i samband med vård?

I diskussionen om vård av narkotikamissbrukare hävdas ofta, att sjukhusvård har visat sig vara ineffektiv i den meningen, att det stora flertalet som »avvänjs» på sjukhus snabbt återfaller i missbruk efter utskrivningen. Här skall göras ett försök att, för den undersökta gruppen, belysa samma fråga från en annan utgångspunkt: hur många av de som »slutat» avbröt missbruket i samband med sjukhusvård?

Några frågor om omständigheter kring »avbrottet» fanns tyvärr inte i efterundersökningens intervjuformulär. Men dels gjorde intervjuarna för flertalet av de intervjupersoner som »slutat» mer eller mindre utförliga anteckningar om sådana omständigheter; dels ger kombinationen av de intervjuades uppgifter om avbrottstidpunkterna och utdragen från patientregistren vid de psykiatriska sjukhus och kliniker som ingick i sjukhusenkäten svar på frågan, om intervjupersonerna fick vård kring dessa tidpunkter.[2]

a) Registeruppgifter

För denna redovisning har begagnats de uppgifter från sjukhusens patientregister som erhölls vid sjukhusenkäten. Enkäten omfattade samtliga psykiatriska kliniker och sjukhus i Stockholmsområdet och dessutom ett antal psykiatriska sjukhus och kliniker utanför detta område.[3] Registerutdragen gällde personer, vårdade vid sjukhusen under 1967 och 1968. För de fem intervjupersoner som sade sig ha »slutat» före 1 januari 1967, ger alltså registeruppgifterna inga upplysningar om eventuell sjukhusvård i samband med avbrottet.

Det har ansetts rimligt att undersöka inte bara i vilken utsträckning de intervjuade enligt registerutdragen fick sjukhusvård under den uppgivna »avbrotts-månaden» utan också, med tanke på risken för minnesfel, om sådan vård förekom under de tre månaderna *före* eller under de tre månaderna *efter* den uppgivna avbrottstidpunkten. För de intervjupersoner, som bara uppgav »avbrotts*årstid*» har undersökts, om vederbörande fick sjukhusvård under denna årstid.[4]

Tre personer som sade sig ha »slutat» vintern 1967 har inte medtagits i denna del av undersökningen; inte heller en person, för vilken den närmare tidpunkten för avbrottet är okänd.

De återstående 17 intervjupersonerna sade sig alltså ha »slutat» våren 1967 eller

---

(forts. från föregående sida)
ner, som enligt uppgift från Åhström till förf. kunde betecknas mera som alkoholister än som narkomaner (jmf not 3, s. 347), dels, som nämnts tidigare, några som sade sig ha slutat medan Åhströms verksamhet ännu pågick, före senhösten 1966. En rimlig gissning kan därför vara, att missbruksperioderna var kortare inom denna bortfallsgrupp än bland de två gånger intervjuade.

[1] Båda dessa var äldre män, som sannolikt hade återgått till alkoholmissbruk efter legalförskrivningens upphörande.

[2] Det är, som tidigare påpekats (jmf s. 389), inte troligt, att mer än någon enstaka intervjuperson vårdats vid något annat sjukhus än de nio tillfrågade.

[3] Vilka de tillfrågade psykiatriska sjukhusen – f. d. mentalsjukhusen – var framgår av not 3, s. 389. Svar erhölls även från de psykiatriska klinikerna vid följande sjukhus: *Södersjukhuset*, *Karolinska sjukhuset*, *S:t Görans sjukhus*, *S:t Eriks sjukhus*, *Danderyds sjukhus* (samtliga Stockholm) samt från *Akademiska sjukhuset* i Uppsala. – I undantagsfall lämnade sjukhusen också uppgifter om *poliklinisk* vård; dessa uppgifter har ej medtagits i beräkningarna.

[4] På frågan när de tog »knark» sista gången svarade flertalet av de intervjuade med att ange både månad och år, men några uppgav bara vilken *årstid* (och vilket år) de hade »slutat».

senare. Endast två av de 17 hade, enligt registerutdragen, fått sjukhusvård under de 6 månaderna kring avbrottet eller under avbrotts-årstiden. Den ene av dessa vårdades på mentalsjukhus från oktober till den 1 december 1967 och uppgav sig ha »slutat» i februari 1968. Den andre vårdades på psykiatrisk klinik under avbrotts-månaden.

En tredje »slutade» sommaren 1968 och intogs på psykiatrisk klinik i september samma år.

b) Intervjuanteckningar

De intervjuades uppgifter om omständigheter kring avbrottet stärker intrycket att detta mycket sällan skedde i samband med sjukhusvård. Tre av de nio personer som ej ingick i registerundersökningen, sade enligt intervjuanteckningarna uttryckligen att de »lade av» utan sjukhusvård. I ytterligare tre fall tyder uppgifterna på att avbrottet inte inträffade i samband med sådan vård. I två fall ger anteckningarna ingen information alls på denna punkt; endast i *ett* fall av de nio tycks avbrottet, av anteckningarna att döma, ha skett i tidsmässigt samband med psykiatrisk sjukhusvård.[1]

Tyvärr ger intervjuerna mycket sparsamma upplysningar om vilka andra omständigheter, som avbrottet kan ha sammanhängt med. Men flera berättade, att de hade lyckats »lägga av» genom att lämna Stockholm:

»Åkte upp till Norrland, där jag på egen hand la av.»

»Åke iväg till Dalarna och fått jobb på pappersbruk där.»

»Slutade sedan jag flyttat till Östersund.»

»Flyttade till landet och började jobba i jordbruk.»

Flera av de intervjuade sade sig ha slutat med Åhströms hjälp. En bodde under »avvänjningstiden» i Åhströms sommarstuga. Några av dessa tycks ha slutat redan »under Åhströmtiden», dvs. medan den »legala förskrivningen» ännu pågick.

L. Skillnader mellan grupperna: sammanfattning

1. *Kvinnorna* var överrepresenterade i gruppen SLUTAT.

2. *De yngre* var förhållandevis fler och de äldsta färre i gruppen SLUTAT än i de båda andra grupperna.

3. De som »slutat» var mindre ofta än de övriga antecknade i olika *register* (kriminalregistret m. fl. register) under åren närmast *före* »legaltiden».

4. Inga nämnvärda skillnader kunde konstateras mellan grupperna vad gällde *bostadsförhållanden* 1969.

5. Betydande skillnader fanns däremot vad gällde *arbetsförhållanden;* närmare hälften av de män som »slutat» sade sig ha heltidsarbete 1969 mot 1/7 av de andra. Att döma av svaren både på en retrospektiv fråga i efterundersökningens intervju om arbetsförhållanden under Åhströmtiden och på frågor om arbete i huvudintervjun, hade de som SLUTAT betydligt oftare än de andra *förbättrat* sina arbetsförhållanden mellan de båda tidpunkterna.

6. Enligt huvudintervjun hade bara en av de som »slutat» mera *erfarenhet av morfinpreparat* än av centralstimulerande narkotika, mot en tredjedel i gruppen OSÄKRA och 40 procent av EJ SLUTAT.

7. *Förhållandevis korta missbruksperioder* var – enligt ofullständiga uppgifter från huvudintervjun – vanligare bland dem som SLUTAT än bland de övriga. Men även inom gruppen SLUTAT hade 2/3 använt narkotika under mer än fem år, när de *började* hos Åhström och hälften hade använt narkotika under 10 år eller mer det kalenderår, då de *avbröt* narkotikamissbruket.

8. Vård på mentalsjukhus under år 1968 var, enligt registeruppgifter, ovanligare bland dem som »slutat» före 1968 än i grupperna OSÄKRA och EJ SLUTAT.

Till sist har i detta avsnitt också konstaterats, att de som »slutat» enligt tillgängli-

[1] Inte heller här har uppgifter om *poliklinisk* vård medräknats.

ga uppgifter bara i undantagsfall synes ha gjort det i samband med psykiatrisk sjukhusvård.

M. Skillnader mellan grupperna: jämförelse med G. Frejs resultat

Även Frej[1] fann, att kvinnorna och de yngre var överrepresenterade i gruppen SLUTAT; att fast arbete var betydligt vanligare inom denna grupp; och att de som »slutat» betydligt oftare hade använt narkotika under relativt korta perioder.

12.15.4 Tidigare undersökningar av återfall bland narkotikamissbrukare

Mot bakgrund av efterundersökningens kanske mest anmärkningsvärda resultat – att så många av de undersökta enligt intervjusvaren hade »slutat knarka» – skall avslutningsvis några tidigare undersökningar av återfall bland svenska och amerikanska narkotikamissbrukare diskuteras.

Amerikanska återfallsundersökningar

I en genomgång av en serie amerikanska återfallsundersökningar konstaterar *O'Donnell*,[2] att det råder starka motsättningar om praktiskt taget allt som rör narkotikamissbruk, men i *ett* avseende är enigheten nästan total:

> Narcotic addiction is a controversial field. Conflicting views are current with regard to the extent of the problem, its etiology, treatment, the desirability of stricter or more lenient laws, whether addiction should be regarded as a crime or disease, and almost any other aspect of the problem one might isolate. There is, however, almost universal agreement, even among persons who strongly disagree on everything else, that the relapse rate among addicts is high . . .[3]

I själva verket får omdömet att återfallsprocenten är »hög» inget entydigt stöd av de undersökningar, som O'Donnell refererar. Dessa studier ger en mycket splittrad bild; de 11 undersökningar som omnämns i O'Donnells översikt redovisar procenttal för återfall, vilka varierar från 8 till 90. Detta kan bero på olikheter i observationsperiodernas längd, i definitionen av »återfall» och i begagnade undersökningsmetoder men också på faktiska skillnader i återfallsrisk hos olika grupper av missbrukare.[4]

De missbrukare som undersökts i dessa studier har vid observationsperiodernas början varit intagna på sjukhus eller andra institutioner. Vanligen har man sedan bara gjort *en* kontroll av missbruksförekomsten inom grupperna; sedan en viss period (varierande från några månader till flera år) förflutit från sjukhusvistelsen har man sett efter hur många som missbrukat narkotika och hur många som inte gjort det. De krav som undersökningspersonerna måste ha uppfyllt för att räknas som »icke-missbrukare» vid denna kontroll varierar från undersökning till undersökning, både i fråga om den »missbruksfria» periodens längd och i andra avseenden.[5] Ibland har endast de som inte tagit narkotika någon gång under observationsperioden (från sjukhusutskrivningen till undersökningstillfället) redovisats som »abstinenta»; ibland har kraven varit mindre stränga.

I några mer ambitiöst upplagda undersökningar har man följt undersökningspersonernas utveckling i olika avseenden mera kontinuerligt under observationsperioden, dvs. kontroller har gjorts vid flera tidpunkter under perioden. En undersökning av denna typ har utförts av *Vaillant*,[6] som under 12 år följde en grupp av 100 svåra heroinister och fann att 90 procent återföll någon gång under perioden, men samtidigt att 46 procent vistades i frihet och hade

[1] Se SOU 1969: 53, s. 281.

[2] *O'Donnell*, J. A., The Relapse Rate in Narcotic Addiction: A Critique of Follow-up Studies. Ingår i *Wilner*, D. M. & *Kassebaum*, G. G., Narcotics. New York 1965.

[3] a.a., s. 226.

[4] a.a., s. 228–230.

[5] I vissa av dessa studier har sålunda olika andra kriterier på social anpassning, vid sidan av kravet på abstinens, påverkat denna klassificering.

[6] *Vaillant*, G. E., A Twelve-year Follow-up of New York Narcotics Addicts. I: The relation of Treatment to Outcome. Am. J. Psychiatry 66: *122*: 727.

slutat att använda narkotika vid den sista kontakten. 30 av de 100 bedömdes vid observationsperiodens slut vara socialt relativt väl anpassade i olika avseenden (»good outcomes»); personerna i denna grupp hade varit abstinenta under i genomsnitt sju år. *Duvall m. fl.*[1] fann i en annan studie av detta slag, att över 90 procent av undersökningspersonerna hade återfallit efter ett halvår; men efter två år var 17 procent abstinenta och efter fem år 25 procent. Till sist kan även nämnas en studie av amerikanerna *Robins* och *Murphy*,[2] i vilken man bland annat undersökte förekomst av narkotikamissbruk i en grupp av svarta storstadsbor. Författarna fann, att av dem, som enligt intervju- och registeruppgifter någon gång varit heroinmissbrukare (»heroin addicts»), hade drygt 80 procent slutat att använda heroin.[3] Åtskilliga av dessa använde dock andra preparat. Men för hälften av de tidigare heroinisterna kunde ingen form av missbruk konstateras. Av alla som tidigare använt något narkotiskt medel,[4] hade 80 procent slutat med allt slags missbruk av sådana preparat vid undersökningstillfället.

Resultaten från dessa undersökningar tyder alltså på, att allt fler slutar med tiden och att prognosen på längre sikt är betydligt mer gynnsam än vad återfallstalen från de första månaderna efter sjukhusutskrivningen synes utvisa. Siffror av det redovisade slaget kan med andra ord ge anledning till pessimism beträffande resultaten av sjukhusvård, eller av den sjukhusvård som faktiskt har förekommit; samtidigt kan de motivera en större optimism vad gäller den mera långsiktiga prognosen än vad som sannolikt är förhärskande.

Svenska återfallsundersökningar

Några större undersökningar om återfall bland svenska narkotikamissbrukare har inte genomförts. Under 1969 har dock ett par mindre studier publicerats om återfallsfrekvenser inom grupper av sjukhusvårdade missbrukare, den ena från Ulleråkers sjukhus,[5] den andra från psykiatriska kliniken vid Sahlgrenska sjukhuset.[6] I båda dessa undersökningar är observationsperioderna relativt korta – sex månader (Ulleråker) respektive i genomsnitt 11 månader (Sahlgrenska) – och båda redovisar höga återfallssiffror, varför de stärker intrycket att sjukhusvård sällan efterföljs av varaktig missbruksfrihet.

I Ulleråkersstudien – som omfattade 74 amfetaminister – räknades 16 procent som icke-missbrukare efter sex månader.[7] I undersökningen från Sahlgrenska sjukhuset hade 41 av 47 observerade missbrukare av centralstimulantia använt narkotika någon gång under observationstiden. Kraven på

[1] *Duvall*, H. J., *Locke*, B. Z., *Brill*, L., Follow-up Study of Narcotic Drug Addicts Five Years after Hospitalization. Pub. Health Rep. 63:*78*:185.

[2] *Robins*, L. N. & *Murphy*, G. E., Drug use in a normal Population of Young Negro Men. American Journal of Public Health 1967: 9, s. 1580. — De undersökta utgjordes av ett urval från en befolkningsgrupp, »which could be anticipated to have a high rate of narcotics use», nämligen »Negro men now in their early thirties, born in a large city and living in the city of their birth during the last five years.» Dessa män uttogs från ungefär 25 år gamla »elementary school records». 10 procent av de undersökta visade sig någon gång ha varit heroinister (»addicts») och omkring hälften hade använt något narkotiskt preparat.

[3] Dvs. inte använt heroin under året före undersökningstillfället.

[4] Heroin, amfetamin, barbiturater eller marijuana.

[5] *Andersson*, S.-J. och *Gunne*, L.-M., Efterkontroll av amfetaminister. Läkartidningen 69:66:1331, nr 13.

[6] *Holmberg*, M. B. och *Jansson* B., Klinikvård av narkomaner. Läkartidningen 69:*66*:1661, nr 16.

[7] Till denna grupp fördes dock även personer, »som sporadiskt använt beroendeskapande droger men som beträffande arbete och andra sociala faktorer visat god anpassning». – Ulleråkers-studien har vissa metodologiska brister, som gör att siffrorna måste betraktas som mycket osäkra. Bortfallet var i denna undersökning betydande: i 30 procent av fallen hade kontakten avbrutits sex månader efter utskrivningen. Av oklar anledning betraktades samtliga inom denna grupp som »misstänkta missbrukare», »då de i flera fall ej längre varit anträffbara på arbetsplatser och tidigare uppgivna bostadsorter». Om procentberäkningarna i stället utförs enbart inom den grupp som man fick kontakt med och alltså erhöll information om, stiger andelen »icke-missbrukare» efter sex månader från 16 till 23 procent.

abstinens hade här emellertid satts avsevärt högre än i Ulleråkerstudien; exempelvis synes även en kortare period av sporadisk cannabisrökning under observationstiden ha räknats som »återfall».[1]

I en tredje studie, G. Frejs tidigare nämnda efterundersökning av intravenösa narkotikamissbrukare (SOU 1969: 53), redovisas betydligt mer gynnsamma siffror. Av de 74 undersökta missbrukarna i detta material hade vid undersökningen – efter en observationstid på omkring tre år – 26 »slutat» (enligt i huvudsak samma operationella definition som begagnats i föreliggande rapport, dvs. de 26 uppgav sig inte ha använt narkotika under minst sex månader före undersökningstillfället), medan 25 alltjämt använde narkotika och 23 av skilda skäl bedömdes som »osäkra». De som hade »slutat» uppgick med andra ord till över 1/3 av de undersökta, alltså en högre siffra än motsvarande för »legal-gruppen» (1/4). Men det måste då observeras, att det förra materialet hade ett betydligt större inslag av kortvarigt och måttligt missbruk. I Frejs undersökning hade sålunda hälften av de undersökta använt narkotika fem år eller kortare tid, medan bara 16 procent av de 91 »legala narkomaner», för vilka narkotikadebutåret är känt[2] hade så korta missbrukstider.

Det fanns också, i Frejs undersökning, ett påtagligt samband mellan det föregående missbrukets svårighetsgrad och benägenheten att avbryta missbruket. Sålunda hade samtliga inom den grupp av 14 personer, vilkas missbruk bedömdes som minst allvarligt, »slutat» mot bara sex av de 45, som ansågs vara de svåraste missbrukarna.

Sammanfattning

Denna genomgång av återfallsundersökningar gör naturligtvis inte, vad gäller det utländska materialet, anspråk på fullständighet. De nämnda undersökningarna är dessutom av varierande kvalitet. Resultaten måste kanske som regel betraktas som osäkra på grund av metodologiska svagheter. I de mera ambitiöst upplagda av dessa studier har dock slutsatsen varit densamma: risken för återfall efter en (kortare eller längre) tids »avvänjning» på sjukhus är hög, men prognosen på längre sikt är betydligt mer gynnsam. Detta resultat motsägs veterligen inte heller av någon annan större undersökning av återfall bland narkotikamissbrukare.

Slutkommentar

En fjärdedel av de intervjuade i efterundersökningen hade alltså »slutat». Självklart är det omöjligt att avgöra, i hur många av dessa fall det var fråga om ett tillfälligt avbrott och i hur många fall »abstinensen» kommer att bli bestående. Den frågan kan bara besvaras genom förnyade efterkontroller.

Men flera tidigare återfallsundersökningar redovisar, som framgått av det föregående, höga procenttal för bestående missbruksfrihet även bland grupper av svåra heroinister. Det finns därför i varje fall ingen anledning att utgå från, att de f. d. »legala narkomaner», som hade »slutat» vintern 1969, kommer att återfalla i missbruk.

I svensk debatt och information om narkotikafrågor har uttalanden av typ »återfall bland narkotikamissbrukare inträffar nästan alltid» hittills varit vanliga. Därmed tycks man i allmänhet mena, att prognosen är så ytterligt dålig, att få (om ens några) kan avbryta missbruket. Det finns bestämda skäl för att kategoriska påståenden av det slaget borde undvikas. De saknar inte bara vetenskapligt stöd. Man vågar nog dessutom hävda, att det mesta talar för att

[1] Författarna till återfallsundersökningen från Sahlgrenska sjukhuset drar i sin studie slutsatsen – sedan de konstaterat att de många återfallen i deras material gällde missbrukare som vårdats under relativt korta perioder på »öppna» avdelningar – att vården, för att vara effektiv, kräver »helt andra resurser i fråga om möjlighet till isolering, intensiv psykoterapi och mycket långvarig sjukhusvistelse...». Konklusionen förefaller förhastad; att korta vårdtider på öppna avdelningar ger dåliga behandlingsresultat innebär ju inte att långa vårdperioder i isolering skulle ge bättre resultat.

[2] Jmf ovan, s. 351.

de inte är sanna. Ett resultat av bl. a. denna undersökning är, att många även svåra missbrukare frivilligt tycks kunna avbryta sitt missbruk och enligt flera andra undersökningar kan denna missbruksfrihet ofta bli bestående.

13 Rapport från narkotikakvartundersökningen i Stockholm 1968

Christer Hogstedt

13.1 *Syftet med undersökningen*

För att komplettera det statistiska material som narkomanvårdskommittén har om missbrukarmiljöer med *direkta studier* av sådana, beslöts att genomföra en reportagemässig undersökning av ett antal s. k. kvartar. Kvartarna antogs spela en stor roll för missbrukets bibehållande och utformning och eventuellt också för nyrekrytering av narkomaner. Vidare ställdes förhoppningar om att något kunna spegla gruppbeteendet i kvarten genom att notera vilka som uppehöll sig i kvarten, deras aktiviteter och samtal. Det ansågs inte föreligga något behov av noggranna intervjuer med dessa narkomaner om social bakgrund, missbrukstider, preparat etc., eftersom de intervjuundersökningar som gjorts borde vara fullt relevanta för de narkomaner, som finns i kvartarna. Av ekonomiska och tidsmässiga skäl måste studien mer få karaktären av ett reportage än vetenskapligt arbete. Likafullt borde studien utföras så att materialet kunde förmodas spegla ett representativt urval av kvartarna.

Syftet med studien var

1 att ge en beskrivning av kvartarnas utseende

2 att studera narkomanernas beteende i »hemmiljö»

3 att studera kvartarnas funktion för narkomanin

4 att undersöka förutsättningarna för och önskvärdheten av uppsökande verksamhet bland kvartarna.

13.2 *Metodik*

Flera tillvägagångssätt diskuterades. Enighet rådde om att det överlägsna sättet vore att studien utfördes av »participant observers», dvs. deltagande observatörer, som under lång tid levde med i kvartarna. Denna metod måste dock förkastas på grund av de uppenbara medicinska och sociala riskerna för observatören, förutom bristen på tid och pengar för denna typ av undersökning.

Möjligheten att följa med polisens spaningspatruller undersöktes. Narkomanvårdskommittén fick emellertid avslag på sina framställningar till rikspolischefen och regeringen, då detta ansågs oförenligt med polisens sekretessbestämmelser kring spaningsregistret. Dessa juridiska invändningar må vara korrekta, men det är ändå förvånande att narkomanvårdskommittén vägrades följa spaningspatrullerna med sin likaväl sekretesskyldiga personal när journalister, privatpersoner och andra kunnat göra det. Bristen på samarbete med narkotikapolisen fördröjde och försvårade arbetet med uppspårandet av kvartarna och begränsade kraftigt antalet.

Efter diskussioner med narkotikamissbrukare och skyddsassistenter på Skyddsvärnet framkom att den lämpligaste metodiken

vore att låta observatörerna följa med narkotikamissbrukare, som själva rörde sig fritt i kvartarna. Observatören borde inte förneka sin anknytning till narkomanvårdskommittén och sitt uppdrag men inte heller nödvändigtvis skylta med detta, utan bara nämna det på direkt fråga. Under inga omständigheter fick observatören delta i försäljning eller injicering. Med denna »pragmatiska» metod kunde man komma så nära »deltagande» som möjligt utan att överskrida juridiska, medicinska eller praktiska gränser.

Från början planerades att studien skulle utföras av flera observatörer men praktiska omständigheter omöjliggjorde detta och samtliga observationer har gjorts av undertecknad. Detta har medfört en ensidigare bedömning men samtidigt en mer enhetlig.

Det tog flera månader att söka efter lämplig medhjälpare bland de narkotikamissbrukande. Denna person måste vara väl förtrogen med kvartarna och deras besökare och samtidigt beredd att släppa in en utomstående i dessa kretsar. Han fick inte vara alltför nergången av narkotika, då undersökningsmetoden krävde gott omdöme. Samtidigt hade det varit direkt förkastligt att utnyttja någon som var på väg ifrån missbruket och missbruksmiljöerna och därmed riskera att återföra honom till missbruket. Efter åtskilliga misslyckanden med personer som inte fyllde kraven lyckades det observatören att få kontakt med två personer, som möjliggjorde studien med bevarande av ovanstående metod och intentioner. Ett stort tack bör i detta sammanhang riktas till de skyddsassistenter på Skyddsvärnet i Stockholm som hjälpte till med kontaktförmedlingen.

Samtliga studier har alltså gjorts tillsammans med en av mina två missbrukande medhjälpare och tack vare dessas assistans tror jag att den bild som återges nedan visserligen är begränsad men rättvisande. Framförallt är den sedd *inifrån kvartarna under »normala» omständigheter* och inte störd av de speciella förhållanden som rått om studien utförts tillsammans med t. ex. polisen.

13.3 *Materialet*

Under 14 kvällar och nätter besöktes 12 olika kvartar. Dessutom uppsöktes ytterligare 8 kvartar, där vi av olika anledningar inte blev insläppta. Vid dessa besök observerades 48 personer, varav 34 män och 14 kvinnor.

Besökstiden i kvartarna har varierat från 10 minuter till 6 timmar. Somliga personer har bara observerats under några minuter, andra under lång tid och vid upprepade tillfällen. Flera kvartar har besökts vid mer än ett tillfälle.

Uppgifter om kvartarna och personerna har hämtats huvudsakligen från egna observationer, men också ur samtal med de påträffade personerna och mina medhjälpare.

För registrering av uppgifterna har använts två formulär, ett för person och ett för kvart. Dessa har ifyllts efter besöket och främst tjänat som minnesstöd. Dessutom har mer spektakulära eller belysande händelser och iakttagelser dikterats in på band omedelbart efter en »kvartronda».

13.4 *Kvartarnas standard*

Kvart har kallats sådan lokal där narkotikamissbrukare ofta uppehåller sig och aktivt missbrukar narkotika och/eller där narkotika försäljs (s. k. langarkvart). Av de 20 uppsökta kvartarna var 14 st. lägenheter, därav 8 i Stockholms innerstad och 6 i Stockholms förorter, 2 st. rivningshus, 1 nattklubb, 1 kafé, 1 hotell och 1 kontor för försäljning av begagnade bilar.

Av lägenheterna bedömdes 5 som moderna, 2 som halvmoderna och 7 st. som omoderna. Av de sju omoderna lägenheterna var fem kontinuerligt bebodda, en nyligen stängd av polisen och en tillfälligt utrymd (ägaren försvunnen). Två av de bebodda och omoderna lägenheterna hade torrklosett utanför lägenheten, de andra tre wc utan tvättmöjligheter.

Samtliga 5 omoderna lägenheter bestod av endast ett rum. Antalet personer i detta rum varierade från 1 till 12 stycken.

Eftersom materialet är för litet för sta-

tistisk bearbetning kan dessa olika kvartars standard bäst åskådliggöras genom några beskrivningar.

13.4.1 Exempel 1

Kvarten låg i gathuset till ett 70-talshus på Södermalm. Den bestod av ett stort rum och ett litet kök. Möbleringen var synnerligen sparsam. En sliten soffa, ett mindre bord, några pinnstolar och ett skåp. Ingen telefon. Två fönster, varav ett trasigt och båda försedda med fönsterluckor. Kökets spis fungerade inte. Skafferiet var tomt. I köket fanns ett bord, en stol och två madrasser.

Kvartinnehavaren hade kommit ut från fängelse en vecka tidigare. Han hade straffats för checkbedrägeri och langning. När vi kom fanns ytterligare 10 personer i kvarten. På bordet låg några sprutor, kanyler och bängritatabletter. I köket vilade sig en man och en kvinna på madrasserna efter injektioner av uppslammade bängrita. Vi stannade i fyra timmar.

Kvarten fungerade både som langarkvart och silkvart. Flera gånger i halvtimmen knackade det på dörren. Somliga släpptes in, andra inte. Endast utvalda fick köpa av en langare (och missbrukare) som hade »butik» i kvarten. Framåt 12-tiden på natten började personer med stöldgods uppenbara sig. De ville byta grammofoner, radioapparater, bilbesiktningsinstrument, körkort, postanvisningar, legitimationskort m. m. mot narkotika. Affärerna blev mycket omständliga, inte minst beroende på samtliga inblandades narkotikapåverkade tillstånd. Oftast resulterade det i att köparen fick gå tomhänt på knark men med en beställning på något mer begärligt för langaren. Kontanter uppskattades självfallet bäst. Tre prostituerade kom upp och köpte kontant. En fanns i kvarten när vi kom, tiggde om »tjack», uppmanades gå ut och »gno» och kom tillbaka efter halvannan timme med 100 kronor.

Cirka tjugo personer cirkulerade genom kvarten. *Samtliga hade varit straffade och samtliga var intravenösa narkotikamissbrukare.* Påtagligt många var helt nyutsläppta från olika anstalter (inom kortare tid än en vecka). Det väckte uppmärksamhet när någon nämnde, att han varit ute i tre månader.

Några slog sig samman om köp av tre påsar fenmetralinpulver, à 20: –/ st. Pulvret löstes med vattenledningsvatten direkt i sprutan. Sex personer delade därefter på dessa sex millimeter lösning. De hjälptes åt att injicera på varandra. Samma spruta och samma kanyl användes av samtliga sex! Blod sögs upp i sprutan för att kontrollera att man »fått svar». Den siste fick alltså förutom lösningen fem andra personers blod i kroppen. Av de som injicerade uppgav två vid samtal att de hade verifierad »kanylsot» (hepatit). En missbrukare rekommenderade de andra att låta en liten luftbubbla ingå i silen »för att syresätta blodet»!

Efter »pumpen» försökte de ligga ner på golvet och koppla av men störningsmomenten var flerfaldiga och någon behållning av narkotikan var svår att uppfatta. Dels knackade det på dörren ideligen, dels återvände en polisbuss upprepade gånger till gatan nedanför fönstren. Dock utan att göra nerslag. Under en timme fanns en jättelik schäferhund i kvarten, tillhörig en prostituerad. Slutligen fanns det alltid några i kvarten som tiggde om knark och inte hade medel att köpa för.

De mycket oordnade samtal som förekom rörde sig uteslutande om olika preparat, »stötar» och kåkvistelser. Det rådde en nervös och ryckig stämning. Den enda som avvek från mönstret var en ung flicka i 17-årsåldern, som satt i köket och ritade små svarta streck i tusental på påsar och tidningar (»pundning»). Hon fick minst tre injektioner under dessa fyra timmar men höll sig ifrån de andra och satt bara tyst och ritade. Inte heller hon tycktes ha något speciellt utbyte av narkotikan.

Flera var påtagligt psykiskt skadade och speciellt den äldre man i femtio-årsåldern, som langade knarket. Han var tidigare alkoholist och började injicera vad han kom över på mitten av 50-talet. Tbc-sjuk. Stora

stickmärkesinfektioner på underarmarna. Han hade en engångsspruta, som var använd ett otal gånger i byxfickan och som han injicerade med genom ett stort (3 × 3 cm), öppet sår i armvecket. Han skrek av smärta vid varje injektion. Mumlade sedan oavbrutet i timmar om gamla bekanta, då och då med dramatiska tonfall. Enligt andra var detta ett kroniskt stadium för honom och ingen tillfällig berusning.

13.4.2 Exempel 2

Langarkvart på Söder. Ett rum och kök. Fruktansvärt nedgånget. Upprivna korkmattor från golvet. Sönderslagen glasdörr med glasbitar över hela lägenheten. I rummet fanns bara två sängar och ett bord förutom några sönderslagna stolar. Langaren satt bakom bordet med cirka tusen bängritatabletter, ett tiotal sprutor, 50 kanyler, fenmetralinpåsar och färdiga methedrinlösningar framför sig. Bredvid sig i sängen hade han en pistol med ljuddämpartillsats. Dörren öppnades av en halvklädd kvinna, cirka 23 år gammal, som endast motvilligt släppte in oss. Langaren var nervös och avvisande. Han höll en ilsket morrande schäfer i ena handen och uppmanade oss att göra snabba affärer. När vi försökte tala oss ur situationen körde han omedelbart iväg oss med uppmaning att se upp för polisen, som stod utanför. I den andra sängen satt en 17-årig flicka i morgonrock, förgråten och frånvarande.

Min medhjälpare menade, att Finn-Herman (fingerat namn) »jobbade riktigt». Dvs. han var snabb, effektiv och tillät ingen att stanna i kvarten.

13.4.3 Exempel 3

En-rumskvart i Vasastan. Vi kommer dit sent. Min medhjälpare öppnar porten med en stålkam. Kvarten ägs av en prostituerad, som var inblandad i Träskmorden. Dörren till lägenheten hänger på trekvart, sönderslagen och uppbruten. På golvet i det lilla rummet ligger en man i 25-årsåldern med en stor, ful, infekterad böld på överarmen. Bölden sträcker sig från axeln till armvecket och smärtar intensivt. Han vädjar till någon att skaffa penicillin eller sulfa. Han vågar inte söka upp sjukhus; »jag har gulsot och då syr dom bara in mej». En langare som tillfälligt befinner sig i kvarten och är på väg att hämta knark på ett hotell lovar att försöka skaffa antibiotika.

Rummet är överbelamrat med små prydnadssaker och möbler i hygglig kondition. Telefon fungerar. Fönster hela. En kvinna sover i rummets enda säng. En mycket kortväxt, cirka 1,35 m, man står – av obegriplig anledning – i garderoben! Vi lämnar snart och skjutsar den som skall hämta penicillin.

13.4.4 Exempel 4

Modern 3-rumslägenhet i Gröndal. Smakfullt möblerat. Kvinnlig lägenhetsinnehavare i 35-årsåldern med en son på 9 år. Kvinnan är ganska nybliven narkotikamissbrukare och hade fast, statlig anställning till för någon månad sedan. Vi kommer dit sent på eftermiddagen. Det är sju personer i lägenheten. Två män ligger i olika sängar och injicerar. Tre andra plockar ihop verktyg för ett inbrott till natten. Stämningen är nervös – polisen hade varit där två timmar innan vi kom – och det blir inte lugnare av att kvinnan håller sig med en rävunge (!), som snor runt i lägenheten. När sonen frågar efter mat blir hon förtvivlad och svarar – säkert sanningsenligt – att hon vare sig har mat eller pengar. Alla närvarande blir efterhand alltmer uppjagade. Ytterligare två män tillstöter som skall fungera som livvakter under kvällens övningar. De frågar oss om vi vet var 'Sundsvalls-Britta' (fingerat namn) finns. Hon skall 'märkas', eftersom hon inte redovisat för 100 tabletter, som hon fått till försäljning av någon langare. Vi finner det bäst att lämna lägenheten efter någon timme. Min medhjälpare förklarar senare att livvakterna var s. k. torpeder, dvs. män, som åtar sig att fysiskt misshandla folk mot betalning.

13.4.5 Exempel 5

Rivningshus i centrala Stockholm. 5 våningar. Ser tillbommat ut från gatan men porten går lätt att sparka upp. Alla lägenheter i huset är utrymda på vanliga hyresgäster, men huset är likafullt väl bebott. De flesta fönster är sönderslagna. Tapeter nedrivna. Golven uppbrutna. Gas och elektricitet är avstängt men vatten finns och somliga våningar är översvämmade. Urin och avföring i trapporna. Stanken kraftig.

Vi är där vid 10-tiden på kvällen och cirka 15 personer finns i gat- och gårdshuset. Några ungdomar sitter på en våning och röker hasch. En man ligger och sover på en trasig madrass. En prostituerad har inrett en lägenhet med några madrasser. När hon får syn på min medhjälpare frågar hon efter tabletter. I en annan lägenhet väntar några män på en laddning stöldgods, som skall delas och säljas. Överallt finns trasiga föremål, kläder, lådor, sladdar, massor av papper, tomflaskor och några sprutor.

Uppe på vinden är 5–6 vindsutrymmen omgjorda till »bostäder», dvs. det finns en madrass i varje och tidningar att dra över sig. En man och en kvinna rotar metodlöst igenom all bråte i hopp att hitta något att sälja eller använda. Dom är påtagligt narkotikapåverkade.

Det är svårt att tänka sig större misär än den som råder i detta hus. Enligt min medhjälpare är det också den absoluta botten av slummen i Stockholm. Det finns några sådana hus i Stockholms innerstad.

De exempel på kvartar som här beskrivits speglar den skala av olika standard som kvartarna uppvisar. Ifrån moderna förortslägenheter till utdömda rivningsfastigheter. *Samtliga* kvartar som uppsöktes hade dörrar som visade tecken på åverkan, även den som fanns i ett hus uppfört 1967. När en lägenhet blivit känd som kvart tycks det omöjligt att hålla missbrukarna borta. Om de inte släpps in, eller innehavaren är borta, bryter de sig in. En äldre missbrukare sa till mig: »De bästa dagarna är när polisen gör nerslag och plockar med sig knarkarna till station. Då får jag lugnt i lägenheten några timmar och kan städa upp. Jag brukar ofta önska, att dom ska komma och göra nerslag. Här ligger annars män och kvinnor huller om buller, dom stjäl och sprutar och skitar ner. Jag skulle be om polisvakt, om man inte var så förbannat beroende av dom. Jag orkar inte skaffa pengar till mitt eget tjack utan måste lita till att bli bjuden.»

Mina observationer har bekräftat vad man kunde förvänta sig om kvartarnas standard: att den skulle vara usel i rivningshusen, att många skulle återfinnas i gamla hus av slumkaraktär och att åtskilliga finns i förorterna, vartefter innerstaden saneras på äldre fastigheter. Moderna lägenheter slits snabbt ner när de utnyttjas som kvartar.

De exempel som givits ovan illustrerar också miljön och innehållet i kvartarna som skall tjäna som material för rapportens avslutande diskussion.

13.5 *Narkomanen i kvarten*

48 personer har observerats och registrerats på det formulär som konstruerats för ändamålet. Dessutom har ett 30-tal personer ytterligare synts till i kvartarna men alltför flyktigt för att kunna karakteriseras som »observerade.»

Av 34 män var 28 säkra, intravenösa missbrukare och av 14 kvinnor 12 dito. Dvs. 40 personer var säkra läkemedelsmissbrukare av 48 iakttagna. Majoriteten av männen var mellan 20 och 30 år, kvinnorna något yngre.

Av samtliga 48 företrädde 28 st. ett psykiskt påverkat allmäntillstånd, 9 st. var opåverkade, 8 st. var svårklassificerade och 2 st. sov.

Av de 40 säkra läkemedelsmissbrukarna bedömdes vid observationstillfället 17 st. som »normalt påtända», 9 st. som »avtända» (opåverkade), 2 som »snedtända», 2 som »nojiga», 4 st. som »abstinensbesvärade» och 6 st. som svårklassificerade.

Den fysiska konditionen iakttogs dels efter fysiskt allmäntillstånd och dels efter hull. Av 40 säkra missbrukare bedömdes 15 st. ha ett påverkat, sjukligt fysiskt all-

mäntillstånd, medan 23 st. bedömdes som »utan anmärkning», dvs. utseendemässigt normala och fysiskt opåverkade. 2 st. var svårbestämbara.

Av samma 40 ansågs 1 vara överviktig, 11 st. ha normalt hull, 18 st. magra och 10 st. kraftigt avmagrade.

Som påpekas inledningsvis i denna rapport gällde undersökningen inte att ge data om läkemedelsmissbrukaren som individ eftersom andra undersökningar redan kartlagt detta. Undersökningsmetodiken gav inga möjligheter till strukturerade intervjuer eller ingående observationer. Ur »kvartsynpunkt» var det väsentligt att veta hur många i kvarten som faktiskt var narkomaner, i vilket tillstånd de befann sig och att göra vissa iakttagelser om deras fysiska och psykiska tillstånd »i det fria».

Som framgår av ovanstående siffror var *praktiskt taget alla observerade aktiva intravenöst injicerande narkomaner.* Inte i något fall av 48 kunde det uteslutas att personen var läkemedelsmissbrukare. Det betyder antingen att endast etablerade narkomaner söker upp kvartarna eller att tidigare icke-narkomaner snabbt dras in i missbruket. Denna observationsstudie kan inte ensam ge svar på dessa frågor. Det tycks dock rimligt att anta att kvarten spelar en stor roll för bibehållandet av missbruket. Speciellt med beaktande av *det stora antalet straffade som omedelbart efter frigivande går till kvarten* (se exempel 1).

Det har inte varit möjligt för observatören att göra annat än en ytterst summarisk psykiatrisk bedömning. Dels beroende på bristande kvalifikationer, dels på grund av observationssituationen. Antalet narkotikapåverkade är anmärkningsvärt högt och tyder på att *majoriteten av de som uppehåller sig i kvartarna är ständigt påverkade av narkotika.*

Den fysiska konditionen är lättare att bedöma. Som väntat var denna nedsatt. *Speciellt påtaglig var missbrukarnas dåliga näringsstatus.* De 10 som betecknats som »kraftigt avmagrade» företedde insjunkna kinder, smala extremiteter, grågul hudfärg, hålögdhet och dåligt utvecklad muskulatur. Att 23 st. betecknats som »fysiskt utan anmärkning» betyder inte att de skulle vara friska utan endast att de inte företedde påtagliga fysiska sjukdomstecken: hela 28 st. av 40 var underviktiga. Detta bekräftar en ofta iakttagen företeelse: att narkomaner åsidosätter kosten och näringstillförseln. tillförseln.

13.6 »*Nojan*»

För att klassificera graden av påverkan har använts den terminologi, som narkomanerna själva använder. Denna terminologi är ofta välfunnen och beskrivande. Den beryktade »nojan» (slanguttryck för »paranoia», används som beteckning på förföljelseidéer) observerades vid två tillfällen. Tillståndet är så pass anmärkningsvärt att det motiverar en beskrivning av det ena fallet.

Den ene av mina medhjälpare, »Hardy» (fingerat namn), hade tagit en sil med 30 upplösta bängritatabletter och mådde tillsynes bra i början. Vi lämnade kvarten efter en timme och jag skjutsade honom hem. Hardy tittade bakåt ideligen i bilen och bad mig köra i sicksack för att skaka av eventuella förföljare (dvs. polisen). Han började mumla för sig själv och blev alltmer frånvarande. Jag hade suttit tyst några minuter, när Hardy plötsligt skrek »Tjata inte om arbetsförmedlingen!» Jag tittade oförstående på honom och påpekade, att jag inte sagt någonting. »*Någon* tjatar om arbetsförmedlingen. Är det inte du så måste det vara nojan . . .» Tystnad. »Förresten tror jag inte alls att du är ute för att studera kvartarna, du studerar *mej.*»

När vi kom fram till Hardys bostad bad han mig följa med in. Han bor inneboende. Hardy föreföll ha klarnat och kokade kaffe. Just som vi satt oss i rummet hoppade han upp och öppnade fönstret till bakgården (lägenheten ligger på nedre botten och det är bara en meter ner till gården). »Det kan vara bra om någon försöker släppa in gas», förklarade Hardy. Efter någon minut reste han sig igen och gick fram till en stor garderob. Han försvann in och när jag efter ett tag frågade vad han höll på med fick jag

inget svar. När jag tittade in i garderoben höll Hardy på att undersöka en uppbyggnad i golvet, som var en förlängning av den underliggande butikens tak. »Jag skulle ha brutit upp den här för länge sedan. Det är naturligtvis härifrån rösterna kommer», förklarade han.

Jag lyckades lugna honom tillfälligt och han skrattade igen åt »nojan». Men bara någon minut senare tog han plötsligt av sig skorna, hoppade ut genom fönstret mot gården och rusade fram till ett cykelgarage. Det spöregnade ute. Hardy kom inhoppande efter några minuter och meddelade att han »kom undan».

Procedurerna kring garderoben och gården upprepades flera gånger och dessemellan klarnade Hardys medvetande. Han var synnerligen motoriskt orolig, kunde omöjligen sitta stilla, tuggade sönder en pipa. Efter en halvtimme ville han gå ut (klockan var tre på morgonen) ett slag »för att kolla läget». Han vägrade att sätta på sig skor »det är bäst att känna marken under fötterna». Väl ute på gatan försökte han ta sig in i butiken under lägenheten. Hardy tyckte sig se skuggor därinne. Efter en promenad i regnet var han någorlunda dämpad och vi skildes.

När vi träffades nästa dag var Hardy helt normal igen och ganska skrämd av nattens upplevelser. Han hade jobbat i flera timmar med att bryta upp golvet i garderoben men hade slutligen somnat. »Jag får nojan allt oftare. Det är väl det enda som skulle kunna få mej att sluta med knarket.»

Detta tillstånd av paranoia är i överensstämmelse med den vanliga psykotiska paranoian. Tillståndet är förenat med uppenbara risker. Efter att ha sett den aktivitet som min medhjälpare utvecklade i sitt psykotiska tillstånd är jag benägen att tro på de historier, som berättas om misshandel, dråp och skadegörelse, begångna under påverkan av »nojan».

13.7 *Snedtändning*

Begreppet »snedtändning» används för att beteckna bisarra tillstånd av annan typ än »nojan» och som kan uppkomma vid för hög dos, oroliga omständigheter kring injicerandet eller dåliga lösningar. Personen kan bli aggressiv, förtvivlad och psykotisk. Vanligen är snedtändningen förenad med en våldsam motorik, som påminner om grava neurologiska skador och ger misstanke om att hjärnan blir akut påverkad. I ett iakttaget fall i denna undersökning uppmärksammades personen, när han kom ut ur en port, där han tagit en pump av okänd lösning. Först föll han ihop med starka magkramper, tog ett språng i luften och dansade nerför gatan i cirklar. Han tog sig in på ett nattkafé och lyckades ta en läskedryck ur självserveringsdisken och roterade sig fram mellan borden till kassörskan. Efter tre varv framför kassan fick han upp en krona ur fickan och vred sig sedan ut ur lokalen. Väl ute på gatan igen drog han sig tillbaka samma väg han kommit och liknade närmast en släggkastare i ansats, med flaskan istället för slägga. Han var omöjlig att tala till. Munnen öppnades maximalt och slöts i rytmiska sekvenser. Det var endast tack vare den tidiga timmen som han själv och andra undgick skadegörelse. Efter ett tag befriades han från flaskan och hämtades av någon bekant, som han krampaktigt dansande följde med upp i ett hus.

13.8 *Gruppbeteende*

Det har inte varit möjligt att genomföra en ordentlig gruppbeteendestudie. Vissa iakttagelser kan emellertid noteras.

Mina två medhjälpare kände inte varandra. Ändå återfanns flera missbrukare i båda dessas kretsar. Vid ett tillfälle fanns den ene av mina medhjälpare i en kvart som jag visades till av den andre medhjälparen. Cirkulationen mellan kvartarna är stor och det är föga sannolikt att det finns slutna grupper. Åtminstone inte bland de intravenöst missbrukande. Uppenbarligen är det lätt för en okänd person att komma in i en kvart förutsatt att han kommer i följe med någon betrodd. Jag blev inte avvisad någonstans på grund av att man inte kände

mig tidigare. Ibland fanns dock en viss misstänksamhet. Jag anklagades en gång för att »sätta nojan» på dem. Min medhjälpare avvärjde.

Det gemensamma för personerna i kvartarna tycks vara narkotikamissbruket och kriminaliteten. Kvarten fungerar som sovplats, knarkställe, gömställe, stöldgodsupplag, bytesplats och träffpunkt.

Det var svårt att spåra någon utpräglad hierarki. En viss särställning intar kvartinnehavaren eftersom han bestämmer om vilka, som får vara i kvarten. I allmänhet är det också kvartinnehavaren, som har narkotika till försäljning.

De flesta samtalen i kvarten gäller affärer, kompisar, kåkvistelser och knarkupplevelser. Varje form av transaktion blir fruktansvärt omständlig och hela atmosfären präglas av stark misstro gentemot varandra. Löften är inget värda. Upprepade gånger berättades om olika personers svek och bristande lojalitet. »Man kan aldrig lita på en narkoman» var en vanlig fras.

Förutom de prostituerade var ingen inblandad i sexuell aktivitet. Det talades mycket om »sexkicken» men något resultat av denna syntes aldrig, vare sig i form av samlag eller sexuell frustration.

Besöksfrekvensen i kvartarna är utomordentligt hög. Under några timmar kunde samma person komma och gå fyra gånger.

Det saknas ett fast gruppbeteende och social organisation. Däremot håller man noga reda på var personer finns. Om någon blir gripen rapporteras detta omedelbart. Den som saknar någon frågar efter honom. Ofta vet man strafftider och frigivningsdatum för en lång rad bekanta. Skälen till detta mycket aktiva intresse för medmänniskorna är flerfaldiga. Ofta har de skulder att utkräva av varandra. Vissa personer är speciellt lämpade för olika typer av förfalskning eller inbrott. En kvart kan bli tom för att innehavaren »sys in» och bör då användas. En »fästmö» kan bli ledig. Det är viktigt att veta på vilket fängelse folk finns för ev. smuggling. Osv. Dessutom räknar de flesta tydligen med att snart åka fast och då gäller det att veta vart man skall begära sig för att komma bland kompisar – eller för att undvika en antagonist.

13.9 *Sammanfattning*

De lägenheter och lokaliteter som används av intravenösa läkemedelsmissbrukare för att vistas i vid injicering och anskaffande av narkotika, s. k. kvartar, varierar i standard från toppmoderna lägenheter till utdömda rivningshus med övervikt för omoderna och nedgångna lägenheter.

I allmänhet uppehåller sig ett större antal personer i kvartarna. Hygienen är växlande men oftast dålig. Möblemanget kan vara rikligt eller sparsamt men nästan alltid trasigt och smutsigt. Telefoner är sällsynta. Ytterdörrarna är praktiskt taget alltid uppbrutna, ofta helt demolerade. Mat syns sällan till. Lika litet som alkohol.

Sprutor, kanyler och narkotika finns i allmänhet synligt framme. De personer, som återfinns i kvartarna är praktiskt taget alla intravenösa blandmissbrukare av falska ritalinatabletter (s. k. bängrita), fenmetralin och methedrin (studien gjordes i juli 1968). Proportionerna män/kvinnor var som 2/1. De flesta var i åldern 20–30 år.

De hygieniska förhållandena kring injicerandet är usla och bokstavligen livsfarliga. Lösningarna är gravt orena. Samma sprutor och kanyler används många gånger och av flera olika personer, bl. a. på grund av svårigheten att skaffa kanyler och sprutor (dessa är numera receptbelagda). Åtskilliga av de injicerande har verifierad hepatit (gulsot) och sannolikt har de flesta av kvartbesökarna leverskador genom den systematiska smittspridningen.

Flera fall av svåra stickmärkesinfektioner har iakttagits. Det fysiska allmäntillståndet var uppenbart påverkat hos närmare hälften av missbrukarna. En fjärdedel företedde kraftig avmagring, flera personer var kakektiska. De som vistats utanför anstalt mer än en månad visade närmast undantagslöst flera symtom på dåligt näringsstatus.

Drygt hälften av missbrukarna var vid observationstillfället påverkade av nyinjicerad narkotika och endast en fjärdedel var

opåverkade. Detta tyder på att de flesta missbrukare är narkotikapåverkade större delen av sin vakna tid. På grund av den höga graden av narkotikapåverkan var även en grov psykiatrisk bedömning ogenomförbar. Praktiskt taget alla etablerade missbrukare uppvisade under observationerna onormala psykiska beteenden. Att avskilja vad som berodde på narkotikapåverkan respektive genuina psykiska rubbningar var ogörligt för undersökaren. Några fall av bisarra psykiska förändringar på grund av narkotikapåverkan har iakttagits och beskrivits.

Kvartens funktion för dess innevånare och besökare är flerfaldig. Kvarten fungerar som sovplats, gömställe för efterlysta, langarbutik, stöldgodsupplag, bytesplats för stöldgods mot narkotika, träffpunkt och givetvis som injiceringslokal.

Utmärkande för personerna i kvartarna är dels deras narkotikamissbruk, dels kriminaliteten. Samtliga observerade var straffade och ägnade sig aktivt åt olika former av kriminell verksamhet. Samtalsämnena i kvarten cirkulerade också huvudsakligen kring »stötar» och »knark».

De flesta var primärt kriminella och hade efter några år blivit narkotikamissbrukare. Inget fall av narkotikadebut har observerats under studien. Dessa iakttagelser stödjer inte hypotesen att kvarten skulle spela en stor roll i rekryteringen av nya narkomaner utanför den kriminella världen. Däremot tyder observationerna mycket bestämt på att kriminella personer som uppsöker kvartarna i samband med den illegala verksamheten snart dras in i missbruket. Genom det starka materiella sambandet mellan narkotika och olika former av kriminalitet (narkotika har kallats »den undre världens guldmyntfot») kommer kvarten att medverka till att bibehålla de kriminella i missbruket och missbrukarna i kriminalitet.

Några av de observerade var relativt »unga» narkomaner, sedan mindre än 6 månader tillbaka, men avvek inte från de övriga i nedgångenhet. Om det var kvartmiljön i sig som drivit dessa till kriminalitet eller nödvändigheten av att på illegala sätt skaffa pengar som drivit dem till kvarten kunde inte klargöras av studien. Rimligen är det en kombination. Det utmärkande för kvarten är dess fullständiga integrering av kriminalitet och narkomani, på flera plan.

Någon social organisation eller ett fast gruppmönster fanns inte i de kvartar som observerades.

Kvartar saknade varje drag av dekadensromantik. Ingen tycktes få några stora positiva upplevelser av narkotikan. Atmosfären var nervös, orolig och oharmonisk. Det var uppenbarligen bostadsnöden som i många fall drev de observerade till kvartarna. Narkotikan verkade användas för att mildra kvartverklighetens vämjeliga förhållanden och upplevdes bara i relation till dessa som en tillgång.

Kvartarna kan inte försvinna förrän de förhållanden, som driver människor till kvartens aktiviteter försvunnit. När en kvart sprängs av polisen betyder det bara att invånarna flyttar till en annan lokalitet. Om inte samhället tänker tillgripa synnerligen dramatiska åtgärder (flerårig internering) mot samtliga kriminella och narkotikamissbrukare måste man räkna med att kvartarna, i dess olika former, kommer att bestå. Men naturligtvis får man inte lämna dem »i fred». Den mänskliga nedbrytningsprocessen i dessa miljöer är snabb och motiverar stora insatser.

Såvitt har kunnat bedömas under denna studie är polisens åtgärder (tillfälliga nerslag), av mycket litet värde ur både brottsbekämpande och rehabiliterande synpunkt.

Uppsökande verksamhet i kvartarna är fullt genomförbar. Det visar bl. a. experimenten i Uppsala. Skickliga och engagerade socialarbetare skulle kunna få upp ett stort kontaktnät inom kvartarna. Men den uppsökande verksamheten är självfallet ointressant om inte de uppsökta kan erbjudas alternativ till kvarten. De åtgärder som kan rekommenderas diskuteras i andra sammanhang. Denna studie har bara klargjort att en uppsökande verksamhet är genomförbar och väl motiverad som ett första led i en social rehabiliteringsverksamhet.

14 «Narkotikaepidemin« i Växjö. En studie av narkotikamissbruk i Växjö hösten 1967

Magnus Kihlbom Jakob Lindberg

14.1 *Inledning*

Lördagen den 25 november 1967 publicerade Dagens Nyheter ett reportage om en omfattande »narkotikahärva» i Växjö. De inblandade uppgavs främst vara studenter vid den då nystartade universitetsfilialen i staden. Tio personer hade, enligt Dagens Nyheter, anhållits av Växjö-polisen. Studentkårens klubb, »Club Dino», utpekades som en central för narkotikahanteringen – artikelrubriken löd: »Studentklubb var opiumhåla». Under höstens lopp hade, enligt tidningen, ett omfångsrikt missbruk utvecklats i Växjö. Narkotikaskadade ungdomar hade vid olika tillfällen införts till lasarettet, »i flera fall i närmast medvetslöst tillstånd». »Kulmen nåddes förra fredagskvällen då ambulansen fick transportera 42 narkotikaskadade ungdomar till sjukhuset.» »Det är inte bara hasch och preludin som används», hette det vidare i artikeln. »Även opium och LSD har figurerat vid orgierna . . .»

Med anledning av denna och andra tidningsartiklar om »narkotikaepidemin» i Växjö beslöt narkomanvårdskommittén den 30 november 1967 att uppdraga åt Magnus Kihlbom och Jakob Lindberg att på platsen insamla uppgifter om det påstådda missbruket, dess omfattning, spridningsvägar, m. m.

Förslag om snabbt insatta undersökningar av nyupptäckta och geografiskt avgränsade missbruksformer hade redan tidigare väckts inom Nordiska rådet. Vid narkomanvårdskommitténs ovannämnda sammanträde rapporterade kommittéledamoten professor Leonard Goldberg, »att den nordiska kommitté, som nyligen tillsatts för att till Nordiska rådet ge förslag om bl. a. förstärkt narkotikaforskning, vid sitt första sammanträde angivit som önskvärt att sådana företeelser som det nu upptäckta missbruket bland studenter i Växjö blev föremål för undersökningar, varvid det gällde att undersöka inte endast missbrukets epidemiologi utan också det omgivande samhällets attityder. Sådana snabbt insatta undersökningar borde förekomma också i andra nordiska städer.»

Undersökningen genomfördes under en tiodagarsperiod. De flesta av de för missbruk kända ungdomarna intervjuades, liksom representanter för olika myndigheter i staden. Det visade sig därvid snabbt, att tidningsuppgifterna på nästan varje punkt varit antingen starkt överdrivna eller helt gripna ur luften. Några »narkotikaskadade» ungdomar hade över huvud taget inte införts till sjukhus i Växjö. Den s. k. opiumhålan visade sig vara en helt vanlig danslokal för de studerande vid universitetsfilialen. Ingenting tydde på att något som rimligtvis skulle kunna beskrivas som »knarkorgier» hade förekommit, vare sig på »Club Dino» eller någon annanstans i staden.

Det enda korrekta i tidningsuppgifterna

Söndagen den 26 November 1967 DAGENS NYHETER

Knarkstudenterna spolierade studier Lånen till hasch

Från Dagens Nyheters Smålandsredaktion

VÄXJÖ, lördag.

Klubb i Växjö för akademiker knarkartillhåll

VÄXJÖ (HT)

Knarkhåla chockade universitet

Från DN:s Smålandsredaktion

VÄXJÖ, fredag.

N Måndagen den 27 nov. 1967

Fyra i Växjö medvetslösa av narkotika

Av de tio, som har suttit an-

ungdomar varit så berusade av narkotika att de fått forslas i ambulans till Växjö lasarett. För en vecka sedan infördes fyra ungdomar under samma kväll i medvetslöst tillstånd till lasarettet. En av ungdomarna föll ihop på en gata, och en annan påträffades medvetslös i hemmet av sina föräldrar.

Då det över lag gäller skolungdom, som har varit med om knarkat, kommer en del skolor i dag att göra undersökningar bland eleverna hur utbrett det hela är. Från skolhåll har affären kommit som en överraskning. Visserligen har skolorna haft vetskap om att narkotika — och då hasch — har använts av en del elever, men inte i så stor utsträckning som nu har avslöjats.

Polisen har under helgen inte arbetat med fallet. Men i dag kommer man att fortsätta med full styrka.

Studentklubb var opiumhåla Tio anhållna

Från Dagens Nyheters Smålandsredaktion

VÄXJÖ, fredag.

KRONOBERGAREN Onsdagen den 29 nov. 1967

Ännu sväller knarkhärvan

Narkotikahärvan i Växjö, med alla dess förgreningar, håller nu på att svälla ut till en av de

Ungdomsliga avslöjad
Misstanke om narkotika
FEM HAR ANHÅLLITS

INSIDORNA

Narkotikahärvan växer sid 3

Ytterligare två studenter vid universitetsfilialen i Växjö anhölls på onsdagen i narkotikahärvan. Den gren av härvan som utreds i Hässleholm växer också. Där sitter bland annat en journalist anhållen för kontakter med narkotikaleverantörerna.

Fader kom historien på spåren

GÖTEBORGS HANDELS- OCH SJÖFARTS-TIDNING Onsdag 29 november 1967

Knarkaffären växer fyra av tio anhållna var Växjö-studenter

GÖTEBORGS-POSTEN Lördagen den 25 november 1967

Universitetets nattklubb utpekas som centrum för knark-härvan

Lördagen den 25 november 1967

Tio unga har anhållits i knarkhärvan i Växjö

var att polisen i Växjö hade anhållit ett antal ungdomar, flertalet studenter, vilka misstänktes för olaga innehav och i några fall överlåtelser av narkotika, huvudsakligen haschisch och genomgående i jämförelsevis små mängder. Något intravenöst missbruk hade inte förekommit, vare sig enligt polisutredningen eller enligt vad som framkom i intervjuerna.

Därmed framstod också andra frågeställningar än de epidemiologiska som intressanta. Vilken var bakgrunden till den påtagliga osakligheten i pressuppgifterna? Vilka konsekvenser hade den omfattande och osakliga publiciteten liksom de, som det föreföll, anmärkningsvärt långtgående tvångsåtgärderna fått för de inblandade ungdomarna?

I denna rapport redovisas och kommenteras några av de uppgifter som framkom under våra intervjuer.

14.2 *Tillvägagångssätt*

Förutom samtal med företrädare för åklagarmyndigheten, universitetsfilialen, studentkåren, barnavårdsnämnden, m. fl. och med ett flertal läkare genomfördes intervjuer med åtta av de tio ungdomar som förhörts av polisen. Av dessa åtta (i åldern 18–22 år) var fem studenter.

Namnuppgifter på dessa kunde inte erhållas genom åklagare eller polis. Kontakten med de inblandade studenterna måste därför förmedlas genom studentkårens ordförande. Genom intervjuerna med dessa fick vi kontakt med de tre icke-studenterna. Allt detta fordrade tid och övertalning. Ett fall i polismaterialet vägrade att vara med om intervjun. En annan var inte längre kvar i Växjö. Enligt förhörsprotokollen hade dessa två endast varit inblandade i periferin och haft obetydlig del i missbruket.

14.3 *Beskrivning av de intervjuade*

Försök att spåra upp andra brukare än de som hörts av polisen misslyckades. De intervjuade ungdomarna ansåg sig emellertid själva utgöra totala antalet *vanemässiga* haschischrökare i Växjö; det antyddes dock att det kunde finnas ytterligare 10–20 *sporadiska* brukare i staden.

Intervjuerna omfattade anamnes beträffande sociala, psykologiska och medicinska data och beträffande narkotikabruk.

14.3.1 Preparatval

Haschisch var det helt dominerande preparatet i samtliga fall utom ett där (peroral) konsumtion av centralstimulantia övervägde. I tre fall hade enbart haschisch använts; tre hade dessutom prövat LSD någon eller ett par gånger. Peroral konsumtion av centralstimulantia förekom periodvis tämligen intensivt i ett fall och som engångstillfälle eller sporadiskt i ytterligare tre eller fyra fall. Intravenöst missbruk hade, som nämnts, över huvud taget inte förekommit, inte heller bruk av morfinpreparat. Alkoholmönstret varierade: Tre intervjuade uppgav att de helt hade övergivit ett ganska kraftigt alkoholmissbruk till förmån för hasch. Ytterligare tre intervjuade hade så gott som aldrig använt alkohol och sade sig vara totalt ointresserade (eller tog principiellt avstånd från konsumtion) av alkohol. I två fall förelåg både haschisch- och ett måttligt alkoholmissbruk, inte sällan kombinerade i samma rus.

14.3.2 Duration

Ett fall debuterade som haschischrökare hösten 1967. För övriga låg haschisch- (eller i ett fall marihuana-) debuten ½–3 à 4 år tillbaka i tiden.

14.3.3 Debutomständigheter

Alla hade introducerats till haschisch eller (i förekommande fall) LSD via jämnåriga bekanta, endast två via någon i den aktuella intervjugruppen, övriga på respektive hemorter. Inlärningen av användningen av centralstimulantia tycktes i betydligt lägre grad ha varit beroende av kamrater.

14.3.4 Intensitet

I sju fall av de åtta kan rökningen karaktäriseras som relativt intensiv, med under pe-

rioder om veckor till månader så gott som daglig konsumtion, men också med kortare eller längre perioder utan rökning och utan påtagliga abstinens- eller dysforisymtom. I det åttonde, lindriga, fallet var det sannolikt ett vid intervjutillfället avslutat sporadiskt nyfikenhetsbruk med bara ett fåtal röktillfällen. Två sade sig ha gjort försök att sluta rökningen. I ett par fall intensifierades rökningen i samband med flyttningen till universitetsfilialen. Det föreföll oss sannolikt, att detta hade samband med en upplevd vantrivsel i den ovana, ensamma och ostrukturerade miljön.

Rökningen föreföll att i samtliga fall ha varit relativt kontrollerad, dvs. den tycktes som regel inte ha inverkat menligt på studieprestationen eller på kamrat- och föräldrarelationer. Två av de intervjuade uppgav dock att den kroniska rökningen medfört glömska, koncentrationssvårigheter och indolens, och ansåg att studieresultaten under hösten skulle ha blivit bättre om rökningen varit mindre intensiv.

14.3.5 Sammanfattande beskrivning

De åtta intervjuade var i åldern 18–22 år. Fem var studenter. Missbruket bestod huvudsakligen i haschischrökning, även om visst missbruk av centralstimulantia peroralt och i någon liten utsträckning LSD hade förekommit i några fall jämsides med haschischrökningen. Endast i ett fall hade rökningen lärts in i Växjö, i de övriga på respektive hemorter flera år tidigare. Påfallande var att flera av de intervjuade uppgav att haschisch sedan längre tid var betydligt vanligare på deras hemorter (närbelägna samhällen i Skåne och Småland).

De åtta trodde sig utgöra hela antalet vanemässiga haschischrökare i Växjö. Gemensamt för dem var fleråriga tecken – närvarande långt före haschischdebuten – till svagare eller starkare anpassningssvårigheter och instabilitet. Alla föreföll minst normalbegåvade och flera klart överbegåvade (också av icke-studenterna). Också konstnärliga intressen och aktiviteter var framträdande i några fall. I den ungefärliga skattningen av föräldrarnas socialgrupp var socialgrupp 3 ej representerad.

14.4 *Diskussion*

14.4.1 Den »överdrivna» reaktionen

Kontrasten mellan vad vi kunde konstatera om missbrukets omfattning och art och de uppgifter som hade lämnats i pressen var alltså betydande. Men även de lokala myndigheternas reaktioner på »epidemin» tycktes oss sakna proportion till de brott det var fråga om – även med hänsyn till de utredningstekniska omständigheter som kan ha föranlett en del av de företagna tvångsåtgärderna. Nio av de misstänkta ungdomarna satt anhållna under i genomsnitt närmare 3 dygn; tre under ca 4 dygn, en under ca 6 dygn. Den sistnämnde, en amerikansk medborgare, placerades efter anhållningstiden i häkte under ytterligare ca 12 dygn.

Tänkbara orsaker

Vilken var bakgrunden till dessa, som vi uppfattade dem, överdrivna reaktioner? En del »tillfälligheter» kan ha spelat en viss roll. En av felaktigheterna i det inledningsvis refererade tidningsreportaget förklarades sålunda i efterhand bero på hörfel vid inringningen av artikeln.[1] I Växjöpressen antyddes att lokalpolitiska motsättningar mellan Jönköping och Växjö låg bakom överdrifterna i vissa tidningar.[2]

Vi tror emellertid att andra förhållanden hade större betydelse för uppkomsten av de enligt vår mening »överdrivna» reak-

[1] Uppgiften om hörfelet lämnades i en rättelse, införd i Dagens Nyheter någon dag efter den första artikeln. I stället för att »42 narkotikaskadade ungdomar» transporterats till sjukhus skulle det enligt rättelsen ha stått »4 svårt narkotikaskadade ungdomar»; i verkligheten hade, som påpekats, *ingen* »narkotikaskadad» förts till sjukhus.

[2] Sedan några av felaktigheterna i pressreportagen konstaterats, antydde Växjötidningarna att bakgrunden var den avundsjuka som man i Jönköping — varifrån tydligen några av reportagen emanerade — påstods känna över att den nya universitetsfilialen inte hade förlagts dit.

tionerna från pressens och vissa myndigheters sida. Vi vill här peka på några sådana faktorer:

a) Det narkotikamissbruk som vår undersökning gällde var det första som upptäckts i staden. Polisen och åklagarmyndigheten hade ingen tidigare erfarenhet av narkotikamissbruk. Deras kunskaper på detta område var därför, naturligt nog, mycket begränsade. Bristen på kunskap förenades emellertid med bestämda föreställningar om att allt bruk av alla slags narkotika var ytterst farligt. Någon nämnvärd differentiering mellan olika typer av narkotika gjordes knappast. En ledande utredningsman förmodade t. ex., i ett samtal med en av oss, att den som en gång rökt hasch sedan för alltid var narkoman. Det förefaller oss troligt, att detta synsätt ledde till skarpare reaktioner från polis och åklagare än vad som annars skulle ha blivit fallet.

b) Den otillräckliga differentieringen mellan skilda typer av bruk och missbruk var säkert ingenting speciellt för Växjö; den har som bekant präglat en stor del av den enklare informationen i narkotikafrågor, bl. a. i vissa tidningar. Det förefaller som om både de lokala myndigheterna och de journalister som skrev reportagen om »orgierna» i Växjö *vid denna tidpunkt* hade inhämtat sin huvudsakliga information om narkotikafrågorna från denna typ av källor.

c) De drastiska polisiära åtgärderna i kombination med, till en början, ganska ofullständig information till pressen om vad som hade inträffat, bör ha skapat en gynnsam jordmån för ryktesspridning med osaklig och överdriven publicitet som följd.

Tänkbara konsekvenser

Bristen på differentiering mellan olika slags missbruk yttrade sig bl. a. i att ungdomarna ofta, både i pressen och av företrädare för olika myndigheter som vi talade med, kallades »narkomaner». Flera tidningar betecknade de anhållna som »knarkligan» eller »ungdomsligan» och uppgav att några av dem var »hemfallna åt missbruk» (»de andra har», skrev en tidning, ännu »inte hunnit bli slavar under lasten»).

Det finns skäl att tro att den systematiska avgränsningen av dessa ungdomar som »avvikare» innebar allvarliga risker. Vad som inträffade kan beskrivas så, att en grupp psykiskt labila ungdomar, som redan tidigare upplevt sig som »alienerade» och tyckt sig ha reaktionssätt, normer och mål som skilde sig från det omgivande samhällets, tilldelades en roll som svåra sociala avvikare (sjuka och/eller kriminella). Risken är att de som tilldelas en sådan roll också accepterar den; att samhällsreaktioner av detta slag förstärker en utanförstående eller »antisocial» attityd hos de utpekade.

I flera intervjuer kom en upplevelse av förstärkt »utanförstående» och minskad social samhörighet till uttryck:

»Jag är ute ur den sociala leken nu»
»Nu förstår jag att jag är narkoman»
»Om dom för den här orättvisa lagstiftningens skull sätter fast mig en gång till för rökning så lämnar jag det här djävla landet.»

Det är också troligt, att verkningarna av ett sådant »avskiljande» blir mera långtgående i en mindre stad som Växjö än i en storstad. Sannolikt fick de upptäckta haschischrökarna i Växjö från början till slut genomgå en helt annan »behandling» än vad de skulle ha fått, om de upptäckts i t. ex. Stockholm:

a) Det är inte sannolikt, att någon av dem skulle ha anhållits, om de hade bott i Stockholm; i varje fall inte de som enbart misstänktes för olaga innehav av mycket måttliga mängder haschisch;[3]

b) även om de mot förmodan skulle ha anhållits, hade detta med största säkerhet

[3] En undersökning rörande åtalsunderlåtelser m. m. under år 1967, beviljade personer misstänkta för narkotikabrott i åldern 15—18 år visar, att tvångsåtgärder förekommer mer sällan och åtalsunderlåtelser oftare i Stockholm än i övriga landet. (*Enroth, H.* och *Måhl, Chr.* »Åtalsprövningar i Sverige år 1967 beträffande narkotikabrott avseende 15—18-åringar». Kriminalvetenskapliga institutet, Stoockhlms universitet. Stencil 1968. I vissa delar publicerad som bilaga till narkomanvårdskommitténs slutbetänkande.)

inte i nämnvärd grad uppmärksammats av tidningarna, om ens alls;

c) de skulle, om de bott i Stockholm, sannolikt löpt mycket mindre risk att av omgivningen stämplas som »narkomaner», »hemfallna åt missbruk», »slavar under lasten», etc.;

d) sannolikheten hade varit långt större för att deras missbruk, genom den anonymitet som finns i en större stad, skulle ha förblivit okänt utanför den närmaste omgivningen.

En illustration till småstadsbons sämre läge i det sistnämnda avseendet ger följande episod. En av oss hade kommit överens med en av de berörda ungdomarna att komma för en intervju till det hotell där vi bodde. Vederbörande anlände, men förklarade att han hade tyckt det var mycket obehagligt att gå den korta vägen från bostaden till hotellet, eftersom folk vände sig om på gatorna »när de såg en av de där narkomanerna».

Huruvida Växjöepisoden verkligen fick mera bestående negativa följder av det antydda slaget för de berörda ungdomarna, kan vi naturligtvis inte uttala oss om. Några antaganden om effekter på längre sikt kan vi inte göra. Det bör tilläggas, att de värsta överdrifterna i tidningsuppgifterna kanske också hade en gynnsam effekt, från de synpunkter som diskuterats nu. De ledde nämligen till att både lokalpressen och myndigheterna i sina avståndstaganden från »huvudstadstidningarnas» ovederhäftighet sökte avdramatisera vad som inträffat.

Slutligen är det också tänkbart, att det omfattande polisingripandet och den allmänna uppståndelsen hade en preventiv effekt på de inblandade och andra; »avskräckte» dem från fortsatt missbruk.

14.4.2 Värdet av »brandkårsforskning» på narkotikaområdet

När vi reste till Växjö var det, som nämnts, för att i första hand studera »epidemiologiska» frågeställningar: hur hade missbruket kommit till Växjö; hade det skett genom att personer med tidigare missbruk flyttat till staden, genom en utifrån organiserad »försäljningsdrive» eller genom att Växjöungdomar hade börjat inhandla narkotika på andra håll i landet; vilken omfattning hade det aktuella missbruket, hur länge hade det pågått och inom vilka grupper hade det spritt sig.

Förutsättningarna för att undersöka detta bedömdes vara goda, eftersom (1) missbruket kunde antas ha varat under ganska kort tid, (2) Växjö är en förhållandevis liten stad, (3) antalet missbrukare, även om tidningarnas uppgifter stämde, sannolikt var relativt måttligt och (4) missbrukarna troligen i huvudsak skulle återfinnas i en homogen population (studenter).

Vårt intresse kom, av redovisade skäl, att koncentreras på andra problem. I ett annat sammanhang kunde emellertid en undersökning inriktad på de nämnda frågeställningarna sannolikt ha varit av stort intresse. Studien skulle dock i sådant fall troligen ha blivit mera givande, om mer tid hade stått till förfogande för dess genomförande. I vårt fall tvingades vi av tidsskäl att inskränka intervjuerna till de av polisen kända (miss)brukarna; ett uppspårande av även andra missbrukare skulle ha fordrat ytterligare lång tids tålmodigt övertalningsarbete. Dessutom borde en sådan undersökning helst inte, som i detta fall, avbrytas redan efter ett par veckors kartläggning av den aktuella missbrukssituationen, utan utformas som en kontinuerlig »bevakning» av utvecklingen, med ytterligare flera besök på platsen under kanske ett eller två års tid. Det skulle kunna ge uppslag till hypoteser bl. a. om vilka grupper som ägnar sig åt missbruk under olika faser i missbruksutvecklingen, vilka som slutar och vilka som inte gör det, liksom kanske också antaganden om negativa eller positiva effekter på attityder och beteenden av olika typer av information och av rättsliga ingripanden av det slag som inträffade i Växjö.

De starka överdrifter och direkta osanningar i tidningsreportagen om Växjö-episoden som vi har påtalat, utgör enligt vår mening en ytterligare motivering för »brandkårsforskning» av detta slag. Det

är väsentligt att så grova felaktigheter tillrättaläggs, helst innan de eventuellt hunnit påverka opinionsbildning och beslutsfattande på området. Från denna synpunkt är det givetvis också önskvärt, att resultaten offentliggörs snabbare än vad som har kunnat ske i detta fall.

15 En studie av narkomanvården vid ett psykiatriskt sjukhus

Tom Fahlén

15.1 *Utgångspunkter*

De psykiatriska sjukhusens struktur och miljö påverkar alltid patienterna, deras attityder och beteenden. Detta faktum är en av de viktigaste utgångspunkterna för denna rapport, som är en beskrivning av narkomanvården vid Beckomberga sjukhus, som den bedrevs under hösten 1968 och våren 1969.

Miljöns utformning på sjukhus har ägnats stor uppmärksamhet i senare års psykiatriska litteratur. Det har diskuterats hur sjukhusmiljön ska kunna förändras för att effektivt kunna utnyttjas som ett instrument för påverkan av s. k. inter-personella störningar, dvs. för påverkan av individers sätt att fungera i relation till andra, påverkan av värderingar och normer.

Hittills tillgängliga undersökningar visar att narkomanerna som grupp kännetecknas av störda sociala relationer, vilka gjort sig gällande långt före narkomanidebuten. Frågor kring gruppens miljöförhållanden är således starkt motiverade: när det gäller sjukhusvården frågor om sjukhuset som terapeutisk eller antiterapeutisk miljö.

Problemen kring narkomanvård vid psykiatriska sjukhus gäller både den nuvarande situationen och möjligheterna på längre sikt. Man kan fråga vilka förändringar som krävs för att psykiatriska sjukhus bättre ska kunna uppfylla terapeutiska målsättningar och vad som krävs för att de med effektiva terapeutiska program ska kunna ta sig an narkomaner. Rapporten har inga pretentioner på att besvara dessa frågor, men frågeställningarna har varit utgångspunkter för studiens och rapportens uppläggning.

Relationerna mellan patienter och olika personalgrupper och de olika personalgruppernas situation behandlas därför tämligen ingående och begreppet terapeutisk miljö återkommer ofta. Begreppets innebörd och svårigheterna att förverkliga en terapeutisk miljö behandlas i en inledande diskussion.

Narkomanvårdssituationen vid Beckomberga sjukhus belyses först med uppgifter från registerkort, journaler, medicinalstyrelsens statistik etc., uppgifter som bl. a. berör tillgången på personal och ökningen av antalet narkomaner på sjukhuset. Med utgångspunkt från intervjuer försöker jag därefter analysera skeenden som jag anser belysa sjukhusets och narkomanernas nuvarande situation.

15.2 *Inledande diskussion*

Styresmannen vid Beckomberga sjukhus, Martin Ekblad, har i en skrivelse till Stockholms stads sjukvårdsförvaltning (daterad den 19/9 1968) hävdat att en planerad provisorisk vårdenhet för de »sociopater» och narkomaner som av domstol överlämnas till sluten psykiatrisk vård icke bör förläggas till Beckomberga sjukhus.

(Om denna patientgrupp inte överlämnas till Beckomberga och Långbro sjukhus) »skulle (det) underlätta den nuvarande utvecklingen mot en modernare och mer öppen vård som pågår vid Beckomberga och Långbro sjukhus. Om dessa båda sjukhus blir tvungna att även i fortsättningen taga emot de mest svårskötta narkomanerna samt kriminella sociopater, skulle detta innebära en tillbakagång, då det gäller vården av övriga psykiskt sjuka, som dock utgör flertalet, mer än 90 % av patienterna.»

Styresmannen vid Rålambshovs sjukhus, Sten Mårtens, ser i en artikel i Läkartidningen (4/69) vissa av vårdproblemen på liknande sätt.

»Vården vid de psykiatriska sjukhusen har under en följd av år med rätta kritiserats för en alltför stor slutenhet. Medvetet har psykiatrerna under senare är strävat mot en allt större öppenhet, mot minskade restriktioner för de psykiskt sjuka och handikappade. Allt fler stängda avdelningar har öppnats, lås- och tvångsmedel har reducerats till ett minimum. Vårdpersonalen och läkarna ... står numera inför den alltmer frustrerande uppgiften att ägna huvuddelen av sin tid till att övervaka de mot sin vilja intagna narkomanerna, hindra dem att avvika, skärpa säkerhetsåtgärderna, förhindra smuggling och utnyttjande av andra patienter. --- Fängelselikheten börjar alltmer smyga sig tillbaka.»

Både Martin Ekblad och Sten Mårtens hänvisar alltså till en strävan att förbättra sjukhusens funktion. De framhåller att sjukhusens utveckling f. n. hindras av narkomanvården. Övriga patienter blir lidande. Målet för försöken att utveckla de psykiatriska sjukhusen har beskrivits mer utförligt bl. a. i de betänkanden som avgivits av Mentalsjukvårdens personaldelegation (SOU 1963: 24 och 1965: 50). Som en central fråga behandlas där möjligheten att på de psykiatriska sjukhusen skapa s. k. terapeutiska miljöer.

En utgångspunkt i dessa betänkanden är att patienternas avvikande beteende kan ses som inter-personella problem, dvs. som problem vilka gäller patienternas relationer till andra människor. Problemen kan yttra sig t. ex. som en bristande kontakt med andra, som en tendens till aggressivitet och som en bristande realitetsanpassning.

För att förstå sådana störningar i de sociala kontakterna hos sjukhuspatienter har många forskare försökt att studera och beskriva de psykiatriska sjukhusens sociala struktur. Också i de nämnda betänkandena gör man sådana beskrivningar. Sjukhuset ses där som ett socialt system i vilket individerna ges olika positioner. Till positionerna förknippas krav och förväntningar (roller). Olika personalgrupper kommer alltså att tilldelas skilda roller. Läkare har vissa bestämda roller, sjukvårdspersonal andra. Också patienterna tilldelas roller. Det som kännetecknar det traditionella sjukhuset anses vara att patienterna ges en utpräglat passiv roll. Det innebär att det är andra som fattar beslut åt patienten. Det är andra som utför handlingar som gäller patienten. Dessa förhållanden bidrar till att utveckla och förstärka patienternas inter-personella problem, bidrar till att skapa isoleringstendens, auktoritär underkastelse, trotsreaktioner, irrationella problemlösningar osv. Patienten hospitaliseras.

Den sociala strukturen på ett sjukhus kan alltså ses som en viktig orsak till patienternas beteende där och som ett hinder för resocialisering. Genom att förändra det traditionella sjukhusets sociala system skulle man kunna ta sig an uppgiften att lösa patienternas inter-personella problem. Det betyder att patienterna ska kunna tränas i rationellt beslutsfattande och också att en önskad och medveten påverkan av deras normer och beteenden ska kunna ske. En av förutsättningarna för detta är att det finns möjligheter att förmå patienterna att ta aktiv del i systemet.

Att på detta sätt få hela sjukhusmiljön att fungera som ett instrument i försöken att reorganisera patienternas sociala relationer (terapeutisk miljö) kräver tämligen långtgående förändringar i sjukhusstrukturen. Sådana förändringar innebär en mängd svårigheter för sjukhuset som organisation.

När Sten Mårtens betraktar narkomanerna som ett hinder, säger han att man pga. narkomanerna tvingas att låsa dörrar på sjukhuset, tvingas se över fönsterlåsen, skärpa säkerhetsåtgärderna och ägna huvuddelen

av sin tid till övervakning, och att detta hindrar försöken att nå större öppenhet och minskade restriktioner. Kravet på restriktioner framtvingar miljöförhållanden som är skadliga för patienterna. De är skadliga för de patienter som skulle kunna behandlas utan dessa restriktioner, men de är naturligtvis också skadliga för narkomanerna själva.

När det gäller sjukhusmiljöns skadliga inverkan på narkomanerna, gäller det att klargöra på vilket sätt låsta dörrar och andra restriktioner på en avdelning kan skapa miljöförhållanden som är ogynnsamma för dem. Ett följdproblem blir sedan frågan om hur man på låsta avdelningar, där sådana måste finnas, ska kunna skapa miljöer som är så terapeutiskt fungerande som möjligt. Frågorna ter sig viktiga eftersom narkomaner är en grupp som i hög grad kännetecknas av problematiska sociala relationer, av inter-personella problem, dvs. av sådana problem som varit utgångspunkter för diskussioner om terapeutisk miljö.

Frågan om hur det psykiatriska sjukhusets övervakande funktion påverkar sjukhusets sociala struktur behandlas i sociologen Sten Johanssons lic. avhandling »Mentalhuset som organisation» (Uppsala 1966). Några av dess synpunkter kan vara värda att referera.

En grundläggande orsak till svårigheterna att skapa en terapeutisk miljö anses vara att de målsättningar som tilldelats det psykiatriska sjukhuset sinsemellan är motstridiga. Målsättningarna har formulerats utanför sjukhuset och gäller samhällets krav angående beteenden som uppfattas som skadliga: att isolera eller resocialisera den svåra avvikaren. Om sjukhuset handlar på ett sätt som är maximalt effektivt i dess försök att uppnå ett av sina mål (ex. målet att skydda samhället från patienten) måste chanserna att uppnå ett annat av dess mål (ex. målet att återföra patienten till samhället) minska.

Denna motstridighet gör att sjukhuset måste göra avvägningar och i dessa avvägningar tenderar alltid skyddsmålsättningen att prioriteras. I avvägningarna står nämligen valen mellan väsentligt olika typer av handlingar. Målet att skydda är lätt att precisera till sin innebörd och lätt att formulera som konkreta arbetsuppgifter. Det är däremot svårare att beskriva terapimålsättningens konkreta innebörd. Det är lätt att omsätta skyddsmålsättningen i praktiskt handlande, men det är betydligt svårare och mer krävande att utforma ett terapeutiskt riktigt handlande. Det är också lättare att beskriva misslyckanden i försöken att uppfylla skyddsmålsättningen. Ett terapeutiskt misslyckande är mer svårpåvisbart. Sten Johansson uttrycker det så här: skyddsmålsättningen är lätt att programmera, medan terapimålsättningen är svår att programmera. Eftersom en person som står inför både lätt- och svårprogrammerade uppgifter alltid tenderar att välja de lättprogrammerade alternativen – detta kallas Greshams lag – tenderar också det psykiatriska sjukhuset som organisation att ge prioritet åt skyddsmålsättningen detta oberoende av vad den som formulerat målen haft för intentioner.

Ett annat påpekande i avhandlingen är att de som arbetar på vårdavdelningar tilldelas mer utpräglade övervakningsuppgifter ju längre ned i hierarkin de befinner sig. Detta faktum kan sättas i samband med den ofta gjorda iakttagelsen att personalgrupper som är placerade lägre i hierarkin tenderar att vara mer »kustodiella» (kustodiell av latinets custos = väktare) i sina attityder än de som har högre positioner. Dvs. uppgiften att övervaka och hålla ordning bidrar till att forma den syn som olika befattningshavare får på patienterna. Med en kustodiell attityd menar man en inställning enligt vilken patienten bör hållas i förvar för att han och personer i hans omgivning skall kunna skyddas mot de destruktiva impulser som han anses ha. Patienten ses som oförmögen att klara sig själv, okänslig för andras reaktioner, farlig för sig själv och sin omgivning osv. Ofta betraktas avvikande beteende som en moralisk defekt och inte som symtom.

Likaväl som de kustodiella attityderna kan sägas vara orsakade av den miljö där

de existerar, likaväl kan de också sägas fungera bland de faktorer som bidrar till att utforma en sjukhusmiljö som måste anses som skadlig för patienterna. En kustodiell inställning till patienterna är skadlig bl. a. genom att personalens syn på patienterna som oansvariga, osjälvständiga och oförmögna påverkar patienternas självuppfattning. Det kan leda till att patienterna börjar uppföra sig just så som man väntat att de ska bete sig. Ofta rör det sig om en förstärkning av ett tidigare inlärt beteende. Patienterna lär sig sin roll och personalens uppfattning om patienterna bekräftas. Man skapar en s. k. självuppfyllande profetia.

På Dikemarks sjukhus i Norge görs uppmärksammade försök att ge sjukhusmiljön en terapeutisk funktion. Sociologen Yngvar Løchen har gjort en analys av förhållandena där (Idealer og realiteter i et psykiatrisk sykehus, 1965). En av hans slutsatser är att det p. g. a. det psykiatriska sjukhusets villkor i samhället (tilldelade uppgifter och tilldelade resurser) måste uppstå en kollision mellan de terapeutiska idéerna och de roller som medlemmarna i institutionen i realiteten kan tilldelas. I denna situation skulle systemets medlemmar tendera att rikta uppmärksamheten mot olika individer mer än mot systemet. Sjukhusen skulle, menar Løchen, rymma en »diagnostisk kultur» som tenderar att göra problemen till individers problem, undanskymma de sociala problemen och försvara det sociala systemet mot förändringar.

12.3 *Metodik*

Studien kan betraktas som explorativ, dvs. avsikten har närmast varit att kartlägga ett otillräckligt känt undersökningsområde. Jag har därför använt mig av en flexibel intervjuteknik, utan fixerade frågeserier. Detta för att komma åt så mycket information som möjligt.

Intervjuer har gjorts med personer som haft skilda positioner inom sjukhusorganisationen, för att på så sätt få vårdsituationen belyst från olika håll.

Min egen position som intervjuare är naturligtvis av betydelse. Det är främst två förhållanden som jag under genomförandet av studien har ansett vara viktiga att uppmärksamma.

1. Jag är läkare och har sedan våren 1965 och fram till hösten 1968 tjänstgjort vid sjukhuset.
2. Jag har upplevt narkomanvården som mycket otillräcklig.

Jag inledde studien med ett antal provintervjuer och ställde då relativt få och helt öppna frågor (typ »berätta om arbetet på avdelningen»). Ett syfte med dessa intervjuer var att bli uppmärksam på frågeställningar och typer av problem som jag tidigare eventuellt varit omedveten om. Ett annat syfte var att få underlag till analys och bedömning av hur frågor skulle formuleras och i vilken ordning de skulle ställas, bl. a. för att så långt som möjligt eliminera en icke önskad styrning av intervjuerna.

Några gånger försökte jag att använda bandspelare, men intervjupersonerna har då oftast varit alltför besvärade. Några har sagt att de inte vill tala i bandspelare om sådant som uppfattas som känsligt. Under icke bandade intervjuer har jag eftersträvat att teckna ned så mycket som möjligt ordagrant.

Intervjupersonernas situation i organisationen kan påverka utformningen av de svar som ges. Man kan t. ex. tänka sig följande typer av styrningar.

1. Den intervjuade kan försöka att beskriva vissa förhållanden så som han önskar att de skulle vara och undvika att beröra aktuella svårigheter.
2. Den intervjuade kan tro sig påverka sjukhusets framtid med sina utsagor genom att betona vissa svårigheter mycket starkt.
3. Den intervjuade kan försöka framhålla sin egen brist på ansvar genom att betona svårigheter utanför den egna maktsfären.

Skötarnas situation ägnas ett relativt stort utrymme i rapporten. De har flera gånger intervjuats i grupp. Ibland har då olika synsätt brutits mot varandra, men oftast har gruppen framstått som homogen med avseende på beskrivningen av sjukhussituationen. Homogeniteten kan naturligtvis vara skenbar och bero på att bara vissa norm-

Tabell 1. Antalet patienter vårdade och utskrivna under diagnosen abusus alii eller narcomania. (Beckomberga sjukhus).

År	Män	Kvinnor
1962	40	19
1963	41	14
1964	60	25
1965	66	37
1966	125	46

Tabell 2. Antalet utskrivningar av patienter vårdade under diagnosen abusus alii eller narcomania. (Beckomberga sjukhus).

År	Män	Kvinnor
1962	72	33
1963	83	40
1964	108	59
1965	132	60
1966	202	95

givande personer kommit till tals. De som yttrat sig mest under gruppintervjuerna är troligen normgivande inom sin grupp också i andra situationer. Intervjuer med enskilda skötare tyder på det. Jag har därför också intervjuat skötare som påstått ha avvikande synpunkter på vården.

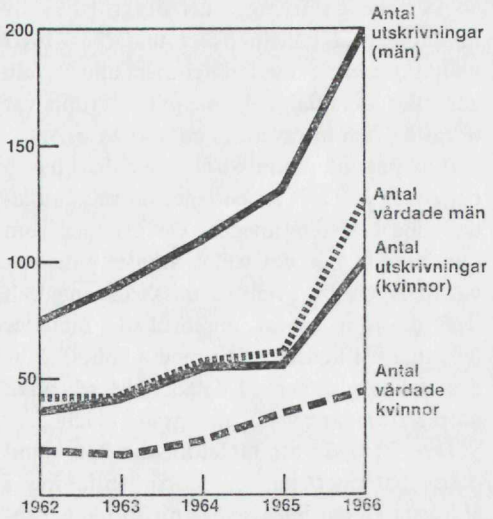
I största möjliga utsträckning har intervjusammanfattningarna underställts de tillfrågade för kontroll.

15.4 *Patientantal, vårdtider etc.*

Enligt samtliga överläkare har antalet intravenösa missbrukare ökat avsevärt under senare år. I den statistik som medicinalstyrelsen samlat upptas gruppen abusus alii (missbruk av andra medel än alkohol) och narcomania som en diagnos. Man kan där inte särskilja olika missbruksformer från varandra och alltså inte utläsa hur antalet intravenösa missbrukare förändrats. Angående åren 1962 t. o. m. 1966 ger statistiken bl. a. de uppgifter som återfinnes i tabell 1 och 2.

I figur 1 återges tabellerna grafiskt.

Denna statistik har ett begränsat värde. Man kan avläsa en ökning av antalet patienter och antalet vårdtillfällen för patienter med diagnosen abusus alii – narcomania.



Figur 1. Grafisk återgivning av tabell 1 och 2

Men man kan inte avläsa någonting om den i detta sammanhang viktiga gruppen intravenösa missbrukare.

För att få några data om gruppen patienter med diagnosen abusus alii – narcomania har jag gått igenom s. k. registerkort och journaler angående de patienter som vårdats under denna diagnos året 1967. Se tabell 3.

Tabell 3. Antal intagningstillfällen och antal patienter 1967 fördelade på olika diagnoser.

	Män	Kvinnor
Antal intagningstillfällen totalt på de aktuella klinikerna	1 834	1 226
Antal intagningar av patienter med diagnosen abusus alii – narcomania	210	135
Antalet intagningar av patienter med diagnosen abusus alii – narcomania i % av det totala antalet intagningstillfällen	12 %	11 %
Antal patienter vårdade under diagnosen abusus alii – narcomania	133	69
Antal vårdade intravenösa missbrukare	75	35
Antalet vårdade intravenösa missbrukare i % av antalet patienter vårdade under diagnosen abusus alii – narcomania	56 %	51 %

Av tabellen framgår att drygt 10 % av intagningarna på sjukhuset under år 1967 gällde patienter med diagnosen abusus alii eller narcomania. I denna patientgrupp var drygt hälften intravenösa missbrukare.

6 av patienterna missbrukade enbart hasch och/eller LSD. 3 av patienterna missbrukade enbart lösningsmedel. De grupper som dominerade när det gäller antalet patienter var dels de intravenösa missbrukarna och dels de som enbart missbrukade tabletter (eventuellt i kombination med alkohol). Hur dessa två grupper fördelade sig på olika åldrar framgår av stapeldiagram 1 och 2.

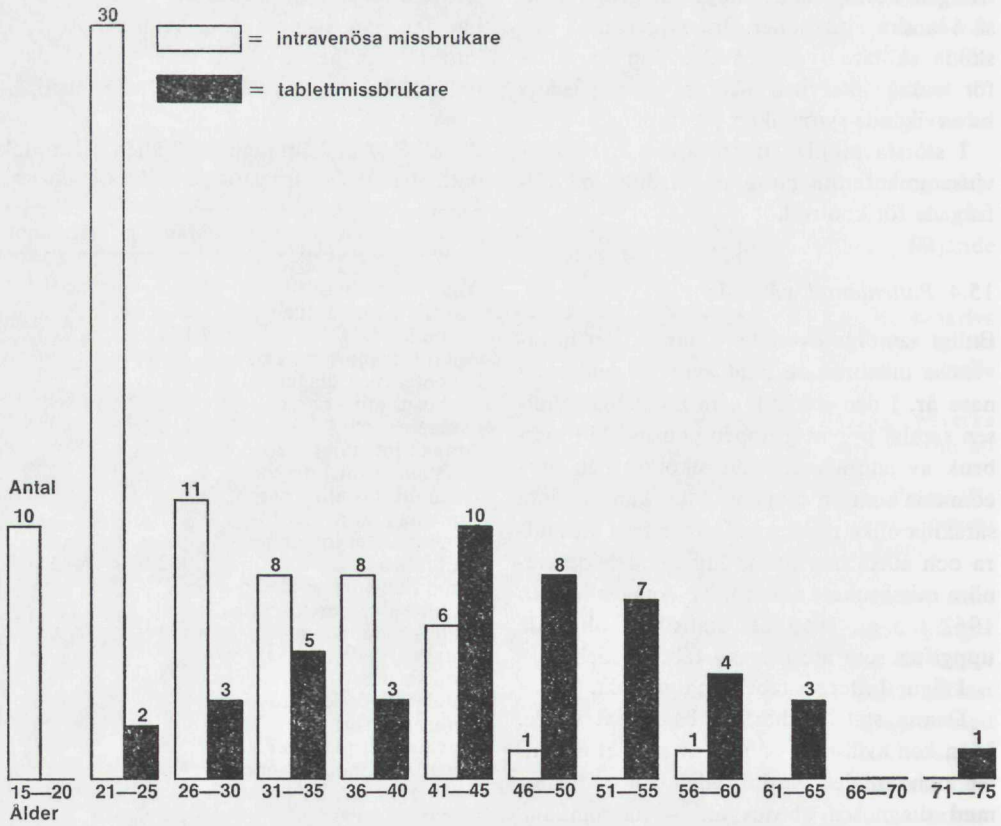
Det framgår att tablettmissbruket bland dessa patienter har en större spridning i åldrarna än det intravenösa missbruket. Tablettmissbrukarna är närmast normalfördelade med hänsyn till åldern, med maximum i 40–50-årsåldern. De intravenösa missbrukarna däremot uppvisar en utpräglat sned åldersfördelning. I denna patientgrupp är drygt 50 % av männen och drygt 70 % av kvinnorna mellan 15 och 25 år.

Att intravenösa missbrukare ofta är relativt unga patienter är ett förhållande som kan vara en bidragande orsak till några av de problem som sägs gälla vården av dem.

Man kan skilja på tre olika intagningsformer.

1. Frivillig vård. Sjukhuset har då inte kvarhållningsrätt.
2. Intagning på vårdintyg (enl. 1 § a–d, lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall). Sjukhuset har då kvarhållningsrätt.
3. Kriminalpatienter, överlämnade av domstol. I utskrivningsfrågan beslutar då utskrivningsnämnden vid sjukhuset.

Stapeldiagram 1. Åldersfördelningen bland manliga intravenösa missbrukare och tablettmissbrukare vårdade år 1967.



Tabell 4. De intravenösa missbrukarnas fördelning på olika intagningsformer (1967).

	friv.	v.i.	krim.
Män	29	39	6
Kvinnor	14	20	0

(Angående två manliga patienter saknas uppgifter).

De intravenösa missbrukarnas fördelning på de olika intagningsformerna framgår av tabell 4. För patienter som intagits flera gånger under året har endast den första intagningen medräknats.

Hur vårdtiderna varierar framgår av tabell 5.

Vårdtidernas längd har en relativt likartad fördelning i den grupp som intagits för frivillig vård jämfört med den grupp som intagits på vårdintyg. Antydda skillnader finns dock. Vårdtider kortare än en månad är vanligare bland de frivilligt intagna än bland dem som intagits på vårdintyg. Kriminalpatienterna skiljer sig från de övriga grupperna med sina längre vårdtider.

En del av patienterna har vårdats flera gånger på sjukhuset under året enligt tabell 6.

Flertalet av de vårdade intravenösa missbrukarna intogs enligt tabellen bara en gång på sjukhuset under år 1967. 16 män och 6 kvinnor intogs två gånger, medan 8 män och 5 kvinnor intogs tre eller flera gånger.

15.5 *Personaltillgång*

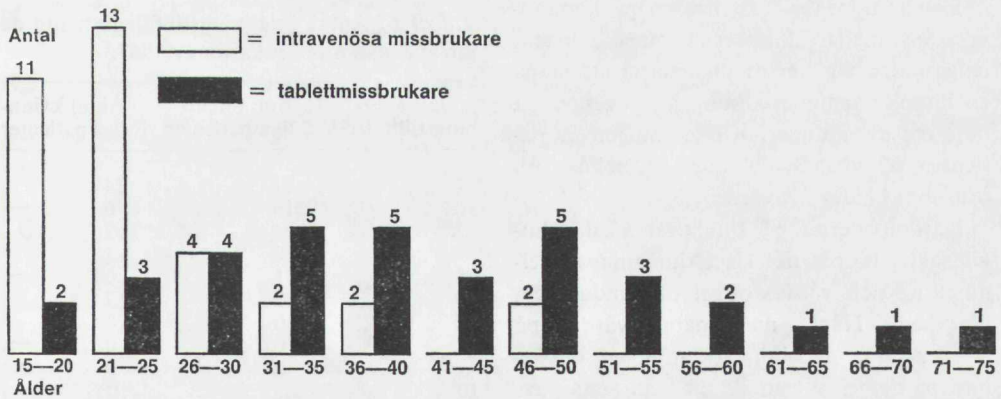
Ett stort antal tjänster på sjukhuset upprätthålls av vikarier. Tidvis saknas dessutom vikarier för vissa av de obesatta tjänsterna. Denna personalbrist gör sig gällande i många personalgrupper. Svårast är bristen på underläkare. Se tabell 7.

De flesta underläkartjänsterna upprätthålls av vikarier, vilka oftast är medicine kandidater. De medicine licentiater som vikarierar på sjukhuset är ofta sådana utländska läkare som måste tjänstgöra viss tid i psykiatri för att kunna erhålla svensk legitimation.

Underläkarbristen medför täta byten av läkare, vilket måste påverka vårdavdelningarnas funktion, försämra möjligheterna till meningsfulla relationer mellan läkare och patienter och mellan läkare och övrig personal. »Ingen vet något om någonting», sa skötare på en avdelning angående de täta läkarbytena.

Om man vill påverka narkomanernas beteende genom att utnyttja de sociala relationerna på avdelningen, blir svårigheterna att få till stånd en god kommunikation mellan läkare och övriga medlemmar i organisationen ett viktigt hinder. Beskärs läka-

Stapeldiagram 2. Åldersfördelningen bland kvinnliga intravenösa missbrukare och tablettmissbrukare vårdade år 1967.



Tabell 5. Vårdtider för intravenösa missbrukare vid olika intagningsformer (1967).

	friv. (män)	v.i. (män)	krim. (män)	friv. (kv.)	v.i. (kv.)
1—6 dagar	4	3	0	1	0
7—14 dagar	8	14	0	3	6
15 d—1 mån.	9	9	0	5	2
1—2 mån.	4	10	1	3	6
2—3 mån.	2	1	1	1	2
3—4 mån.	2	1	0	0	3
4—5 mån.	0	0	1	0	1
mer än 5 mån.	0	1	2	0	0

rens möjligheter att ägna sig åt de interpersonella problemen på avdelningen och blir hans verksamhet därför i stort sett begränsad till intra-personella problem, huvudsakligen medikamentell terapi, torde det påverka inriktningen av hela organisationen eftersom organisationen för närvarande är hierarkisk och läkaren befinner sig i dess topp.

15.6 *Lokaler och kontaktmöjligheter*

Sjukhuset har 6 självständigt fungerande kliniker. Var och en har en överläkare som chef. En av klinikerna är en renodlad åldringsklinik och är inte aktuell för narkomanvård. Av de övriga har 3 kliniker manliga patienter och 2 kliniker kvinnliga. Varje klinik har såväl öppna som låsta akut- och kronikeravdelningar.

Inom en och samma klinik flyttas patienter ofta från en avdelningstyp till en annan. En sådan kommunikation finns emellertid inte *mellan* de olika klinikerna. Jämför figur 2.

Det är uppenbart att bristen på kommunikation mellan klinikerna innebär nackdelar när det gäller möjligheterna att skapa en lämplig sammansättning av patienter på de olika avdelningarna. Blandningen av patienter på vissa avdelningar betecknas nu ofta som hinder för vården.

Narkomanerna på sjukhuset vårdas huvudsakligen på de låsta intagningsavdelningarna och vårdas oftast där under hela vårdtiden. Några narkomaner vårdas på låsta kronikeravdelningar, antingen direktintagna där eller flyttade dit från annan avdelning. Några vårdas på de s. k. behandlingsavdelningarna, låsta avdelningar som organiserats för insulinbehandling. Enstaka utvalda narkomaner slutligen vårdas på öppna intagningsavdelningar.

De låsta intagningsavdelningarna kommer i rapporten att behandlas särskilt utförligt eftersom de flesta narkomaner vårdas där. De öppna intagningsavdelningarna och kronikeravdelningarna tas upp i kortare avsnitt. Behandlingsavdelningarna skiljer sig enligt min mening inte så mycket från övriga avdelningstyper och en beskrivning av dem utelämnas därför.

De fem för narkomanvård aktuella klinikerna har sina låsta intagningsavdelningar inrymda i vårdbyggnad 41, vilken egentligen är byggd för kronikervård. Men sedan avdelningarna där togs i bruk 1967 har de provisoriskt fungerat som akutavdelningar.

Avdelningarna i 41-byggnaden är sinsemellan i stort sett identiska. De har vardera 39 platser. När man frågar vårdpersonalen om avdelningarna, framförs många

Tabell 6. Antal intagningstillfällen bland de intravenösa missbrukarna år 1967.

Antal intagningstillfällen	Antal manliga patienter	Antal kvinnliga patienter
1	51	24
2	16	6
3	4	2
4	0	1
5	1	0
6	2	2
7	0	0
8	0	0
9	0	0
10	1	0

Tabell 7. Sjukhusets tillgång på underläkare under år 1968.

Klinik	Antal u-läk-tjänster	Antal tjänster som upprätthålls av ordinarie u-läk.	Antal under året vik. med. kand.	Antal under året vik. med. lic.	Antal mån. utan vik. på obesatta tjänster	Antal mån. utan vik. på 2 obesatta tjänster
K 1	3	1 under 1 mån. 0 under 11 mån.	10	6	3	½
K II	3	1 under 3 ½ mån. 0 under 8 ½ mån.	6	5	2 ½	½
M I	3	0 under 12 mån.	7	7	6	1 ½
M II	3	0 under 12 mån.	10	6	1	0
M IV	6	4 under 1 mån. 3 under 7 mån. 2 under 3 mån. 0 under 1 mån.	8	9	3 ½	0

invändningar. De anses vara svårövervakade på grund av mängden av enkelrum och toaletter, de stora avstånden och korridorerna som går i vinkel mot varandra. De anses också vara otrivsamma, sterila.

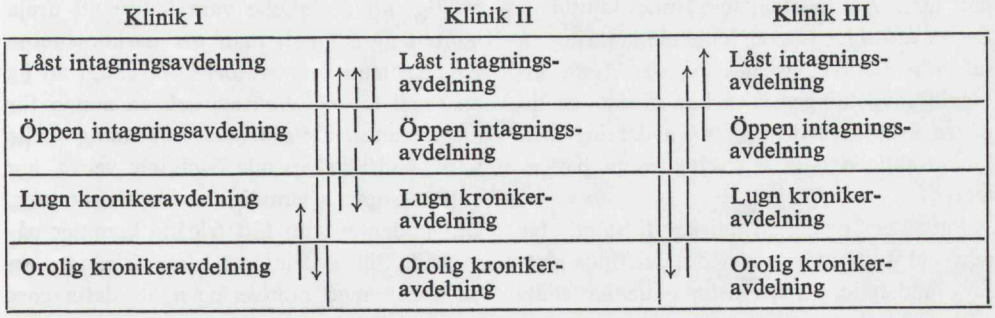
En av dessa avdelningar är alkoholklinikens intagningsavdelning. Där vårdas inte bara alkoholister, utan också icke alkoholmissbrukande narkomaner. De övriga fyra intagningsavdelningarna tar emot ett betydligt mer blandat patientmaterial: senila psykoser, schizofrenier, grovorganiska hjärnskador, neurotiska insufficienstillstånd, alkoholism och narkomani är vanligt förekommande.

Flera av de patienter som vårdas på låsta avdelningar har s. k. frigång, vilket innebär att de kan lämna avdelningen och på egen hand vistas på sjukhusområdet. Om en patient får frigång eller inte beror dels på hur patientens beteende uppfattas och dels på den praxis som finns på kliniken, och denna praxis varierar avsevärt från klinik till klinik. Ibland ställs villkor när frigång ges. Ett krav kan t. ex. vara att patienten skall delta i verksamheten på arbetsterapiavdelningen eller i utearbetet. Oftast ges emellertid frigång utan sådana villkor.

Sysselsättningsmöjligheterna för patienter på sjukhuset är bristfälliga. De flesta av de aktiviteter som organiserats är dessutom avpassade för kronikerpatienter. I verkstäderna (snickeri, bokbinderi, tapetserarverkstad osv.) finns t. ex. huvudsakligen långtidspatienter och endast undantagsvis narkomaner. I det s. k. utearbetet är förhållandena likartade, även om enstaka narkomaner varit sysselsatta där. Sjukhusets arbetsterapi och socioterapi kommer senare att behandlas mer ingående.

Sjukhuset har en brist på gemensamhetslokaler. Den viktigaste träffpunkten för frigångspatienter har blivit kiosken, där en servering också finns. Det är vid kiosken som

Figur 2. Schematiskt angivna exempel på flyttningar mellan olika avdelningstyper



ett stort antal narkomaner tillbringar den största delen av sin frigångstid. Kiosken påstås vara sjukhusets viktigaste langarplats.

En stor del av rapporten kommer fortsättningsvis att ägnas åt kontakten mellan patienter och personal. Det påstods under många intervjuer att narkomanernas kontakt med varandra och med andra patienter är större än kontakten med personal. De har som regel, sägs det, större kontakt med vårdpersonal än med sjuksköterskor och mer kontakt med sjuksköterskor än med läkare.

Kontakten mellan sjukhuset och vårdade narkomaner avbryts oftast i och med utskrivningen. Endast ett fåtal patienter har en fortsatt kontakt med sjukhuset. Sedan 1967 finns det en organiserad öppen vård vid sjukhuset. Denna verksamhet och situationen på sjukhusets inackorderingshem kommer att beskrivas i slutet av rapporten.

15.7 *Intervjuer med överläkare*

15.7.1 Intervju med överläkare på manlig klinik (alkoholkliniken)

Kliniken är specialiserad för vård av alkoholister, men sedan några år har man åtagit sig att också ta sig an en del av det ökade antalet narkomaner som kommer till sjukhuset. Några av narkomanerna har tidigare vårdats på alkoholkliniken som alkoholister. Av dessa har några slutat att missbruka alkohol. Andra betecknas som blandmissbrukare.

De flesta narkomaner som vårdas här missbrukar centralstimulerande medel. Enstaka är morfinmissbrukare. Genomsnittligt har man 2–4 narkomaner inne samtidigt. Deras vårdtider brukar hålla sig omkring en månad. Flertalet vårdas på den låsta intagningsavdelningen. Två har vårdats en tid på en kronikeravdelning, en avdelning med huvudsakligen dementa schizofrena patienter.

Patienter med psykotiska tillstånd tar man emot utan väntetider om det finns platser, medan icke psykotiska patienter ställs på väntelista. Väntetiden för de senare kan bli lång: genomsnittligt cirka 14 dagar, ibland betydligt längre. Om det föreligger tungt vägande skäl kan en patient på väntelistan tas in på förtur, men som regel följer man listan strikt.

Intagningsorsakerna varierar. En del narkomaner intas pga. psykostillstånd, en del pga. att de är utmattade, nergångna och fått allt svårare att klara sig socialt och en del intas för att de varit störande, hotfulla, eller visat farlighet.

Det behövs som regel inte någon kraftigare medicinering efter intagningen för dem som missbrukar centralstimulerande medel. Ofta ges heminevrin eller mindre potenta fentiazinpreparat. Ett fåtal avmagrade patienter får insulin i smådoser. Avmagrade narkomaner brukar emellertid äta upp sig snabbt utan detta tillskott. Man är noga med att få patienterna i ett gott kroppsligt skick, noga med sanering av tänder etc.

Det är dessa två aspekter på vården som fungerar bra: den kroppsliga vården och den farmakologiska behandlingen. För övrigt är det mindre väl ställt. Psykoterapeutiska aktiviteter är i det närmaste obefintliga. En psykolog har i en begränsad utsträckning samtal av typen stödterapi. Tidigare har man haft konferenser i vilka både patienter och personal deltagit. De är nu nedlagda pga. underläkarbristen. Sådana konferenser kräver läkare som är kompetenta att stödja vårdpersonalen sedan man skapat en situation där personalen ofta blir utsatt för anklagelser från patienterna.

Under den första veckan på sjukhuset får patienterna ingen frigång, och detta gäller både alkoholister och narkomaner. Det är möjligt att det skulle vara bättre att dröja ännu längre innan man ger narkomanerna frigång, men det vore också olyckligt att ha en regel för alkoholister och en annan för narkomaner. Ett sådant arrangemang skulle vara konfliktskapande, och en vecka har ansetts som en lämplig tid för alkoholister. Om patienter som fått frigång kommer påverkade till avdelningen dras frigången in en vecka med motiveringen att detta görs

av medicinska skäl. Om en patient misskött frigången två gånger under samma vårdtillfälle blir han utskriven, såvida det inte finns vägande kontraindikationer mot detta. Undantag från denna utskrivningsregel görs relativt ofta.

Patienterna uppmanas att försöka förbättra sin som regel dåliga kondition. De uppmanas att ta ordentliga promenader, delta i gymnastik, spela ping-pong osv. Patienternas deltagande i olika aktiviteter är emellertid ofta dåligt.

Målsättningen för klinikens nuvarande narkomanvård är närmast att få patienterna i deras psykiska normaltillstånd och i ett hyggligt somatiskt tillstånd. Bostad och arbete är två ofta viktiga behov, men svåra att tillgodose.

Vårdtiden är som nämnts omkring en månad för de flesta. Angående tvångsmässigt intagna patienter som begär utskrivning anser man sig visserligen ha kvarhållningsrätt, men i praktiken råder en ständigt pressad platssituation och därför skrivs många sådana patienter ut om de är i ett någorlunda skick. Ett fåtal narkomaner får relativt långa vårdtider. Det gäller för det första sådana som har en uttalad benägenhet för psykosreaktioner och sådana som har särdeles trassliga sociala förhållanden, för det andra patienter som anses ha en hygglig prognos och där man anser sig kunna uträtta något konkret under en lång vårdtid och för det tredje kriminalpatienter. Det är osäkert om kriminalpatienterna skiljer sig från övriga patienter på annat sätt än genom att det ställs andra utskrivningskrav på den. (I utskrivningsfrågan beslutar utskrivningsnämnden – min anm.)

Den intervjuade anser att relativt korta vårdtider på psykiatriska sjukhus skulle vara att föredra också i framtiden. Sedan narkomaner genom sjukhusvård kommit i ett hyggligt allmäntillstånd borde vården fortsätta på en typ av behandlingshem där det skulle finnas möjligheter att bilda små grupper och samhällslika förhållanden. Om man skulle satsa på längre vårdtider på sjukhus borde speciella narkomanvårdsavdelningar skapas liksom speciella program just för narkomaner.

15.7.2 Intervju med överläkare på kvinnlig klinik

Platssituationen på kliniken är sällan så dålig att man inte omgående kan ta in vårdbehövande patienter. Någon väntelista har man således inte. Som regel placeras narkomanerna på den låsta intagningsavdelningen. Också andra avdelningar används i relativt stor utsträckning.

Narkomanerna uppfattas ofta som störande på avdelningarna. Medpatienter blir störda och rädda. Personalen provoceras och upplever några av narkomanerna som farliga. Dessa förhållanden har ökat behovet av små avdelningar. De avdelningar som kliniken nu har till sitt förfogande är alltför stora. För att förbättra situationen planerade man en tid att konstruera en speciell narkomanavdelning med relativt få platser. Man tänkte sig att minska antalet sängar på en av avdelningarna. Det visade sig emellertid att projektet skulle kräva ett alltför stort ingrepp i den övriga vården. Projektet måste läggas ned.

I den nuvarande situationen måste man inte sällan försöka att sprida ut narkomanerna på flera avdelningar. Kronikeravdelningar måste då användas. Att placera unga patienter på kronikeravdelningar anses som någonting negativt. Men eftersom kliniken bara har sju avdelningar tvingas man till det. För detta ändamål används mest avdelningar för mindre svårt störda kroniker. Ibland tvingas man emellertid att placera narkomaner på en avdelning med svårt dementa patienter. En sådan placering anses som felaktig ur behandlingssynpunkt, men man anser sig inte ha något val.

Narkomanvården är för närvarande inte adekvat. Man kan inte garantera giftfrihet och man kan inte erbjuda någon meningsfull sysselsättning. Klinikens psykolog har visserligen någon gång samtal med vissa patienter och en nutidsorienteringskurs har nyligen påbörjats på den låsta intagningsavdel-

ningen, men egentlig psykoterapeutisk aktivitet saknas.

För frigång finns för närvarande inga fixerade normer. Frågan bedöms från fall till fall. Man planerar emellertid att införa mer fixerade regler. Frigång och permission ska då inte beviljas under den första tiden på sjukhuset.

Eftersom man i de flesta fall inte kan erbjuda narkomanerna en adekvat vård, försöker man som regel skriva ut dem relativt snabbt. Det är otillfredsställande. Det ger en otillräcklighetskänsla. Det är förödmjukande att inte kunna erbjuda en adekvat vård till unga psykiskt svårt störda människor.

15.7.3 Intervju med överläkare på manlig klinik

Våra kunskaper när det gäller narkomaniproblemet är bristfälliga. Det är enligt den intervjuade ett av hindren för en effektiv narkomanvård. Bortsett från detta skulle en mängd andra orsaker till dagens svårigheter kunna anges.

Bristen på sociala resurser är allvarlig. Allvarligare här än inom ungdomsvården. Bristen är därför särskilt kännbar för patienter över 21 år. Ett hinder är också, anser den intervjuade, sjukhusets storlek och dess centrala läge.

En av de viktigaste svårigheterna är bristen på sysselsättningsmöjligheter. Det är en brist som medför att en långvarig isolering av patienterna för närvarande är omöjlig. Det betyder att vårdtiderna måste blir relativt korta. Vid längre vårdtider kan man nu inte heller undvika insmuggling av narkotika.

Ett ytterligare problem är personalens auktoritära inställning. Troligen skulle mer information och mer utbildning behövas.

En långtidsbehandling av narkomaner bör kanske inte heller i framtiden äga rum på sjukhus. Narkomani bör ses som ett endast delvis medicinskt problem och som bara delvis en uppgift för läkare. Kanske borde man på sjukhusen bara ha en akutvård för narkomaner, avgiftning, behandling av psykostillstånd och liknande, och utanför sjukhusen ha lämpliga enheter för någon form av social långtidsbehandling av pedagogisk och rehabiliterande natur.

15.8 *Intervju med sjukhusets kuratorer*

Intervjun gjord i två omgångar. Första gången var de flesta av sjukhusets nio kuratorer samlade. Andra gången var fyra kuratorer närvarande.

Alla ansåg att narkomaner hör till de mycket tidskrävande patienterna. Narkomanernas sociala situation är oftast svår och svår att angripa. Sociala resurser är bristfälliga. Det som kan göras inskränks oftast till små och mycket tillfälliga hjälpåtgärder, vilka i grunden inte ändrar narkomanernas sociala situation.

En av kuratorerna sa att resignation och maktlöshet präglade hela vårdapparaten: »Alla suckar när man talar om narkomanproblemet.» »De flesta utanför sjukhuset är så trötta att de hoppas att vårdtiden blir så lång som möjligt.» Narkomanerna visar sig ofta skeptiska vid kontakten med kuratorn sa hon. »De har anledning att vara det.»

Bland narkomanernas sociala problem har kuratorerna uppfattat följande som vanliga och viktiga.

1. Brist på bostad. De har svårt att få och svårt att behålla en bostad. Många yngre bor hos sina föräldrar eller hos annan anhörig.
2. Brist på arbete. De har svårt att få och svårt att behålla ett arbete.
3. Brist på pengar. De är ofta skuldsatta.
4. Brist på kontakter utanför narkomankretsar.

De sociala instrumenten ansågs som bristfälliga. För patienter under 21 år kan barnavårdsnämnden vara en viktig institution. För patienter över 21 år är det svårare. Åtskilliga narkomaner blir dessutom inte föremål för kuratorsåtgärd pga. de relativt korta vårdtiderna. Följande typer av åtgärder vidtas.

1. Angående bostad. Att kontakta bostadsförmedlingen är oftast meningslöst. Narkoma-

nerna står sällan i bostadskön. De brukar istället få hjälp att kontakta olika bostadsförmedlingar. Inte sällan får de adresser till förmedlingarna och permissioner för att besöka dem. De har ofta svårt att få rum, bl. a. pga. att de saknar arbete. Några enstaka patienter har man lyckats att placera i fosterhem och folkhögskola. Ungkarlshotellen betraktas som ett sista men ofta använt alternativ. Bristen på inackorderingshem är kännbar. Anhöriga kontaktas ofta i bostadsfrågan.

2. Angående arbete. Ibland kontaktas arbetsförmedlingen och patienten får sedan själv gå dit. Situationen på arbetsmarknaden har varit ett problem. Ett annat problem är att patienterna ofta har orealistiskt höga anspråk. De har svårt att acceptera okvalificerade arbeten. För vissa patienter skrivs remisser till arbetsvården. Många patienter är emellertid negativt inställda till arbetsvård och de mest skadade kan f. n. inte handhas där. Via remiss till arbetsvården har man för ett fåtal lyckats ordna en placering på folkhögskola och lanthushållsskola. En ibland utnyttjad möjlighet är beredskapsarbete.

3. Angående ekonomi. Narkomanerna är ofta ekonomiskt utblottade, ofta skuldsatta. Det man i första hand försöker att hjälpa dem med är pengar för tiden på sjukhuset. Försäkringskassan kontaktas ofta och inte sällan socialbyråer. Man säger sig vara förvånad över att så många patienter, speciellt kvinnor, inte har någon socialvårdskontakt under tider då de inte är på sjukhuset.

4. Angående kontakter. Under senare år har det bildats ett antal föreningar för utskrivna patienter. De vill emellertid inte ta emot narkomaner. För närvarande lyckas man knappast att hjälpa narkomanerna med deras kontaktproblem.

Några ansåg att kuratorerna är för få för att kunna göra ett rationellt arbete på sjukhuset. Arbetsdagen skulle bl. a. därför upplevas som splittrad av en mängd småproblem och arbetstiden som dåligt utnyttjad.

15.9 *Intervju med sjukhusets psykologer*

Två intervjutillfällen; dels intervju med en begränsad grupp, dels med hela gruppen samlad.

Sjukhuset har 5 anställda psykologer och 3 psykologpraktikanter (6 månaders praktikanttid). Psykologernas verksamhet har tidigare uteslutande varit förlagd till psykologavdelningens lokaler, där man enbart haft diagnostiska uppgifter och där man fungerat som konsulter. Under de senaste åren har psykologernas arbete successivt förändrats något. Den diagnostiska uppgiften (testningar) dominerar visserligen fortfarande, men vissa terapeutiska och personalinstruerande uppgifter har tillkommit. Psykologer har nu några patienter i psykoterapi och på några avdelningar har man nyligen börjat med regelbundna fasta mottagningstider för patienter som vill ha mer tillfälliga samtal. Psykologpraktikanterna har tilldelats uppgifter som skiljer sig från de som tidigare tilldelats praktikanter. De har tagit sig an nutidsorienteringsgrupper och nyligen också enstaka kroniska patienter för beteendeträning. Relativt nyligen har vissa psykologer börjat att leda diskussionsgrupper för personal. Förändringen av arbetsuppgifterna har skett speciellt under det senaste året och varierar från klinik till klinik.

Psykologerna har mindre kontakt med narkomaner än med andra patienter. Förslag angående samtalsterapi gäller relativt sällan narkomaner, och på sådana förslag brukar de flesta psykologer ge negativa och undvikande svar. De anser att de inte har stora möjligheter att lyckas med narkomaner under nuvarande omständigheter. Man säger sig också vara delaktiga i en allmän resignerad syn på dessa patienter. Flera av psykologerna har haft regelbundna samtal med några enstaka narkomaner, med sådana som betraktats som lätta fall och som haft en social förankring.

En av psykologerna har emellertid ägnat sig jämförelsevis mycket åt narkomaner. På sin kliniks låsta intagningsavdelning har han enstaka samtal med de flesta narkomaner som vårdas där. Någon mer regelbunden kontakt är det dock inte frågan om. Med några av de narkomaner som vårdats på den s. k. behandlingsavdelningen har han haft mer regelbunden kontakt. Det har sammanlagt rört sig om cirka 10 kvinnliga patienter.

Hos de narkomaner som deltagit i de mer regelbundna samtalskontakterna har han funnit att deras negativa inställning till sjukhuset förstärkts på ett genomgående och

påfallande sätt under sjukhusvistelsen. Ingen av de narkomaner som han haft kontakt med har under själva vårdtiden utvecklat en mer sjukhuspositiv attityd. De klagomål på vården som varit mest genomgående är följande.

1. De låsta dörrarna. Man har sagt sig vara fångar på sjukhuset.
2. En bristande förståelse från samtliga personalgrupper.
3. Samtliga personalgrupper påstås vara så upptagna med olika uppgifter att de inte har tid med patienterna.
4. Auktoritärt bemötande. »Vi blir inte behandlade som människor.»
5. Händelselöshet. Sysslolöshet.
6. Andra patienter anses vara för sjuka. »Instängd bland dårar.»

Några patienter har fortsatt i samtalsterapi efter utskrivningen. Hos vissa av dessa har attityden till sjukhuset ändrats så att de börjat att betrakta sig själva som medagerande i händelserna på sjukhuset. Denna attitydförändring har skett efter utskrivningen, aldrig under själva sjukhusvistelsen. Som regel ser narkomanerna sjukhuset som en plats för »fysisk återhämtning». Ingen har till psykologen sagt att de på ett mer genomgripande sätt än så hjälpts av sjukhuset.

Psykologerna framhåller att de i intervjusituationer har en speciellt gynnsam position på sjukhuset. Patienterna ser nämligen inte psykologen som en person med beslutsfunktioner, som någon som kan besluta om utskrivning, frigång etc.

15.10 *De låsta intagningsavdelningarna*

Som nämnts vårdas narkomanerna huvudsakligen på de låsta intagningsavdelningarna. Denna avdelningstyp kommer därför att ägnas ett relativt stort utrymme.

15.10.1 Avdelningarnas storlek

Det har tidigare i denna rapport sagts att avdelningarna av personalen kritiserats för att vara för stora (39 platser), för svåröverskådliga och för otrivsamma. Flertalet av de patienter som skrivs in på sjukhuset (totalt mellan 491 och 725 per klinik år 1967) intas på de låsta intagningsavdelningarna, vilka således har en relativt snabb patientomsättning. Avdelningarna kännetecknas vidare av att det i patientgruppen finns en mycket kraftig blandning av olikartade beteendestörningar och av att många patienter är medicinska utredningsfall.

Dessa förhållanden – det stora antalet vårdplatser per avdelning, den höga patientomsättningen och förekomsten av mycket olikartade beteendestörningar – hör till de faktorer som utformar personalens arbete på avdelningen och till de faktorer som skulle försvåra bl. a. försök att skapa sådana smågrupper av patienter som anses vara betydelsefulla medel i en terapeutisk miljö.

15.10.2 Arbete och arbetsuppgifter

De olika personalgruppernas arbete och arbetsuppgifter kan vara en betydelsefull utgångspunkt vid ett studium av sjukhusets funktion och patienternas situation.

Läkarnas arbete

När läkare på intagningsavdelningar talar om sitt arbete talar de ofta om bristande tid. Arbetstiden domineras av förmiddagens rondgenomgång och rond och eftermiddagens expeditionsarbete (skrivning av journaler, intyg och remisser, telefonsamtal med anhöriga och olika myndigheter, intagnings- och utskrivningssamtal och kroppsundersökningar). Arbetet koncentreras till vissa typer av aktiviteter.

Att läkare inte anser sig ha annat än en mycket begränsad tid till bl. a. samtal med patienterna, innebär att de tvingas betona vissa aspekter på psykiatrin framför andra. Det faktum att farmakologiskt-medicinska aspekter betonas så kraftigt på psykiatriska sjukhus torde delvis bero på detta tvång att begränsa arbetsuppgifterna. Bidragande orsaker kan vara att vissa psykoser låter sig behandlas relativt framgångsrikt med farmaka, att antalet medicinska utredningsfall är betydande och att psykoterapeutiskt inriktade samtal alltid är tidskrävande. Läkares arbete på de låsta intagningsavdelningarna rör till stor del val av psykofarmaka

och deras dosering, beslut om el-behandlingar, planering av medicinska utredningar och liknande. Kontakten med patienter inskränker sig ofta till en intervju i samband med intagningen, till ett utskrivningssamtal samt till en ytlig kontakt under ronderna.

En annan huvudfunktion som kännetecknar läkares arbete formas av de betydande tvångsinslagen i vården. Läkare har att besluta om inskränkningar i patientens frihet och om användandet av sådana tvångsmedel som t. ex. bälte. De ska ta ställning till frågor om önskad frigång, önskad permission och önskad utskrivning och besluta om besöksförbud, anmälan till nykterhetsnämnd, anmälan angående körkort osv.

Utformningen av läkarens aktivitet påverkar övriga personalgruppers arbetsuppgifter och därmed hela avdelningens sätt att fungera. Denna påverkan torde bli förhållandevis kraftig eftersom läkaren är placerad högst i en hierarki på sjukhuset.

Begränsningen av sjukhusets funktioner sätter naturligtvis sin prägel på narkomanvårdens utformning. De medicinskt-farmakologiska aspekterna på vården och uppgiften att besluta om inskränkningar och tvångsåtgärder blir av intervjuerna att döma framträdande drag i arbetet med narkomaner. De medicinskt-farmakologiska aspekterna gäller främst försöken att uppnå en drogfrihet, dvs. att hindra patienterna att inta missbruksmedel. Vidare kontroller av patienternas somatiska status, främst kontroller av laboratorievärden, försök att förbättra deras kroppsliga allmäntillstånd och behandling av eventuella hepatiter.

Läkare konfronteras i sitt arbete också med sociala problemställningar (patienter som t. ex. saknar arbete eller bostad). Denna sida av arbetet sker som regel i kontakt med kuratorn och påverkar knappast själva vårdavdelningens sätt att fungera, påverkar inte den övriga avdelningspersonalens funktion.

Sjuksköterskornas arbete

Sjuksköterskans verksamhet domineras liksom läkarens av expeditionsarbete och också hennes arbetsuppgifter ger därför ett begränsat utrymme för patientkontakter. En stor del av expeditionsarbetet ägnas telefonsamtal, både interna samtal kring sådant som el-behandlingar och utearbete och samtal utifrån från bl. a. anhöriga, övervakare och polis. Utanför expeditionen arbetar hon mest med medicindelning, provtagningar, injektioner och annat sjukvårdsarbete. Uppgiften att omhänderta patienternas pengar och identitetshandlingar kan sägas ge henne en viss förmyndarfunktion.

Sjuksköterskan har också en arbetsledande uppgift i förhållande till vårdpersonalen. I sin nuvarande utformning är denna uppgift koncentrerad till frågor som gäller för dagen aktuella aktiviteter på avdelningen och består av dagliga tämligen kortfattade rapporter om förändringar i patienters tillstånd och om åtgärder som blivit aktuella och av en utdelning av arbetsuppgifter i anslutning till denna information. En mer långsiktig planering kring uppläggningen av personalens arbete säger man sig inte hinna med.

Vårdpersonalens arbete

Vårdpersonalen är den personalgrupp som har den största kontakten med patienterna. En tämligen ingående analys av deras arbetsförhållanden kan därför vara viktig, viktig också därför att en strävan mot mer psykoterapeutiskt fungerande sjukhus bl. a. innebär att man vill ge vårdpersonalen en utpräglat terapeutisk roll.

Studerar man de nuvarande intagningsavdelningarnas arbetsschema, finner man att de domineras av städuppgifter. Följande är en avskrift av den »arbetsordning» som finns på avdelning 14.

Arbetsordning (avd. 14)

A-tjänst: 7.30–17.25. Städar och dukar i matsalen. Ansvarar för utportionering o. dyl. vid dagens tre måltider. Rast: 10.30–11.30. Promenad med de patienter som inte har frigång (kl. 14.00).

B1-tjänst: Städning av dagrum, rökrum, korridoren utanför. Rast: 14.10–16.00. Efter

12.30 rummen på B-sidan.
C1-tjänst: Salarna på B-sidan.
B2-tjänst: Städning av sköljrum, badrum och korridor på A-sidan. Rast: 10.30–11.30, 15.40–16.30. Efter 12.30 rum och salar på A-sidan.
C2-tjänst: Städning av rum och salar på A-sidan.
B3-tjänst: Som B2 men på B-sidan.
C3-tjänst: Städning av rummen på B-sidan.
Veckotjänst 1: Städning av samtalsrum, sköterskeexp., behandlingsrum och läkarexp. Korgrond, löpande ärenden. Rast: 11.00–12.00.
Veckotjänst2: Transport av pat. Städning av vädringsrum, klädvårdsrum och förråd. Rast: 12.00–13.00.

Arbetstider:
A-tjänst: 7.30–17.25
B-tjänst: 8.30–20.35
C-tjänst: 7.30–12.25
Veckotjänst: 7.30–17.00

Den enskilde skötaren skiftar från dag till dag mellan de olika typerna av tjänster enligt följande schema.

Ledig dag, B1-tjänst, C1-tjänst, ledig dag, B2-tjänst C2-tjänst, nattvak, nattvak, ledig dag, ledig dag, A-tjänst, A-tjänst, B3-tjänst, C3-tjänst, ledig dag, B1-tjänst, C1-tjänst, nattvak, nattvak, ledig dag, ledig dag osv.

Denna uppdelning innebär, säger flera av de skötare som intervjuats, att arbetet får en mycket sönderbruten karaktär. Efter några få dagstjänster i rad följer vak och lediga dagar och »när man kommer tillbaka finns det många patienter som man inte känner till och mycket kan ha hänt som man inte får ordentligt reda på». Möjligheterna att hålla sig informerad om patienterna försvåras.

Det faktum att arbetsuppgifterna är knutna till olika lokaliteter på avdelningen och att dessa skiftar från dag till dag är, säger många, ytterligare en faktor som gör att kontakten med patienterna blir flyktig.

»Man hinner aldrig lära känna patienterna.»

Mer konkret brukar arbetsprogrammet rymma följande: städning, dukning, matutdelning, matning, bäddning, byten av sängkläder, byten av kläder, sortering av tvätt, hjälp med tvättning, badning, på- och avklädning, småreparationer, utepromenader med patienter som inte har frigång, transporter, övervakning av patienterna för att kontrollera att störande och riskfyllda händelser inte inträffar, ingripande om sådana händelser inträffar osv.

För patienternas sysselsättning med s. k. terapiarbete ansvarar huvudsakligen sjukhusets arbetsterapeuter. Vårdpersonalens deltagande i denna verksamhet varierar från avdelning till avdelning. På några avdelningar är det enbart arbetsterapeuterna som sysslar med sådana aktiveringsförsök. På andra deltar vårdpersonalen i viss begränsad utsträckning. I den gruppaktivitet som en arbetsterapeut nyligen startat på en av de aktuella avdelningarna deltar t. ex. alltid någon bland vårdpersonalen. Det rör sig om någon timmes tempoarbete med patienterna samlade i grupp, vikning av kartonger, tillverkning av operationsmössor etc.

Även om arbetsterapin på de låsta intagningsavdelningarna har en viss terapeutisk målsättning, är det tveksamt om den för närvarande ökat kontakten nämnvärt mellan vårdpersonal och patienter, en kontakt som är både sparsam och distansfylld enligt vårdpersonalintervjuerna. Påståenden om en sådan distans har varit genomgående både bland personal och patienter.

Vårdpersonalen har förklarat den bristande patientkontakten på olika sätt. Några har talat om bristande tid och några om arbetets skifteskaraktär. Andra har påstått att patientkontakter undviks.

»Som det nu är det behagligast när patienterna får sköta sitt och personalen får sköta sitt.»

Enligt en vikarierande skötare finns det normer i vårdpersonalgrupperna som uppmanar till ett undvikande av patienterna. Han påstod att samtidigt som den erfarna personalen är återhållsam och sparsam i kontakten med patienterna, så uppmanar de vikarier och mentalelever att inte tala för mycket med patienter. »Man skall inte

försöka lösa deras problem», är, påstod han, en vanlig uppmaning.

Påståendena om att patientkontakter aktivt undviks är emellertid relativt få. Oftare anger man bristande tid som förklaring till de existerande relationerna. Även om personalens arbetstid skulle vara pressad och detta kunna förhindra patientkontakter, måste det vara viktigt att inte stanna vid denna förklaring. Det finns andra aspekter på frågan hur de låsta intagningsavdelningarnas uppgifter på sjukhuset och därmed personalens arbetsuppgifter utformar relationerna personal–patienter.

De låsta intagningsavdelningarna präglas av övervaknings- och ingripandeuppgifter, av försök att hindra oro, avvikning osv. Tvångsingripanden måste relativt ofta göras. Patienter måste inte sällan visiteras, inte sällan läggas i bälte. Flera intervjupersoner har sagt att dessa arbetsuppgifter ofta får patienterna att utpeka vårdpersonalen som busar. Arbetsuppgifterna kan bli förknippade med obehag, eventuellt skuldkänslor.

Dessa mer brutala sidor av vårdpersonalens arbete ansågs vara särskilt påtagliga då det gäller förhållandet till narkomaner.

I de gjorda intervjuerna var det slående att man på alla avdelningar betraktade narkomanerna som den mest problematiska patientgruppen. Man sa överallt att det var en klar skillnad mellan tider då många narkomaner vårdas samtidigt på avdelningen och tider då få eller inga vårdas. »De förstör stämningen på avdelningen» och »de vänder upp och ned på avdelningen» får ses som typiska kommentarer. Den helt dominerande svårigheten med narkomanerna framställdes som problemet att få avdelningen att fungera, problemet att skapa lugna förhållanden. Problemen fokuserades således till avdelningen, inte till narkomanernas framtid utanför sjukhuset. Detta innebär inte att man genomgående inte brydde sig om narkomanernas framtid. Men den beskrevs som hopplös, opåverkbar av den nuvarande vården. Några exempel på detta från olika avdelningar.

Exempel 1. »För det första är det här inte rätta platsen för dem.» Man kan inte göra något meningsfullt för dem.

Exempel 2. Vården är en parodi på vård. De isoleras från yttervärlden ett tag, inget mer. De kommer in som disktrasor och är här tills de blir runda om magen. Sedan följer man inte upp dem. Det är deras värden som blir bättre, deras vikt och annat.

Exempel 3. Man ser inga resultat. Man ser dem komma tillbaka utan några resultat.

Exempel 4. Vården upplevs som meningslös. Bara en paus i deras knarkande. Ett exempel: En ung narkoman hade repat sig på avdelningen, ätit upp sig och med ekonomiska bidrag fått köpa en kostym. Personalen hade varit ute och köpt den med honom. Efter utskrivningen gick det inte lång tid innan han kom tillbaka till sjukhuset i ett dåligt skick. Han hade då sålt kostymen.

I skildringar hur man praktiskt bemöter narkomaner var det problemet att komma tillrätta med störningarna och riskerna som beskrevs. »Det krävs en fast hand», var ett genomgående påstående. På vissa avdelningar var man missnöjd med det som man uppfattade som överordnades brist på fasthet och konsekvens.

Exempel. Man saknar fasthet och konsekvens i relationen till narkomaner. Man skulle önska flera bestämmelser och fastare normer att hålla sig till. Bestämmelserna skiftar för mycket och är för vaga.

På frågor om vad som praktiskt görs i kontakten med narkomaner talade man nästan uteslutande om negativa sanktioner. »Några sunda resonemang går inte att föra med dem.» Vid ingripanden är, sas det, följande skala av åtgärder de vanliga.

1. Patienten blir tillsagd att ändra sitt beteende.
2. Patienten blir tillsagd att gå in på sitt rum.
3. Patienten blir inlåst på sitt rum.
4. Injektion.
5. Bälte.

Det påstods vara mycket sällan som någon försöker diskutera igenom det aktuella beteendet med patienten.

Yngvar Løchen fann vid sin studie av förhållandena vid Dikemark sykehus att de skötare som hade en nära kontakt med patienter oftare hade skuldkänslor för ingripanden än de som höll distans till patienterna. Opersonliga relationer tycks vara mer funktionella, menar Løchen. Den som

går in för att reducera avståndet till patienterna kommer att belastas med skuld för institutionens brutala sidor. Man kan tilllägga att behovet av distans torde vara störst på de avdelningar där sjukhusets mer brutala funktioner gör sig gällande, dvs. på t. ex. låsta intagningsavdelningar, och inför patienter som ofta blir föremål för ingripanden, inför t. ex. narkomaner.

Under mina intervjuer med vårdpersonal påstods det ofta, att ett utmärkande drag hos narkomaner är deras benägenhet att ställa en mängd krav som vårdpersonalen inte kan tillgodose. Ett sådant förhållande torde kunna ses som en av orsakerna till att skötare tenderar att hålla en opersonlig distans till dessa patienter. Å andra sidan kan man se narkomanernas beteende som reaktioner på sjukhusorganisationens repressiva funktioner och begränsade möjligheter att erbjuda patienterna en meningsfull sysselsättning. På en avdelning beskrev vårdpersonalen svårigheten att handskas med narkomanernas krav på följande sätt.

Narkomaner är som regel mycket kontaktsökande, oftast på ett krävande sätt. »De kräver samtal, de kräver att man ska följa dem ut om de inte har frigång» osv. De har över huvud taget en mängd krav som det är svårt att handskas med. »Därför måste man ha regler.» Inte sällan försöker de få en »hållhake» på någon för att få igenom sina krav. De försöker spela ut olika personer i personalgruppen mot varandra. »De förvanskar vad man har sagt, går till någon annan och säger att den och den har sagt det och det.» »De försöker dupera en och många nya faller dit.»

Många intervjuade skötare sa sig uppleva behovet av rättvisa i bemötandet av patienterna, behovet av likformighet, som påträngande. På en avdelning sa man att man inte gärna såg att nyintagna narkomaner ordinerades extra mat. Mattilldelningen för de övriga patienterna anses nämligen som relativt knapp och det händer ibland att patienter irriteras över att de inte kan få extra mattilldelning. När någon får det, reagerar de övriga. På en avdelning sa man att narkomanernas ständiga krav medför att man måste neka konsekvent. Man ansåg sig t. ex. inte kunna ge extra saft åt någon patient. Detta krav på likformighet torde bidra till att framtvinga opersonliga och distansfyllda relationer mellan personal och patienter.

Narkomanvårdssituationen på de låsta avdelningarna påstås rymma en polarisering av attityderna hos narkomaner och personal. Narkomaner sägs kalla vårdpersonalen »nazister», »fångvaktare» och annat. Vårdpersonal sägs ofta uppfatta narkomaner som »parasiter som lever på skattebetalarnas pengar» osv. Många påstår att narkomaner betraktas på ett annat sätt än andra patienter. Inställningen till narkomaner uppges vara mer kustodiell. Relationen vårdpersonal–narkomaner rymmer uppenbarligen latenta konflikter. Personalens distans till dessa patienter kan då delvis ses som ett medel att få de latenta konflikterna under kontroll.

Under en vårdpersonalintervju sas följande angående attityderna till narkomaner.

Det finns en avoghet mot narkomaner i alla personalgrupper. Det är på det sättet som man kanaliserar sin oförmåga att ta hand om dem. Man moraliserar och upplever dem inte som sjuka, utan som några som borde omhändertas för all framtid och som några som man får betala skatt för. Narkomanerna är några som ska lära sig veta hut. Tycker man något annat vill de slänga en ut genom fönstret.

Det antyds i detta citat att relationen till narkomaner skulle rymma latenta konflikter också *inom* personalgruppen. Flera intervjuer går i samma riktning.

Exempel 1. Spänningen inom personalgruppen ökar pga. narkomanerna. Om man kommer i nära kontakt med en narkoman sägs det att man måste vara en av dem. (Ung relativt nyutexaminerad skötare.)

Exempel 2. Anser att narkomaner på ett överdrivet sätt misstänks för olika saker. Beskrivningarna av dem är ofta överdrivna. Åsikterna om dem ofta fördomsfulla. Negativ till detta, men upplever att normerna från de erfarna är starka. Man tvekar därför mycket att säga sin mening. Man undviker konflikter (Vikerande skötare.)

Det finns enligt dessa uttalanden normer inom vårdpersonalgruppen, enligt vilka alla skötare skall hålla en viss distans till patienterna och kanske i synnerhet till narkomanerna. Man ska bete sig likformigt. För

det första kan narkomanernas sätt att ställa krav på personalen upplevas som en konfliktrisk. Om någon i skötargruppen tillgodoser krav som andra skötare inte tillgodoser, blir det för de senare svårare att i fortsättningen tillbakavisa liknande krav. För det andra kan ett icke likformigt beteende inom gruppen skapa akuta konflikter kring värderingar om hur relationerna till patienterna ska utformas. För det tredje tyder många intervjuuttalanden på att vårdpersonalen uppfattar sig som en anklagad grupp. Anklagelserna skulle gälla behandlingen av patienterna och torde öka kravet på solidaritet och på likformigt beteende.

På alla avdelningar har vårdpersonalen uppgivit att patienterna och speciellt narkomanerna mycket ofta visar ett annat beteende inför läkaren än inför övrig personal.

»På ronderna visar de ett annat ansikte.» »De är inställsamma.» »De har en duperingsförmåga.» »Läkarna kan aldrig fatta hur det är.»

En förklaring till detta och till att patienters aggressioner i första hand riktas mot vårdpersonalen kan vara att läkaren har en relativt stor makt att påverka patientens situation. Skötare däremot har relativt få befogenheter att själva fatta beslut om användandet av maktmedel. Patienterna (vars makt är mycket begränsad) borde därför tendera att i första hand visa sin irritabilitet mot vårdpersonalen. Det är dessutom vårdpersonalen som utför de flesta repressiva handlingarna på avdelningen. Flera skötare har sagt att de upplever att det är de som av patienterna ges skulden för ingripanden som ordinerats av andra. »Man blir buse.»

Bl. a. Yngvar Løchen har påpekat att det både när det gäller patienternas och när det gäller personalens beteende på sjukhus ofta används individual-psykologiska resonemang på ett sådant sätt att väsentliga institutionella problem undanskyms. Det finns t. ex. en risk för att vårdpersonalen beskrivs som auktoritär och rigid, utan att man sätter beskrivningen i samband med den situation där de är satta att arbeta. Om man anger som mål att försöka forma psykiatriska sjukhus till terapeutiska miljöer och vill ge vårdpersonalen terapeutiska uppgifter, måste man uppmärksamma personalens svåra roll i det sociala systemet och ifrågasätta om vårdpersonalen ska kunna kombinera terapeutiska uppgifter med sin nuvarande roll, där övervaknings- och ingripandeuppgifter är av central betydelse och där bristen på makt ofta upplevs som ett stort problem. Många menar, att genomgripande förändringar i sjukhusets hela sociala struktur är nödvändig. Yngvar Løchen drar t. ex. följande slutsats: » ... systemet blir knappast ett verkligt terapeutiskt system förrän man finner rationella lösningar på några av de problem som den personliga behandlingen medför och inte heller förrän man finner adekvata och icke antiterapeutiska sociala arrangemang som kan fylla de funktioner som den opersonliga behandlingen nu fyller. – – – Skall man göra vårdpersonalens situation lättare, kan man inte komma mer än en liten bit på väg genom att byta ut dem, utbilda dem eller bedriva terapi på dem. Det viktigaste man kan göra är att modifiera den ram inom vilken idealen skall användas.»

Vårdpersonalens sätt att fungera på psykiatriska sjukhus måste ses som naturliga och följdriktiga reaktioner på sjukhusens nuvarande sociala struktur.

15.10.3 Beskrivningar av narkomanernas beteende

Sammanfattning av den beskrivning som givits av vårdpersonalen på intagningsavdelningarna

På samtliga avdelningar ansåg vårdpersonalen att olika narkomaner beter sig så likartat att man kan beskriva ett ganska typiskt narkomanbeteende.

Det sades att narkomaner på avdelningarna söker sig till varandra. De ansågs ha en märklig förmåga att hitta varandra. »Knarkargrupper» bildas. Narkomanenernas beteende påverkas i hög grad, sades det, av

den som är ledare i gruppen.

Kverulans ansågs vara något som kännetecknar narkomaner. »De tycker inte att det är något fel på dem själva.» »Det är föräldrarna och samhället som det är fel på.» »De klagar på allt, de klagar på samhället, sjukhuset, läkarna, sjuksköterskorna och vårdarna.» »De talar ofta om personalens låga IQ», och om personalen som »representanter för gubbväldet».

Narkomaner skall ofta tala om sig själva som intellektuella. »De vill ge ett sken av att vara det.» De anser sig också som »förmer än andra patienter» – »snurrbockarna». Det händer också, även om det inte händer ofta, att de ägnar sig åt att reta äldre patienter.

Narkomaner sades trotsa tillsägelser i ovanligt hög grad. De ligger kvar i sängarna trots att de blir tillsagda att stiga upp. De röker på rummen trots att detta är förbjudet. Vid tillsägelser vägrar de att svara. De nonchalerar de flesta regler. »När vi talar om regler, talar de om att detta är ett fängelse.» De håller dålig ordning omkring sig, de skräpar ned på rummen och de har en dålig personlig hygien. »Säger man till, säger de att de ger fan i vad man säger.» Ibland betraktas deras vägran som ett medvetet sätt att provocera. »Ibland är det som om de direkt uppmanar en till auktoritärt beteende.» »De kan komma med konkreta förslag på auktoritära ingripanden.» »De reser sig mot alla auktoriteter.» »De testar personalen för att hitta svaga punkter att slå på.» »De går och passar för att försöka sätta fast personalen.»

Narkomaner hjälper sällan till med städning och liknande avdelningsarbete och de är svåra att sysselsätta med s. k. terapiarbete. Det sades att de ibland uppmanar andra patienter att inte hjälpa till på avdelningen. »Personalen har betalt för det.» Narkomanerna ligger mycket på sina sängar. De pratar och kedjeröker i rökrummet. »De pratar mest om knark.» De sitter så länge de kan i telefonhytten. Mest ter de sig inaktiva, även om några gärna spelar bordtennis.

I andra avseenden ter sig narkomaner som synnerligen aktiva. »De ligger på sängen och trycker på knappen – det är ett bra exempel på deras aktivitet», sa en skötare. Narkomanernas mest intensiva aktivitet skulle enligt honom gälla krav av olika slag. Detta sades på alla avdelningar. »De ligger ständigt på med olika krav.» Kraven kan gälla samtal med läkare, kurator eller med annan person, bad på icke badtid, nya kläder, extra mattilldelning, saft, kaffe, tillgång till klädvårdsrummet, sällskap till kiosken osv. Samtidigt med sådana krav skall narkomanerna ibland påstå att personalen har betalt för att göra det som patienterna önskar.

»Om det inte får som de vill, får de lätt affektutbrott.» »Personalen blir kallad bondtjuv eller något liknande.» Hotelser påstods vara vanliga i detta sammanhang. Narkomanerna kan säga att de »skall kolla upp hemadresser». De sades hota med »märkning» och liknande.

Man sa sig ofta ha avslöjat missbruk på avdelningarna. Några gånger har man hittat narkotika och ibland också injektionssprutor. Det berättades att man t. o. m. funnit att en kvinnlig patient fått narkotika medan hon legat i bälte, dvs. hon måste ha hjälpts av en kamrat.

Man ansåg att narkomanerna mycket ofta börjar missbruka sedan de fått frigång. Kiosken sades vara den utan jämförelse vanligaste försäljningsplatsen. Langningstrafiken tros vara intensiv.

En avgörande svårighet är, sa man, svårigheten att bedöma om en patient är påverkad eller inte. Med hjälp av laboratorieanalys kan man f. n. inte inom rimlig tid få sina misstankar prövade. Detta sades öka känslan av osäkerhet i förhållandet till narkomanerna.

Man trodde att det smugglas mycket in till avdelningarna och upplevde det som ett stort problem. Oftast rör det sig emellertid om misstankar där ingenting kan bevisas. Man var osäker på hur ofta smuggling förekommer. En mycket svårkontrollerad väg ansågs vara besöken. Besöksförbud för be-

kanta och anhöriga till narkomaner sågs av många som någonting praktiskt svårgenomförbart. Förekomsten av besöksförbud varierar mycket från avdelning till avdelning.

Patienter som har frigång antogs delta i smugglingen. Man trodde att det fanns en press på frigångspatienterna från de narkomaner som inte har frigång. Det sades att en patient bett att få sin frigång indragen sedan han utsatts för en sådan press.

Narkotikapåverkade patienter sades vara svårhanterade. Man tvingas ofta lägga dem i bälte. De blir inte sällan aggressiva. De kan slå sönder föremål och någon gång komma i slagsmål med personalen. Våldshandlingar mot personalen ansågs inte vara något vanligt förekommande, men det sades förekomma. En kvinnlig patient anses t. ex. allmänt som farlig. Hon har flera gånger varit i slagsmål med personal och vid ett tillfälle hotat med kniv.

Intervju med en skötare som enligt avdelningens läkare haft en påfallande god kontakt med narkomaner

Narkomaner har ofta svårt att umgås med andra. De söker sig till varandra och är tillsammans solidariska utåt. Mot andra kan de vara direkt oförskämda. De är misstänksamma, missförstår lätt och kommer lätt i affekt. De tycks vara rädda att man ska se ned på dem. De är ibland hånfulla och hotfulla, pikar och försöker såra. Men de tycks göra det speciellt när de känner sig hotade och rädda. Det är på samma sätt med kraven. De ställer fler krav, ibland klart demonstrativt, till dem bland personalen som är mer avogt inställda till dem. Ibland är det som om de ber om att få tillrättavisningar. När man har en bättre kontakt med dem ställer de mindre krav och är mindre oppositionella. Men de är känsliga för ens reaktioner. De kan ta åt sig för smågester och då försöka såra en och säga att man ska dra åt helvete. Känner de sig åsidosatta kan de ligga kvar i sängen längre än vanligt. De är mer håglösa än andra patienter och de är mer negativa till sysselsättning. De säger sig ofta uppleva att de står på botten. Uttrycker missnöje med sig själva. Benägenheten att ställa krav tycks typisk. De kräver rättigheter. De struntar i avdelningens normer. »Svensson är botten.» När de uppfattar ett positivt intresse från någon, försöker de ofta visa sig tacksamma på olika sätt, men ofta på ett något klumpigt sätt. De tycks ha svårt att uttrycka sig.

Två icke narkotikamissbrukande patienters beskrivning av narkomaner

Patient 1. (Intagen p. g. a. akut psykos. Nu symtomfri.)

Knarkare flyter över på något sätt. De har en tuffare attityd och en mer skrytsam attityd. Vid kiosken är knarkarna en dominerande grupp. De är flamsiga och högljudda. De talar mycket öppet och ganska utspelande om knark. De talar ibland om att fixa tabletter.

Vid kiosken händer det att knarkare visar nålar för varandra eller att de lämnar över nålar, tabletter eller något annat till kamrater och säger att de är rädda för att man ska börja muddra på avdelningen.

Det knarkas inte vid kiosken, utan på andra platser på sjukhusområdet. Sommartid blir skogsbackar ofta knarkartillhåll. Sommaren 1968 var tennisbanan en plats där det knarkades. Man för inte gärna vidare det man vet om sådana här förhållanden – det finns en patientmoral.

Patient 2. (Kronisk alkoholist.)

Knarkare är en grupp som märks på avdelningen, speciellt när de är påtända. Då är det bara de som finns. De ser ned på andra patienter. Driver ofta med förvirrade patienter. Kallar dem kryssprickar. Riktigt sjuka kommer i skymundan. Personalen tappar nu oftare masken än förr. De hade tid att sitta och tala med oss patienter förr. Stämningen på avdelningen gör en nu ofta aggressiv mot personalen. Patienter och personal har alltmer blivit två läger.

Utomhus knarkas det mycket. På somrarna knarkar man i skogsområdena. Man stöter ibland på sådant när man är ute och går. Det knarkas också inomhus, bl. a. i kulverten. Längs kulverten finns en mängd smårum. De är visserligen låsta numera, men det är lätt att ta sig in i dem med en enkel dyrk.

15.10.4 Intervjuer från en kvinnlig avdelning

Det kan finnas anledning att konkretisera beskrivningen av de låsta intagningsavdelningarna med sammanfattningar från en av dessa avdelningar. Även om likheterna mellan intagningsavdelningarnas sätt att fungera i många avseenden ter sig påfallande, finns det skillnader som ger varje avdelning en viss särprägel. Exempel på sådana skillnader ges på olika ställen i rapporten.

Den avdelning, på vilken följande intervjuer är gjorda, kännetecknas kanske främst av den s. k. 3-veckorsregeln angående frigång. Som framgått av bl. a. överläkarintervjuerna varierar normerna kring frigången från avdelning till avdelning. Den aktuella avdelningen har kvinnliga patienter och kvinnlig vårdpersonal.

Intervju med avdelningsläkaren

Grundprinciperna för vården är minst 3 veckors drogfrihet, uppnående av hyggliga laboratorievärden samt om möjligt en förbättrad bostads- och arbetssituation vid utskrivningen. Patienten informeras vid intagningen om att hon måste stanna på sjukhuset minst 3 veckor (om hon är frivilligt intagen kan hon naturligtvis begära utskrivning) och att hon under denna tid inte kan få frigång och inte kan få ta emot annat än av överläkaren godkända besök. Efter 3 veckor kan hon skrivas ut om detta anses lämpligt eller få permission eller en mer eller mindre begränsad frigång.

(Under en intervju motiverade avdelningens överläkare 3-veckorsregeln med att den gav kliniken rimliga möjligheter att kunna göra en hygglig bedömning av patienternas hälsotillstånd. Man hinner t. ex. få svar från laboratoriet. Med regeln skulle man också komma förbi »det omedelbara suget» som narkomanerna skulle uppleva under de första 2 veckorna av vårdtiden. En fast bestämmelse som denna skulle också kunna skapa en visshet hos patienterna som kan minska deras oro. Spänningen anses bli mindre både för patienter, personal och läkare. Förhållandena på avdelningen anses ha blivit klart lugnare sedan regeln infördes hösten 1968.)

Den största rastlösheten och irritabiliteten visar narkomanerna under abstinenstiden de första dagarna efter intagningen. De tigger då ofta medicin, vilket avdelningsläkaren brukar bemöta med att säga att det är de som är ansvariga för vården som ordinerar. Man strävar efter att nå en total medicinfrihet efter abstinensfasen.

Avdelningsläkaren hinner inte ha regelbundna samtal med patienterna. Som regel hinner han inte mer än intagnings- och utskrivningssamtal och tvingas ofta säga nej när patienter ber om samtal. Psykologen kommer till avdelningen ungefär en gång per vecka och brukar då tala med någon eller några narkomaner.

Det är ronder, rondgenomgång och skrivbordsarbete som tar läkarens mesta tid. Journalerna måste göras korta. De blir arbetsjournaler och inte »akademiska journaler».

Sysselsättningsmöjligheter för narkomanerna saknas till stor del. Handarbete sysselsätter några, men de flesta saknar sysselsättning. Man kan inte ta med de patienter som inte har frigång till gymnastiksalen och andra lokaler utanför avdelningen. Avvikningsrisken är för stor.

Intervju med vårdpersonal

Tillgänglig personal samlad. Fem av de närvarande yttrade sig flera gånger. Några större åsiktsskillnader framfördes inte.

Antalet narkomaner på avdelningen är ofta stort. Sju intravenösa missbrukare vårdades intervjudagen. Det ansågs vara ett mindre antal än genomsnittligt. En genomsnittlig siffra ligger omkring tio. Som mest ungefär femton.

Det ansågs att narkomaner bildar »en sammansvetsad enhet» på avdelningen. Deras beteende är på många sätt likformigt och till en del beroende av vem som är ledargestalt. Gruppens tryck på medlemmarna ansågs vara betydande. Det har hänt

att en narkoman som började hjälpa till att dammsuga avdelningen blev tillrättavisad av sina kamrater. Hon blev beskylld för att försöka ställa sig in och slutade efter det att hjälpa till med avdelningens städning. Högst status i gruppen har som regel de som knarkat längst tid och de som umgåtts med »kungarna» i »knarkvärlden». De med lägst status utnyttjas ofta av sina kamrater. Märkbara konflikter inom narkomangruppen förekommer.

Patienter som inte är narkomaner och speciellt unga schizofrena patienter blir lätt utstötta på avdelningen. »De som inte tagit en sil hånas.» Vissa narkomaner kan visserligen vara hjälpsamma mot andra patienter, men vanligare är att dessa blir »utträngda». Avdelningsatmosfären påverkar icke-narkomanerna också på andra sätt. De drabbas av en mängd restriktioner som man infört p. g. a. narkomanernas närvaro. Om den restriktiva hållningen som gäller narkomaner inte gällt alla patienter »skulle en avundsjuka sprida sig». Narkomanernas ständiga krav gör att man måste neka konsekvent.

Något som kännetecknar narkomaner på sjukhuset är, ansågs det, att de är »krävande, kverulerande och överlägsna». De vill att man ska gå till kiosken och handla åt dem, de vill att man ska skaffa garn, att man ska ge dem kaffe på icke kaffetid osv. »Var och en skulle behöva en egen springflicka.» »När man säger nej blir man kallad för allt mellan himmel och jord.» Men det verkar som om »de ibland kräver ett nej». »Säger man ja, stegrar de kraven tills man måste säga nej.»

Under besökstiderna kontrollerar vårdpersonalen vad besökande till narkomaner har med sig. Man har flera gånger avslöjat smugglingsförsök. Man har hittat knark i blommor, frukt osv. Över huvud taget har övervakningsuppgifterna blivit mer pressande än förr. Nu rör det sig om patienter som försöker alla sätt att avvika. De skruvar loss fönster. De lämnar falska namnuppgifter till ny personal. De försöker att slå sig ut när ytterdörren öppnas. De hotar också med våld och tillgriper ibland våld.

Man intar en restriktiv hållning gentemot narkomanerna. »Man vet hur det går med lösa tyglar. En fast hand behövs.» Frågor om restriktivt beteende har lett till konflikter med vikarier, mentalelever och vissa vikarierande läkare. »De ser ljusblått – man tyckte själv så tidigare.» »Vi har haft hårda duster och livliga diskussioner.» Olika synsätt har t. ex. medfört att patienter som av personalen fått ett nej på en fråga om promenad, gått till läkaren och fått ett ja. Vårdpersonalen har då känt sig saboterad genom en sådan inkonsekvens.

Narkomaner ansågs vara mycket svåra att sysselsätta. De har ingen uthållighet. De bäddar ogärna och hjälper sällan till med städning. Några syr kläder åt sig själva, men de flesta är sysslolösa. Man försökte en gång jazzbalett på avdelningen, men de var för blyga för varandra och det gick inte att fortsätta.

Narkomanernas spontana aktivitet är utan större variationer. De kedjeröker. De lyssnar på grammofon. De pratar om knark. De sminkar sig. Några byter kläder flera gånger om dagen. De ligger mycket på sängen. De talar gärna i telefon.

3-veckorsregeln anses som något mycket positivt. Det är lugnare på avdelningen nu. Patienterna finner sig över förväntan. De visar inte någon ökad irritabilitet.

Avdelningen anses vara alldeles för stor. Man ser inte patienterna. Den är dessutom lyhörd. Skrik från rummen hörs mer än på de gamla avdelningarna. Blandningen av patienter gör att man inte hinner med nyinsjuknade. Patienterna far illa.

Intervjuer med två av avdelningens narkomaner

A. *Ca 25-årig patient som varit på avdelningen 1 1/2 vecka och aldrig tidigare vårdats på Beckomberga sjukhus*

Tycker att det är »som att sitta inne». Känner sig helt inlåst. »Det finns inte ett kryphål.» Första upplevelsen var en mängd för-

bud och att ingen ville prata med en. »Inte ett vänligt ord.» »T. o. m. på kriminalen brydde de sig om mig, men inte här.» »Det är en mängd småaktiga saker men ingenting om människan bakom.» »På fängelset måste man skrika och gapa för att de skulle bry sig om en. Här hjälper inte det.» »Här får man ta en sköterska i taget och göra sig till vän. Det enda som hjälper är att man tittar upp till dom och låtsas att de är värdefulla personer.» Man måste ljuga. Man måste vara underkuvad.

Det är så många andra narkomaner här. Det blir splittrat. Patienterna håller inte ihop. Man får inte kontakt med någon. Ena stunden är man vän, andra stunden är man ovän. Både här och utanför sjukhuset är det stridigheter. Det finns ingen gemenskap bland narkomaner. Alla knäcker varandra. Man lurar varandra och stjäl från varandra. Man pratar mest om knark och om att allt är ruttet. Man pratar om vilka man känner och om var man varit, om vilka som sitter inne osv. »Man måste ju prata om det man sysslar med dygn ut och dygn in.»

Vissa patienter är verkligt elaka mot personalen. Det är ibland som två läger. Vet inte om personalen tycker det – de tar ingen notis om en.

På morgnarna försöker man sova så länge som möjligt, men det är ju lögn. Till klockan 9 är man sysselsatt, men efter frukost vet man inte vad man ska göra. Det är bråk hela tiden. Det börjar i matrummet och fortsätter i rökrummet. Man bråkar om småsaker. Det är mest mellan knarkare som det är bråk. Efter klockan 9 finns det inte mycket att göra. Telefonhytten är stängd. Inget händer. Man går och lägger sig, men blir rastlös, nästan hysterisk. Här tvingar de en inte att sysselsätta sig. De väntar kanske att jag ska fråga. Skulle vilja att de föreslog, så att man plötsligt satt och sydde en duk. Försöker sova efter lunchen. Sedan börjar de stora bråken.

Det är nästan aldrig någon som pratar med en. Man ska ha mat och bad, vara uppe på morgnarna och passa vissa tider. Något annat pratas det inte om. Allt är bara för att man ska uppehålla livet. En del sköterskor är som kungar, men andra kan man bli vän med. Men också de kan säga så elaka saker. De kan bli irriterade om man tar en potatis för mycket. Det är så löjliga saker, men man tar illa vid sig. Det är ingen som förebrår en för att man knarkar – om det bara varit det. Har haft ett samtal med överläkaren. Aldrig talat i enrum med avdelningsläkaren.

Önskningar om sjukhuset skulle ändras: På Lovisa hade alla sin egen barnsköterska. Skulle vilja ha det så här också. Var och en skulle ha en sköterska som var ens egen. Personalen skulle vara bland patienterna. Nu sitter de t. ex. aldrig i rökrummet. Skulle vilja ha mer vänlighet, också när patienten är ovänlig. Skulle vilja ha sysselsättning, men vet inte vad. Skulle vilja ha en ren narkomanavdelning – det är inte rätt att blanda ihop oss med andra patienter. Skulle vilja att man ägnade sig mer åt framtiden. »Jag har sagt så mycket elakt, men det är helt enkelt så. Jag uppfattar det i alla fall så.»

B. *Ca 25-årig patient som varit på avdelningen 7 veckor och som under de senaste 4 åren vårdats 7 gånger på sjukhuset*

Sitter mest i »gaskammaren» om dagarna. Försöker också att sova mellan måltiderna »för att slippa se eländet». Med andra patienter blir det mest prat om knark: »har du sett den, vet du att den har åkt fast . . . och så en och annan dum upplevelse». Missbrukare umgås mest med varandra. De påfrestande sållas ut.

Patienter som inte sitter här för knark har det svårt. De får höra så mycket om intjack och liknande. De svårast sjuka blir man irriterad på. Man orkar inte tycka synd om dom längre.

Med personalen talar man om ordningen, »försöker lista ut hur läget är». »Frågar varför den och den har förmåner.» Man kan också tala om alldagliga saker, men aldrig om egna problem.

Det är svårt att ha så lite att göra, särskilt under helgerna. Försöker sticka en del.

15.10.5 Intervjuer med två narkomaner från andra avdelningar

Intervju med ca 35-årig narkoman

Fjärde vårdtillfället. Frivilligt intagen.
Säger att avdelningen är en fruktansvärd miljö. Det som upplevs som fruktansvärt är »den grava blandningen av patienter», sysslolösheten och bristen på förtroende för patienterna – »all integritet sopas bort och det väcker opposition».

Försöker sova så mycket som möjligt och »läsa i den mån man har nerver». »Det är bara att titta i taket och döda så mycket tid som möjligt.» Går ofta till rökrummet. Tycker att det bara blir ytliga samtal där, »vardagskommentarer». Det är en dålig kontakt mellan patienterna på avdelningen. Kontakten mellan patienter och personal är ändå sämre. Bland personalgrupperna har man mest kontakt med skötare, sjuksköterskor och sjuksköterskeelever. Läkarna ser man mer sällan. Personalen söker inte kontakt för att prata – »det kan man inte begära, de har för mycket att göra». De sitter aldrig i rökrummet med patienterna.

Har aldrig sett att någon bland personalen varit ovänlig mot patienterna. Aldrig hårda ord. Inte heller vänlighet, utan likgiltighet.

Önskningar: Mer förtroende, mer kontakt, mer sysselsättning, mindre av svårt sjuka patienter på avdelningen, men inte rena narkomanavdelningar.

Intervju med 17-årig narkoman

Intagen på vårdintyg. Flera tidigare vårdtillfällen.
Säger att han kommit till sjukhuset för att vila upp sig ett tag. Var här 2½ månad förra gången. Började knarka igen samma dag som han skrevs ut. »Det gör nog de flesta.» Om vården: »Helt värdelös». Det är tråkigt och sterilt på avdelningen. Finns inget att göra. Det enda man kan göra är att gå fram och tillbaka, äta och sova. Man blir mer tjacksugen av långtråkigheten och i brist på sysselsättning blir det bara tjacksnack. Arbetsterapin värdelös. Kan inte tänka sig att knyta en rya. Tycker att medicineringen är dålig. Skulle vilja ha ett annat och bättre slötjack. Tycker att man får för lite mat och för dålig mat. Vill ha mer promenader. Får inte följa med just nu sedan han avvikit. Tycker sig inte vara dåligt behandlad av vårdpersonalen.

Önskningar: Mer frihet. Mer jobb och jobb där man kan tjäna pengar. Mer omväxling. »Det måste hända något.»

15.11 *Kronikeravdelningarna*

De patienter som betecknas som kroniker har ofta mycket långa vårdtider och en relativt hög medelålder. Vårdpersonalen har som regel hunnit att lära känna dem tämligen väl och relationerna mellan skötare och patienter är ofta mer personliga än på de låsta intagningsavdelningarna. Många skötare påstår att de av denna anledning föredrar arbete på kronikeravdelningar framför arbete på låsta intagningsavdelningar. För läkarna är situationen annorlunda. Arbete med kronikeravdelningar uppfattas som regel som mindre stimulerande och mindre kvalificerat. Läkare som sköter kronikeravdelningar är också alltid tilldelade flera avdelningar, vilket kan bidra till att göra kontakten med de enskilda avdelningarna relativt sparsam. Detta påverkar troligen avdelningarnas sätt att fungera. Jämför Personaldelegationens betänkande SOU 1963: 24 sid. 35–36 där man säger att kronikeravdelningar lätt får lägre status än akutavdelningar och att detta kan bidra till att skapa en resignerad atmosfär på kronikeravdelningarna.

Den aktivitet på avdelningarna som syftar till att göra patientens situation mindre passiviserande varierar från avdelning till avdelning. Vissa avdelningar kan sägas vara präglade av resignation. Andra är mer ambitiösa. Utformningen av personalens relationer till patienterna varierar bl. a. därför

något mellan olika avdelningar. Den varierar också på grund av att det finns en viss differentiering av patienterna. Vissa avdelningar har svårt störda patienter och andra avdelningar något rörligare patienter.

När narkomaner placeras på kronikeravdelningar kan, av intervjuerna att döma, olika avdelningar påverkas på olika sätt. En orsak till detta kan vara att relationen mellan personal och patienter redan tidigare varit utformad på olika sätt. På en avdelning ansåg man att narkomanerna störde de existerande relationerna mellan vårdpersonal och patienter. På en annan avdelning uppfattade vårdpersonalen tydligen narkomanerna som ett tillskott av intressanta patienter.

Det bör observeras att följande intervjuer är gjorda på olika avdelningar.

15.11.1 Intervju med läkare

Kliniken har sedan våren 1967 haft sina kriminalpatienter, av vilka flera varit narkomaner, på en av de låsta kronikeravdelningarna. I mycket begränsad utsträckning har också två andra låsta kronikeravdelningar använts.

Den avdelning som används mest har en relativt ambitiös personalgrupp. En del skötare har en klart positiv inställning till narkomanerna, medan andra är mer skeptiska, några utpräglat moraliserande. Dessa attitydskillnader kan vara orsak till konflikter i personalgruppen. Konflikter förekommer uppenbarligen, men man vet inte mycket om dem. De bevaras inom gruppen. När de kommer fram, kommer de fram sent.

Vårdpersonalens rutin domineras av arbetet med åldringar. Många tycker att det är tråkigt arbete och upplever tillskottet av unga patienter som en stimulans. Det som tycks väcka intresse angående narkomaner är dessa patienters bakgrund och erfarenheter. Det rör sig ofta om välbegåvade patienter med god förmåga att verbalisera.

Avdelningens narkomaner är av domstol dömda till vård. Man kan särskilja två grupper: dels mindre grava missbrukare med en förmodad gynnsam prognos och dels betydligt svårare missbrukare, patienter som ofta haft psykostillstånd.

»Jag försöker att få dem ur sjukhussituationen så fort som möjligt.» »De är inte betjänta av vården.» Försöker starta utan förutfattade föreställningar om patienten. Ger som regel frigång redan efter en vecka, men ställer då villkor. Patienten måste hålla sig på sjukhusområdet, måste passa tider etc. Uppträder patienten påverkad, avviker från sjukhuset eller något liknande dras frigången in. Friheterna doseras ut successivt. Om möjligt förmedlas kontakter med arbetsvården, skolor och liknande. Patienterna ska helst ha bostad och sysselsättning ordnad vid utskrivningen. Detta kan emellertid inte göras till ett absolut krav eftersom ett sådant krav är orealistiskt.

När patienterna kommer till sjukhuset har de oftast suttit en längre tid i häkte och således som regel varit utan narkotika under lång tid. Eftersom sjukhusvistelsen i den situationen knappast har någon terapeutisk effekt i sin nuvarande utformning kan vården ofta tyckas få en något egenartad målsättning: att skriva ut patienten. För patienten gäller det att han en tid på två eller tre månader ska kunna visa att han klarar de givna friheterna. Därefter kan han bli utskriven. Vissa patienter klarar inte ett sådant program. De avviker från sjukhuset, börjar missbruka på sjukhusområdet osv. Deras frigång måste dras in. Men eftersom meningsfull aktivitet saknas på avdelningen kan man inte gärna ha dem inlåsta under långa tider. Det uppstår en cirkel av inlåsthet, frigång, avvikning och inlåsthet. Även dessa patienter brukar utskrivningsnämnden så småningom skriva ut. Man anser att det är bättre att de kommer i samma situation som vanliga patienter. Kriminalpatientsituationen låser dem vid sjukhuset på ett olyckligt och hospitaliserande sätt.

Den tvångssituation som sjukhusvistelsen innebär kan kanske ge vissa patienter motiv att söka arbete, börja arbeta osv.

»Tvångsmomentet kan ge dem en spark i rätt riktning.» Men ibland upplever man ett skenspel.

För att få sjukhusvistelsen mer meningsfull skulle det behövas en annan avdelningsstruktur. Det skulle krävas att man kunde ge patienterna möjligheter till ett mer normalt liv. Bl. a. skulle det krävas vettigare sysselsättningsmöjligheter.

Några regelbundna och terapeutiskt inriktade samtal går för närvarande inte att genomföra. Arbetsbelastningen är för stor. Dessutom skulle terapisamtal innebära stora svårigheter eftersom läkaren fyller betydande disciplinära funktioner.

15.11.2 Intervju med vårdpersonal

Tre intervjutillfällen. Tre till fem skötare samlade varje gång.

Narkomanerna kommer som regel ekonomiskt utblottade till avdelningen. Eftersom de ofta röker intensivt börjar de också att tigga cigarretter och tigga pengar. De äldre kroniska patienterna klagar på tiggandet, men de kan inte säga nej. »De plockas utan hänsyn.»

Narkomanerna klagar ofta över att de på denna avdelning tvingas att vistas bland så många kroniker. Inte sällan sysselsätter de sig med att driva med de äldre patienterna. »De plockar gärna ut någon som det är roligt att reta.» För övrigt vägrar de att ha någon kontakt med kronikerpatienterna. Däremot söker de ofta på ett intensivt sätt en kontakt med personalen.

Narkomanerna är oftast kontaktsökande på ett mycket krävande sätt. »De kräver samtal, de kräver att man ska följa dem ut . . .» osv. Mängden av krav och vad som uppfattas som narkomanernas försök att spela ut skötare mot varandra har, säger man, framtvingat fastare regler och fler restriktioner.

Åsikterna om restriktionerna varierade uppenbarligen bland personalen på avdelningen. Några ansåg att man var mer avvisande än man borde vara. Några påpekade att den narkoman som för tillfället vårdades på avdelningen fungerade bra under tider då man ägnade sig åt honom. En annan sa att det kändes »hemskt att misstro dem jämt». Andra betonade mer patienternas försök att finna fördelar framför andra patienter och vikten av restriktioner. (Vårdpersonalen kan i dessa frågor komma fram till motstridiga krav: å den ena sidan kravet på ökad kontakt och å den andra sidan kravet på ökad distans. Konfliktriskerna är uppenbara och manifesta konflikter med detta innehåll har, sägs det, också förekommit på avdelningen.)

Ett viktigt problem anses vara att sysselsättningsmöjligheterna är så få. Patienterna saknar ofta pengar till material från arbetsterapin. De reagerar också ofta mot denna form av terapi. De tycker att uppgifterna är strunt, att det inte finns något utrymme för fantasin.

Man anser att narkomanerna drar ned patientmoralen på avdelningen. Svåraktiverade patienter blir mer svåraktiverade. De som länge stått på gränsen till arbetsvägran blir lätt påverkade av den arbetsovilja som anses som karakteristisk för narkomaner och börjar definitivt att vägra delta i någon sysselsättning. »När man byggt upp en bra verksamhet på avdelningen får man ofta se den brytas ned av narkomaner och sociopater.» Narkomanerna tar tid från övriga patienter. Man tvingas till fler övervakande uppgifter. Man tvingas att inskränka andra patienters friheter då narkomaner vistas på avdelningen, t. ex. möjligheten att vistas fritt i köket.

På grund av händelsefattigdomen på avdelningen blir utepromenader någonting som narkomanerna uppfattar som särskilt viktigt. Man går dagligen ut med patienter i grupp, men narkomaner vägrar oftast, speciellt under den första tiden, att gå med i vad de kallar »fårskocken». De begär ofta att någon av skötarna ska följa dem ut på andra tider. Således ett av de krav på särbehandling som narkomanerna ofta har.

15.11.3 Intervju med två manliga narkomaner

Intervju med en ca 20-årig kriminalpatient

Vårdad ca två månader på kronikeravdelning. Nu utskriven. Kom till sjukhuset från fängelse, från dess psyk. avdelning. Upplevde intagningen på Beckomberga som en chock. Togs direkt in på en kronikeravdelning med huvudsakligen åldringar. Flera rullstolsfall. Några dödsfall. Såg första dagen en patient som satt och gjorde avföring på golvet. »En patient gick bara omkring och skrattade.» »Några kom och krafsade på mig.»

Var första tiden den enda unga och klara patienten. Första två veckorna ingen frigång. Ordinär dag denna första tid (»varje dag kändes som år»): Efter väckningen skulle man stiga upp, tvätta sig och bädda. Om man hann kunde man sedan ta en rök före maten. Om man inte steg upp som man skulle »blev de krokiga». Om man struntade envist »kom likgiltigheten in och då sket de i en». Måltiderna var någonting hemskt i början (någon gubbe stoppade t. ex. in mat i örat), men man vande sig snart. Efter frukosten kände man en stor tomhet. Det var den svåraste tiden på dagen. Man hade ingenting att göra mer än att t. ex. stå och titta ut genom fönstret. Personalen städade under tiden. Vid 11-tiden kunde man gå ut på gården med gubbarna. Efter lunchen också tomhet, men man kunde då tala med personalen och spela pingis. Men man var mest sysslolös. Klinkade på pianot ibland. Efter middagen TV. Fick sitta uppe länge.

Fick sedan frigång och fick gå på arbetsterapin. Några jämnåriga knarkare kom också till avdelningen, och det var den återstående tiden 3–4 yngre på avdelningen. Det var med medpatienter som man hade den största kontakten. Personalen sökte inte någon kontakt med patienterna. »Det borde inte vara så. Man skulle behöva kontakt, resonemang, samtal.» Man kom inte in i ett sammanhang. Det blev »den egna metafysiken» och knarksnack. Knarksnack: det är mest om kamrater och om vad man gjort – har du varit med henne? har du varit där? osv. Man berättar om sådant man sysslat med när man varit påtänd. På rastgården hade man kontakt genom staketet med flickorna från avd. 5b. Vid grinden i staketet stod en av personalen för att hindra patienterna att gå genom grinden. Tycker att man hindrade kontakt mellan könen för yngre patienter, medan man uppmuntrade sådan kontakt mellan äldre. Tycker att den restriktionen ökade kontaktbegäret. Det fanns patienter som rymde med brudar. Man klättrade över staketet osv.

Strövade omkring på området under frigången. Var också på fiket. Man dras dit och blir lätt sittande där. Man orkar inte ta sig därifrån. Under frigångstiden umgås narkomaner mest med narkomaner, dels därför att man kände varandra sedan tidigare, dels därför att man har gemensamma intressen.

Gick under större delen av vårdtiden på arbetsterapin. Var där mellan kl. 9 och 15. Paus för lunch. Höll på med keramik. Tycker att det var den enda formen av aktivitet som gav något. Halvfabrikaten däremot var meningslösa – inget skapande. Tycker att det fanns både positiva och negativa sidor hos arbetsterapin. Drejning var det enda sättet man hade för att komma ifrån de personliga problemen, och man fick en känsla av att man kördes dit från avdelningen därför att de inte kunde klara av problemen där.

Man fick inte många tillfällen till att tala med läkare. De har alltför många patienter och därför alltför lite tid. Fick mycket få samtal utöver intagnings- och utskrivningssamtalet. Bad själv om dessa extra samtal. Läkaren upplyste om att han hade mycket dåligt om tid. Tyckte inte att samtalen gav någonting. Bad därför sedan inte om fler samtal. Bortsett från dessa få samtal bara flyktiga möten med läkaren under ronderna. Han frågade: »hur är det i dag då», och »jag frågade om frigång och liknande».

Sjuksköterskan hade man inte mycket

kontakt med. Hon sitter mest på expeditionen där hon skriver och delar ut medicin.

Vårdpersonalen var den grupp som man hade mest kontakt med. Den bestod dels av äldre ordinarie som tycktes ha resignerat och dels av mycket unga vikarier. Det var med de yngre som man hade den största kontakten. »Men de brydde sig inte om en som patient. De spelade krocket och pingis med en. Med de kunde naturligtvis inte hjälpa en att lösa några problem. De hade små vyer.» Man upplevde de flesta av vårdarna som inskränkta. De hade inte mycket av intressen. De talade mest om allsvenskan och liknande. Tycker inte att vårdarna visade patienterna någon äkta medmänsklighet. De hade resignerat och börjat se på patienterna som föremål. De tycktes se ned på patienterna, behandlade dom som barn eller med ovänlig kyla. De kunde skälla på gubbar som inte förstod vad som hände omkring dom. Mot narkomanerna var de mindre ovänliga. Det var gubbarna som var deras tyngsta arbete. De måste t. ex. ofta byta kläder på dom. Några hade en moraliserande attityd till narkomanerna. Men mest gick de säkert efter person och inte efter grupp. Det var inte många regler eller krav som de ställde på narkomanerna. Man mötte mest likgiltighet. De hjälpte inte patienter som hade problem. En patient t. ex. grävde ned sig i att hans flicka dött. De hjälpte honom inte, men de beklagade honom. De klarar inte att ta del i patienternas problem. Man upplevde en stor klyfta mellan patienter och personal.

Tycker att det är icke-vården som gör att man inte förändras. Man måste vara stark för att orka ta sig ur sjukhuset. De som är svaga »placeras» där. De börjar att åka jo-jo ut och in. Tycker att sjukhuset bara tittar bakåt. Det talas bara om vad man gjort. Bara under de sista dagarna på sjukhuset upplevde man att det planerades för framtiden. Först då tänktes det framåt.

Intervju med en ca 20-årig narkoman

Intagen mot sin vilja. Tycker att han ändrat inställning till knarket här. Känner sig bättre än vid intagningen. Ensam narkoman på avdelningen. Tycker att det är bra att inte vara bland andra knarkare, men känner sig plågad av att vara bland gamla. Vill vara bland andra unga. Tycker att sjukhuset är en »inrättning». Det är opersonligt och känslokallt. Tycker att vårdarna är som väktare. »Det är bara den inkörda stilen. Dom håller sig bara till regler.» »Dom kör i samma mönster hela tiden.» »Man blir bara avsnäst om man klagar.» Man blir nertråkad på avdelningen. Skulle önska: mindre och mer intim avdelning. Man skulle ha något att syssla med – pingis, grammofon och annat.

15.12 *De öppna intagningsavdelningarna*

Avdelningarna, två manliga och två kvinnliga, har vardera 28 sängar. Där vårdas huvudsakligen patienter med neurotiska insufficienser, lättare symtomfattiga psykoser och lättare beteenderubbningar av annat slag. Enstaka välmotiverade narkomaner hör hit.

Avdelningarna är olåsta och för de flesta av de patienter som vårdas här saknar sjukhuset kvarhållningsrätt. Vårdpersonalen har därför och på grund av urvalet av patienter relativt lite av övervaknings- och ingripandeuppgifter. Detta påverkar naturligtvis relationerna mellan vårdpersonal och patienter. Det ökar förutsättningarna för att kontakterna ska kunna bli terapeutiskt värdefulla.

Följande intervjuer är hämtade från en manlig avdelning.

15.12.1 Intervju med läkare

Under intervjudagen vårdades fler narkomaner än vanligt: fyra stycken. Det totala antalet narkomaner som vårdats på avdelningen är emellertid relativt litet och erfarenheterna blygsamma.

Avdelningens narkomaner är en mycket selekterad grupp. De som ges möjligheten att komma hit är i första hand sådana välmotiverade patienter som anses kunna tillgodogöra sig det som avdelningen kan er-

bjuda. Ibland vidgas indikationerna, speciellt under tider då den låsta intagningsavdelningen har en svår platssituation.

De flesta patienterna på avdelningen vårdas utan kvarhållningsrätt. Det gäller också narkomanerna.

Vården har givits en relativt hög målsättning. Man räknar med att åtminstone en del av patienterna ska kunna sluta missbruka och kunna börja att fungera hyggligt utanför sjukhuset. Trots urvalet av narkomaner med s. k. god prognos är resultatet oftast tveksamt. Några patienter har emellertid lyckats att återanpassa sig hyggligt i samhället. De har inte återfallit i missbruk och står i en tämligen regelbunden kontakt med sjukhuset.

Narkomanerna på avdelningen ägnas av alla personalgrupper större uppmärksamhet och längre tid än genomsnittspatienten. Det beror inte på en medveten prioritering av narkomaner, utan på att dessa patienter uppfattas som intressanta, detta säkerligen en följd av selektionen.

Avdelningens läkare försöker att odla en tolerant hållning till patienterna. Det ställs inga villkor för vistelsen på avdelningen. Ibland händer det att några skötare säger sig anse att behandlingen av narkomanerna är för liberal. De saknar konsekvens i läkarens beteende. Alkoholister som uppträder berusade på avdelningen brukar nästan undantagslöst flyttas till den låsta intagningsavdelningen. Som inkonsekvent upplevdes därför att en narkoman som nyligen uppträdde ordentligt påverkad på avdelningen inte flyttades.

Är principiellt ej mer återhållsam med ångestdämpande medel än inför andra patientgrupper. Ger också ofta barbiturater som sömnmedel. Har inget intryck av att denna selekterade narkomangrupp tigger mer tabletter än andra patienter.

Avdelningen har en förhållandevis stor personaltäthet och arbetsuppgifterna har klart formulerade terapeutiska inslag. Man har alltmer börjat gå in för att försöka ge vissa skötare som specialuppgift att ta sig an en eller några få bestämda patienter, oftast narkomaner. En del skötare fortsätter med dessa uppgifter under sin fritid. Handlar kläder med patienten osv. En sådan fördelning av arbetsuppgifter kan innebära risker för prestigekonflikter inom skötargruppen och sådana har troligen också förekommit.

Någon organiserad gruppaktivitet har man inte. Patienternas gruppbildning är spontan. Narkomanerna tycks inte ha någon tendens att isolera sig i narkomangrupper. Ofta undviker de i stället varandra. Det är ett förhållande som troligen är en följd av urvalet, eller ibland ett kriterium för urvalet.

Har regelbundna stödjande samtal med patienterna och försöker samtidigt att förbättra deras sociala situation. Bostadsfrågan hör ofta till de mest svårlösta. Ibland kan patienten få bo hos sina föräldrar. Men föräldrakontakten är ofta problematisk och föräldrarnas roll i sammanhanget brukar också på andra sätt vara fundamental. Gör försök att bearbeta familjesituationen och försöker stimulera patienterna till att återknyta andra önskvärda kontakter. Försöker vidare att få dem i en meningsfull sysselsättning utanför sjukhuset: skola, arbete eller något liknande.

Man försöker att få patienterna att efter utskrivningen göra regelbundna återbesök till öppna vården. Detta erbjuder som regel inga svårigheter.

»Kanske har jag givit en för ljus bild av avdelningen.»

15.12.2 Intervju med sjuksköterska

Tidigare arbetat på en låst intagningsavdelning. Tycker att det är en stor skillnad på de två avdelningstyperna. Möjligheterna att ta sig an patienter på en öppen avdelning är betydligt bättre. Avdelningen är mindre, patienterna är motiverade att stanna och tvångsinslagen blir relativt obetydliga. På den låsta avdelningen innebar narkomanerna ett problem på ett helt annat sätt än här. Där var gängbildning, myteritendens och starka motsättningar mellan

personal och patienter regel. Misstänksamhet och regler odlades. Man blev förmyndare och avdelningen blev en »nej-sägaravdelning». »Där arbetade man utanför patienterna. De blev irritationsmoment.» En öppen avdelning däremot kan bli en »ja-sägaravdelning».

Kan här vara ute på avdelningen ganska mycket. Hann inte det på den låsta avdelningen eftersom expeditionsarbetet där tog så mycket tid. Hinner här vara med om att organisera avdelningsarbetet på ett annat sätt. Hinner lära känna patienterna.

Man försöker här få till stånd individuella kontakter mellan personal och patienter. Någon bland personalen kan således få i uppgift att ta sig an en viss patient, ägna större delen av sina arbetsdagar åt denna patient, åka till Vällingby och handla med honom, spela tennis med honom, promenera osv. Däremot har man inte någon organiserad gruppverksamhet och inte heller någon mer organiserad vägledning för personalen, personalgrupper och liknande.

Tycker inte att narkomaner skiljer sig nämnvärt från andra patienter på den här avdelningen. Narkomanerna liksom övriga patienter hjälper till med rutinarbetet på avdelningen, dammsuger, torkar disk etc. Många är också sysselsatta med arbetsterapi: väver, knyter ryor och sysslar med träarbeten.

15.12.3 Intervju med vårdpersonal

Sammanfattning av intervjuer med två skötare, intervjuade var för sig.

Man upplever en osäkerhet inför relationerna med narkomaner. Dessa patienter upplevs som mer problematiska än andra. De är påfallande känsliga för personalens reaktioner, känner sig lätt åsidosatta och blir lätt provocerande. Många bland vårdpersonalen tycker att de inte vet var de har narkomanerna och tycker att de behöver ha dem under uppsikt mer än andra patienter. Narkomanerna passar inte tider. »De röker där man inte får röka, de är slarvigt klädda» och »det hjälper inte att säga till». »De är som stora barn.» De är knappast direkt störande, men de kan väcka irritation.

Arbetet på avdelningen är sådant att kontakten med patienterna lätt blir osammanhängande och ytlig. Speciellt gäller det förmiddagarna. Det är på kvällsvakterna och nattvaken som man bäst lär känna patienterna.

15.13 *Möjligheterna att sysselsätta narkomaner*

Överläkare har i intervjuer påpekat att möjligheterna att sysselsätta narkomanerna är bristfälliga. De har sett denna brist som ett viktigt hinder i vården. Frågor om sysselsättning har också ställts till vårdpersonalen. De har framhållit att det som regel är svårt att förmå narkomaner att delta i de aktiviteter som kan erbjudas. Narkomanerna sades oftast helt sakna organiserad sysselsättning. Narkomanerna å sin sida har sagt att det terapiarbete som erbjuds på avdelningarna är fantasilöst och ointressant. När det gäller hjälp med städning och liknande avdelningsarbete anser intervjuade skötare att narkomanerna hör till de utpräglat negativa. Det påstås hända att de uppmanar andra patienter att inte hjälpa till, inte sällan med argument som »vårdarna har betalt för det».

För att ytterligare belysa sysselsättningsförhållandena har arbetsterapeuter och studieledaren intervjuats.

15.13.1 Arbetsterapin

Intervju med personalgruppen samlad. Flertalet av de anställda närvarande.

Arbetsterapin bedrivs dels i en speciell lokal (arbetsterapiavdelningen) och dels ute på de olika vårdavdelningarna. Arbetsterapiavdelningen kan ta emot upp till ca 40 patienter, men tar som regel ca 30. Det finns totalt 9 arbetsterapeuter (10 tjänster) och 4 terapibiträden på sjukhuset. Detta är, ansåg man, alltför få terapeuter för att ett tillfredsställande arbete ska kunna utföras.

För de som är ute på vårdavdelningarna innebär detta att man inte hinner delta i rondgenomgångarna annat än mycket sporadiskt, att man försitter chanser till information om patienterna, att man inte hinner lära känna patienterna, att man inte hinner ge patienterna tillräcklig tid och stimulans osv.

De patienter som kommer till terapiavdelningen kommer på remiss. Man uppfattar det emellertid som ett problem att remissen som regel är alltför torftig, ger alltför lite information om patienten. Kontakten med vårdavdelningarna är också i övrigt bristfällig. Man informeras t. ex. sällan om patientens utskrivning och man måste därför ringa och fråga varför en patient uteblivit.

En bristande kommunikation kan också vara kännbar då det gäller arbetet med patienter ute på vårdavdelningarna. Det kan t. ex. hända att man kallas till en avdelning och att det när man kommer dit inte finns någon på avdelningen som känner till vem som ringt och vad problemet skulle gälla.

På terapiavdelningen har man ofta narkomaner. Inte sällan har man flera samtidigt. Man anser att dessa patienter innebär ett flertal karakteristiska problem. Det är patienter som ofta klagar, klagar på sjukhuset, klagar på samhället osv. De har påfallande ofta svårt att koncentrera sig på arbetet. De vill gärna gå omkring, prata med varandra, röka. Från vårdavdelningarnas sida vill man som regel att patienterna ska vistas på terapiavdelningen hela arbetsdagen. Eftersom patienterna ofta är mycket lite uthålliga kan situationen på terapiavdelningen bli spänd, patienterna irriterade. Ett annat problem som skapar irritation är patienternas stora rökbehov. Man har ansett sig tvungna att införa speciella röktider och att hålla kafferummet låst på övriga tider. Det har också varit svårt att hålla patienterna kvar på terapiavdelningen. De vill gärna gå till kiosken, gärna finna förevändningar för att kunna gå sin väg.

Även om majoriteten av narkomanerna är svåraktiverade finns det de i gruppen som är intensivt produktiva. Som exempel nämner man en »keramiker» som ensam kunde hålla två ugnar i gång.

De arbetsuppgifter man kan erbjuda patienterna är på många sätt begränsade. Sjukhuset saknar lokaler för mer avancerad arbetsterapi. Man har t. ex. begärt att få en svarv och en maskinsåg. Men lämplig lokal för sådan apparatur har saknats. Detta gör att patienterna till stor del får arbeta med s. k. halvfabrikat, dvs. putsning, hopfogning och lackering. Det rör sej då om en tillverkning av lampor, karottunderlägg osv. Arbetsuppgifterna blir okvalificerade, hobbybetonade och orealistiska. Möjligheten att skapa tillräckligt kvalificerade och ur terapisynpunkt värdefulla arbetsuppgifter begränsas också av att personalen på vårdavdelningarna inte kan fås att delta i terapiverksamheten och av att patienterna inte får arbeta med verktyg då de är oövervakade.

Det anses att narkomaner som regel är påfallande svåraktiverade. »Man måste truga och tjata.» Man kan lätt känna sig provocerad. »De försöker spela ut en.» Patienten säger ofta att »arbetsterapi är larv» eller att »man inte är här för att jobba». Enligt terapeuterna tycks det väsentligaste arbetsmotivet vara, åtminstone på manliga avdelningar, möjligheten till en ekonomisk förtjänst genom försäljning. En del patienter kan således börja en intensiv serietillverkning från något halvfabrikat. I en sådan situation kan det hända att en produkt blir överproducerad, dvs. mer tillverkas än vad som kan säljas. Man måste då stoppa leveransen av det halvfabrikat det är frågan om, vilket i sin tur kan resultera i att patienten slutar att arbeta.

En arbetsterapeut säger att hon tyckt sig märka att narkomaner i grupp alltid blir mer besvärliga än då man söker kontakt med dem en och en. I grupp tycks de vilja visa varandra hur de kan stå emot regler. De blir högljudda och krävande, ska ha allt på stunden. Hon anser att narkomanernas kontaktbehov är påfallande. »De vill pra-

ta.» Hon har därför ansett det som viktigt att hon försöker ägna tid åt kontakten med denna patientgrupp. »Det är viktigt att de märker att någon har tid åt dem.»

En annan arbetsterapeut tycker att narkomanerna hör till de verkligt personalkrävande patienterna. Detta kräver, påpekar hon, kunskap om patienterna. Och detta blir ett av de största hindren. Man är dåligt informerad, vilket huvudsakligen beror på att man har så knappt om tid. »Det gäller att utföra något också.» »Det skulle krävas en arbetsterapeut bara på akutavdelningen. Nu har vi en hel klinik var.» Som situationen nu är blir terapin »inte målinriktad». Grupparbeten och personalinstruktion går ej att genomföra.

För patienterna, säger man, blir arbetsterapin någonting utanför terapin i övrigt. Arbetsterapin blir för närvarande bara en frivillig förströelse, eventuellt någonting som kan ge en ekonomisk förtjänst.

15.13.2 Socioterapin

Intervju med studieledaren

»Rekreations- och studieverksamheten» vid sjukhuset leds av en heltidsanställd och en deltidsanställd studieledare. De organiserar kurser och andra verksamheter på sjukhuset ex. filmvisningar, artistbesök, dans och utflyktsverksamhet. Vissa aktiviteter pågår utanför vårdavdelningarna, i ex. »festsalen», »gamla kiosken» och studie- och musikrummen. Andra sker på vårdavdelningarna.

Aktiviteter utanför vårdavdelningarna

Ett deltagande i dessa aktiviteter förutsätter som regel frigång. Men för narkomaner med frigång är resurserna mindre än vad en förteckning över antalet kurser ger intryck av. De flesta av kurserna (engelska, maskinskrivning, måleri, blockflöjt osv.) besöks huvudsakligen av kroniker och undervisningen är avpassad efter dessa patienters beteende. Det är därför svårt att få dit socialt rörligare och mindre sjukhusanpassade patienter. Våren 1968 besöktes konstkursen av en grupp narkomaner. En klar kollision sägs då ha uppstått mellan dessa patienters beteende och de kroniska patienterna. De senare »blev vilsna». Narkomanerna spelade popskivor och dominerade på ett sätt som medförde att de äldre patienterna slutade att besöka kursen. När detta upptäcktes delade man kursen i två grupper med olika tider. Senare slutade narkomangruppen att komma och kursen måste läggas ned för deras del.

Aktiviteter på vårdavdelningarna

Studerar man schemat för studieverksamheten hösten 1968 finner man att aktiviteterna är klart inriktade på kronikergrupperna. Det är huvudsakligen kronikeravdelningar som upptas i schemat och de viktigaste aktiviteterna där är av ett sådant slag att narkomaner på en kronikeravdelning inte gärna deltar: allsång, »besök av prat- och lyssnartanten» osv. Aktiviteterna på de slutna intagningsavdelningarna, där majoriteten av narkomaner vårdas, är relativt få. Två manliga intagningsavdelningar saknas helt på schemat. Bäst är kontakten med en kvinnlig intagningsavdelning där man har en lyssnargrupp i musik och en klädvårdsgrupp vardera en gång per vecka.

Enligt studieledaren är det ofta svårt att organisera verksamheter på vårdavdelningarna. De har lätt att »rinna ut i sanden». Mycket ofta blir anslutningen av patienter så dålig att projekten måste läggas ned. Försöken med jazzbalett på de kvinnliga låsta intagningsavdelningarna exemplifierar detta. Efter några gånger var det ytterst få som deltog. På en av avdelningarna deltog bara en patient, medan majoriteten av de övriga inte ville lämna rökrummet. Verksamheten måste därför läggas ned.

En svårighet är att kommunikationen inom sjukhuset inte fungerar tillfredsställande. Man tycker sig stå utanför vårdavdelningarnas planering och anser att socioterapiverksamheten på sjukhuset är outvecklad, dåligt fungerande och utan inslag

som skulle kunna attrahera narkomaner.

Följande orsaker till socioterapins svårigheter nämndes.

1. Ekonomin är bristfällig.
2. Ekonomisk information saknas, varför det blir mycket svårt att planera verksamheten. Organisationen blir dålig.
3. Lokalproblem.
4. Den otillfredsställande kommunikationen inom sjukhuset.
5. Dåligt stöd från studieförbunden.
6. Den tidigare ensidiga inriktningen på kronikerpatienter släpar efter trots försök att bryta kronikerdominansen.

15.14 *Öppna vården*

Intervju med öv:s överläkare, kurator och föreståndare

Beckomberga sjukhus har sedan den 1 april 1967 en organiserad öppen vård. En äldre vårdavdelning har byggts om till mottagning. Följande tjänster finns: en överläkare, 1½ kurator, 2 sekreterare, 2⅔ sjuksköterskor (en mottagningssköterska, en föreståndare för hjälpverksamheten och ⅔ provtagningssköterska).

Öppnavårdsläkaren har som patienter dels s. k. tillsynspatienter (av domstol dömda till öppen psykiatrisk vård) och dels patienter som nyligen skrivits ut från sjukhuset samt i undantagsfall patienter som själva tagit kontakt med öppna vården eller som kommit med remiss från läkare utanför sjukhuset. Efterkontroller av utskrivna patienter sköts dock som regel av respektive sjukhusklinik. Läkare från de olika klinikerna kan ta emot återbesök i öppna vårdens lokaler. En del av klinikerna har emellertid tidvis sviktat p. g. a. läkarbrist, varför öppnavårdsläkaren fått sköta en icke oväsentlig del av sjukhusets eftervård. 1968 gjordes ca 3 400 besök på öppna vården.

Öppna vården har också en hembesöksuppgift. Men behovet av hembesök har, anser man långtifrån kunnat tillgodoses. Hembesök görs nu bara mycket sporadiskt, huvudsakligen av kuratorerna.

Man anser att ett tillfredsställande arbete över huvud taget inte kan utföras med nuvarande personalstyrka. Öppna vården skulle t. ex. inte kunna klara sina tillsynsuppgifter om samtliga 88 tillsynspatienter hade skött sina ålagda kontakter. Nu har bara en mindre del av dessa patienter kommit på besök.

Av tillsynspatienterna är 20 narkomaner och av dessa har 4 eller 5 patienter hållit kontakten. Dessa patienter är inte bara bättre motiverade för kontakt än de som uteblivit. De är också enligt inhämtade uppgifter i en bättre social situation. De är klart bättre ställda då det gäller exempelvis tillgång på bostad och arbete.

Öppnavårdsläkaren har övertagit två narkomaner från doktor Åhströms patientgrupp. Dessa två patienter har en legal tilldelning av metadon.

Öppna vården betraktas som ett ytterst bristfälligt instrument för narkomanvård. I den nuvarande situationen har dess dominerande funktion i praktiken blivit en ren kontrollfunktion. Vid patienternas besök får man tillfälle att kontrollera deras allmäntillstånd, se att de inte är nedgångna och påverkade, höra hur de beskriver sin aktuella situation, försöka bedöma trovärdigheten i vad de säger, eventuellt ta kontakt med övervakare för kompletterande upplysningar, eventuellt ta urinprov för laboratorieanalys osv.

Möjligheterna att påverka patienternas attityder och beteenden anses som mycket små. Själva samtalen uppfyller visserligen ett mycket påtagligt behov hos de flesta av de narkomaner man haft på öppna vården – de är intensivt kontaktsökande, har en uttalad önskan att prata – men samtalens stödjande effekt är sannolikt mycket begränsad och någon egentlig insiktsterapi är det definitivt inte frågan om.

De viktigaste av de problem som man försöker angripa är brist på arbete eller annan sysselsättning, brist på bostad, brist på kontakter utanför narkomankretsen och brist på sådana intressen som antas kunna stimulera till andra kontakter och andra handlingar samt de ytterligare problem som tillkommer i perioder då patienten är i ett

försämrat psykiskt och fysiskt allmäntillstånd.

Möjligheten att ordna arbete eller annan lämplig sysselsättning är inte stor. Ofta blir det aktuellt att söka kontakt med arbetsvården. Men också denna möjlighet är begränsad. Dels är väntetiderna långa (upp till sex månader) och dels kan narkomanen få betydande anpassningssvårigheter också på arbetsvården, bl. a. p. g. a. olyckligt konstruerade patientgrupper. »De får ofta ingen sysselsättning vid sidan av knarket.»

Bostadsproblemen är också mycket svåra att attackera. Från bostadsförmedlingen kan man inte få någon hjälp såvida patienten inte stått den gängse tiden i bostadskön. Läkarintyg är ingen hjälp p. g. a. inflationen på läkarintyg. Narkomaner har dessutom mycket svårt att få och svårt att behålla vanliga hyresrum. Också möjligheterna att få plats på inackorderingshem är mycket begränsade. »Spjutet t. ex. viftar med kalla handen.» Sjukhusets eget inackorderingshem tar bara undantagsvis emot enstaka relativt välanpassade narkomaner.

Man har fäst sig vid många narkomaners synnerligen kontakthungriga attityd och vid deras brist på kontakter utanför narkomangruppen. Olika organisationer har därför kontaktats. Det finns t. ex. en mängd patientklubbar. De vill emellertid inte ha narkomaner. Riksföreningen för Mental Hälsa är t. ex. en av de föreningar som inte vill ta emot dem, detta med tanke på smittfaran. RFHL har meddelat att de f. n. inte kan hjälpa till.

När det gäller att stimulera patienterna till att utveckla olika intressen försöker man framför allt att få dem intresserade av olika kurser. De får ofta en mängd broschyrer och man försöker under samtal att få dem att söka någon av de kurser som broschyrerna erbjuder. Man har emellertid inte lyckats aktivera någon patient på detta sätt.

Om en patient blir ordentligt nedgången genom missbruket blir en tids sjukhusvistelse ofta nödvändig. Inläggning på mentalsjukhus betraktas emellertid som en mindre tilltalande möjlighet, speciellt om det måste ske mot patientens vilja. »Man kan ju inte erbjuda den sjukhusvård man önskar.» »Man kan inte garantera någon behållning av sjukhusvården.»

De intervjuade sade sig uppleva att de har mycket starkt begränsade möjligheter att hjälpa narkomanerna. Under samtalets gång uttrycktes ett antal önskemål om större resurser. Det gällde önskemål om ytterligare en läkartjänst, om en »patientvänorganisation», om härbärge för narkomaner, om en satsning på attraktiva sysselsättningsmöjligheter för narkomaner osv. Men osäkerheten inför situationen dominerade: »Man känner sig valhänt inför det här. Man känner behov av resurser, men vet inte vad det är för resurser man vill ha. Så är det.»

15.15 *Råckstahemmet*

Intervju med öppna vårdens överläkare och kurator

Råckstahemmet togs i bruk sommaren 1967 och fungerar som Beckombergas inackorderingshem för utskrivna patienter. Det har 30 enrumslägenheter, varav 29 används. Gemensamhetsutrymmen, t. ex. ett TV-rum finns. En föreståndare tjänstgör under dagtid. Hans arbetsuppgifter är ännu inte preciserade. Hemmets funktion har nämligen setts som en försöksverksamhet. Det har hittills ansetts att föreståndaren skall vara passiv i relationen till hyresgästerna. Ursprungligen hade man tänkt sig att vistelsen på hemmet skulle vara en prövningssituation, där frågeställningen skulle vara om patienterna skulle kunna klara en vanlig hyressituation. Förhållandena på hemmet skulle alltså likna ett ordinärt hyresförhållande. Vistelsetiden maximerades bl. a. därför till 6 månader.

Sjukhusets behov av sådana prövningar har emellertid till stor del tömts. Patientmaterialet på Råckstahemmet och urvalsprinciperna har därmed ändrats. Nya motiv för att placera patienter på Råckstahem-

met har tillkommit. Detta har medfört att andra krav på hemmet har tillkommit. Behovet av terapiverksamhet och av gemensamhetsaktivitetet, dvs. kravet på en situation som skiljer sig från ett vanligt hyresförhållande har aktualiserats. Tidigare regler för hemmet har blivit mogna för omprövning, men fungerar fortfarande formellt.

Tre narkomaner har bott på hemmet. Två av dessa har återfallit i missbruk och tvingats lämna hemmet. En patient som på grund av återfall återintagits på sjukhuset kan exemplifiera problematiken.

Det gäller en kvinnlig intravenös missbrukare som levt under mycket svåra sociala förhållanden och som efter utskrivningen från sjukhuset »skulle gå ned sig i träsket om man inte ordnade någonting». Man bedömde att det fanns möjligheter för henne att klara sin situation om man kunde ordna en hygglig bostad och ett deltidsarbete. Man lyckades ordna ett arbete och en lägenhet på Råckstahemmet. Hon klarade sig en tid och det hela såg då ut att gå bra. Men hon återföll i missbruk. Hon hade då etablerat kontakter med några kvinnliga icke-narkomaner på hemmet, relationer i vilka hon tagit en synnerligen auktoritär och dominerande »mammaroll». »Hon drog med sig de två flickorna till knarkarnästen på lördagar och söndagar.» Sedan hon återintagits på sjukhuset, har de två andra patienterna troligen slutat att missbruka.

Det är emellertid inte bara narkomaner som bor på hemmet som på detta sätt kan påverka andra hyresgäster. Också narkomaner utifrån kan »fungera som smitthärdar». Många hyresgäster får naturligtvis besök av patienter som de varit tillsammans med under sjukhustiden, och dessa besökande kan självfallet vara narkomaner. Nyligen fick en icke-narkoman i sin lägenhet på hemmet en »jungfrusil» av en narkoman som hon lärt känna på sjukhuset.

15.16 *Avslutande diskussion*

På psykiatriska sjukhus upplevs narkomaner som en mycket problematisk grupp. Vid försök att analysera problemen kring dem kan man ta upp tre aspekter på deras beteende, aspekter som inte utesluter varandra.

1. Intrapersonella aspekter. Man betraktar egenskaper hos patienten som orsaker till hans beteende. Man kan då precisera orsakerna som t. ex. hereditära orsaker, hjärnskador, giftpåverkan, nedsatt stresstolerans, bristande uthållighet, behandlingsovilja och normbrytartendens.

2. Interpersonella aspekter. Man ser orsaker till patientens beteende i problematiska relationer mellan honom och andra individer och studerar dessa relationer så att också t. ex. föräldrar, kamrater, vårdpersonal och läkare betraktas som medagerande.

3. Strukturella aspekter. Man ser orsaker till patientens beteende i den sociala strukturen. Denna har tilldelat olika individer olika uppsättningar av roller. Man ifrågasätter dessa roller, dvs. den sociala organisationen. Man ser t. ex. konflikter inte enbart som ett iakttagbart konfliktbeteende, utan huvudsakligen som oförenliga intressen, vilka är inbyggda i strukturen och vilka definieras oberoende av aktörernas uppfattning av sin situation.

Sjukhuset som organisation har p. g. a. nuvarande strukturella förhållanden mer eller mindre begränsade möjligheter att lösa de problem som blir aktuella. Det begränsade antalet handlingsalternativ som befattningshavarna har tillgång till styr sättet att formulera de frågor som ställs och de definitioner som görs.

Det är de intrapersonella aspekterna på problemen som är lättast att ta sig an och som bäst motsvarar resurserna till handlingar: medicinering vid orostillstånd, isolering från det gift som patienten är beroende av osv.

När handlingsmöjligheterna såsom nu är begränsade kan de intrapersonella aspekterna också fungera som skydd. Man kan skyla över vissa sidor av patientens situation genom att enbart ta upp intrapersonella problem: patienten klagar därför att han är kverulant, han läggs i bälte därför att han befinner sig i ett orostillstånd. Man kan inför patienten tillbakavisa krav genom att hänvisa till hans sjukdom och man kan förklara

misslyckade resultat med hänvisning till patientens behandlingsovilja och behandlingsresistens.

De intrapersonella aspekterna kan således undanskymma övriga aspekter på problematiken, de interpersonella och de strukturella, för vilka resurserna är sämre. Man har mycket små resurser att ägna sig åt de komplexa problem som rör kommunikationen inom avdelningarna. Man har svårt att ägna sig åt avdelningskonflikter genom att ta upp och bearbeta alla parters interaktion. Detta kan kraftigt bidra till ett repressivt beteende. Man måste lösa problemen inom strukturens ram. Man kan inte lösa dem genom radikala förändringar av den sociala strukturen.

Dessa begränsningar påverkar synen på vad som sker när »narkomaner vänder upp och ned på avdelningen». Om man tar fasta på den strukturella aspekten på problemet kan man se narkomanerna som en grupp patienter som gör en latent strukturell konflikt manifest. Narkomanernas beteende, deras krav på samtal, friheter, service och integritet ses då mot bakgrund av sjukhusets funktionssättt, de opersonligt normativa och repressiva dragen och de begränsade möjligheterna att erbjuda patienterna en meningsfull sysselsättning och möjligheter till egna initiativ. Men de som arbetar på sjukhuset och som har till uppgift att lösa de konflikter som uppstår där har av naturliga skäl svårt att ta fasta på den strukturella aspekten, eftersom de måste arbeta inom strukturens ram.

Løchen säger angående detta, att det psykiatriska sjukhuset behöver »en mekanism som kan dämpa verkningarna av kollisionen mellan ideal och roller, ideologi och system». Han kallar denna mekanism för »den diagnostiska kulturen». »Den diagnostiska kulturen är ett medel för att beskriva livet på sjukhuset så att man kan bevara intrycket av att ideologin genomförs och att de grundläggande avtalen mellan sjukhus och samhälle inte behöver en revision.»

Sjukhuset skulle alltså på grund av sina mycket begränsade möjligheter att bearbeta de strukturella sidorna av konflikterna försöka att behålla idealbilden av sig själv intakt. Detta skulle kunna leda till inte bara att patientens krav och reaktionssätt förklaras som oberättigade och patologiska medan sjukhusets krav och reaktionssätt inte ifrågasätts, utan också till att narkomanerna mer generellt får tjänstgöra som systemets syndabockar: svårigheterna i systemet beror inte på diskrepansen mellan idéer och verklighet, utan på narkomanernas intrapersonella egenskaper, deras våldstendens, passivitet, sabotagebenägenhet osv.

Konflikter mellan patient och sjukhus löses för närvarande på ett mycket begränsat antal sätt. Viktigast är de negativa sanktionerna i form av rörelseinskränkningar: indragna friheter och andra inskränkningar av patientens valmöjlighet. Med sådana sanktioner kan man visserligen riskera att höja konfliktnivån, men som regel lyckas man snart undertrycka det icke önskade patientbeteendet. En intervjuad läkare förklarade att patienterna blev lugnare när antalet valmöjligheter var mycket begränsat och påpekade att frustration alltid har med val att göra. Ett annat viktigt sätt att lösa konflikter är att avlägsna patienten från sjukhuset. Han kan bli utskriven eller flyttad till annat sjukhus.

Det är angeläget att uppmärksamma sjukhusets reaktionssätt vid konflikter patient–sjukhus bl. a. för att undersöka i vilken utsträckning konflikterna och åtgärderna tolkas så att interpersonella och strukturella aspekter utelämnas och hur sådana tolkningar utformar planeringen av den framtida vården.

Løchens resonemang om den »diagnostiska kulturen» innebär bl. a. att svårigheterna i den psykiatriska sjukvården ofta blir förklarade så att orsakerna söks hos den enskilda befattningshavaren eller patienten. Løchen menar att orsakerna främst måste sökas i strukturella förhållanden och ej i befattningshavarens personliga egenskaper.

Det har tidigare påpekats att vårdpersonalens arbete är präglat av en distans till

patienterna, men också att orsakerna till skötargruppens beteende främst måste sökas i sjukhusstrukturen, vilken tilldelar denna personalgrupp en yrkesroll som är så fylld av motsättningar att skötarnas nuvarande beteende måste ses som en rimlig anpassning till de institutionella problemen.

Det är i detta sammanhang viktigt att framhålla att högre beslutsfattare på psykiatriska sjukhus sannolikt har mycket begränsade möjligheter att utforma sjukhusets struktur. Också dessa personers svårigheter måste belysas genom en strukturell analys.

Både Sten Johansson och Yngvar Løchen påpekar att sjukhusets organisation, dess sociala struktur och dess funktion formas av bl. a. de mål och resurser som skapas *utanför* sjukhuset. För att mer ingående studera de strukturella problemen måste det psykiatriska sjukhusets relationer till andra institutioner (sjukhus, socialvård, nykterhetsvård, barnavård, kriminalvård etc.) undersökas. Sådana aspekter skulle kunna kallas inter-institutionella. Men för att klargöra dessa förhållanden måste man också studera den sociala struktur i vilken institutionerna fungerar.

Dessa förhållanden och relationer som inte belysts i rapporten är viktiga att klargöra då man försöker att skapa sig en bild av de psykiatriska sjukhusens nuvarande funktion och deras utvecklingsmöjligheter. Gör man inte det, kan man komma att göra samma typ av felslut då man bedömer institutioner som då man bedömer individer utan att ta hänsyn till interpersonella och strukturella aspekter.

16 Rapport från mottagningen för läkemedelsmissbrukare i Stadshagen, Stockholm, angående verksamheten 26/1 1966—31/1 1969

L. Ljungberg, docent, C. Bjerkenstedt, fil. kand., och E. Sarap, fil. kand. i samarbete med sjuksköterskan M. Björn och kanslibiträdet A. Fridén

16.1 *Personal och lokalförhållanden m. m.*

Vissa preliminära synpunkter beträffande verksamheten vid mottagningen har lämnats i en tidigare rapport till narkomanvårdskommittén, delvis refererad i SOU 1967: 25 s. 118. Arbetet har även fortsättningsvis bedrivits med samma personella och lokalmässiga förutsättningar som under det första året i lokaler som Stockholms stads sjukvårdsstyrelse ställt till förfogande, adress Stadshagsvägen 5, Stockholm.

Detta har inneburit, att verksamheten fått begränsas till en onsdagseftermiddag i veckan, varvid 2 läkare arbetat på deltid cirka 4–5 timmar. En kurator har tjänstgjort på halvtid. Mottagningen har därjämte varit bemannad med en sjuksköterska och ett skrivbiträde på deltid. En i staten upptagen befattning för en skötare har inte kunnat besättas. Någon psykolog har ej ingått i staben, vilket rimligen bör vara fallet vid en mer utbyggd verksamhet. Med hänsyn till det dåliga skick missbrukarna som regel befinner sig i, när de kommer till mottagningen, föreligger begränsade möjligheter för psykologen att göra en insats i ett inledande skede. Däremot bör psykologens insatser vara av värde i den mån allt fler patienter blir giftfria och möjligheten att genomföra psykoterapi ökar.

Någon ytterligare utbyggnad av verksamheten under de gångna åren har ej kunnat ske av flera skäl. Lokalerna har varit trånga och ej medgett någon utökad verksamhet. Vidare har den begränsade tillgången på kompetent personal lagt hinder i vägen. De vid mottagningen arbetande läkarna har haft sin huvudsakliga tjänstgöring förlagd till Beckomberga sjukhus, medan den övriga personalen enbart varit knuten till mottagningen. Trots svårigheter att vissa tider hålla båda läkartjänsterna besatta, har den övriga personalen under flera år varit densamma. Efter hand har vissa befattningshavare slutat i och med övergång till högre tjänst vid annan narkomanvårdande verksamhet i Stockholm.

16.2 *Patientmaterialet under 3-årsperioden*

Mottagningen har besökts av sammanlagt 306 personer, därav 236 män (77,1 %) och 70 kvinnor (22,9 %). De fördelar sig på ålder och kön på sätt som framgår av tabell 1.

Ålderskategorin 20–24 år uppvisar det största antalet drogmissbrukare, uppdelat på såväl kön som sammanslaget till en grupp (37,6 %). Den därnäst frekventa gruppen är för män ålderskategorin 25–29 år (16,9 %) och för kvinnor – 19 år (22,9 %). Därnäst kommer ålderskategorin 25–29 för båda könen. Missbruksgruppen över 40 år utgör endast mellan 5 och 7 % av samtliga.

Några särskilda principer har ej tilläm-

Tabell 1. Ålder och kön.

Ålder	Män		Kvinnor		Totalt åldersgrupper	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
—19	34	14,4	16	22,9	50	16,3
20—24	89	37,7	26	37,1	115	37,6
25—29	40	16,9	13	18,6	53	17,3
30—34	32	13,6	5	7,1	37	12,1
35—39	24	10,2	6	8,6	30	9,8
40 eller äldre	17	7,2	4	5,7	21	6,9
Sämma	236	100,0	70	100,0	306	100,0

Medelålder
Män = 26,6 år
Kvinnor = 25,3 år
Pop. = 26,3 år

pats vid patienturvalet. I vår ovan nämnda rapport till narkomanvårdskommittén framhölls visserligen, att en viss restriktivitet iakttagits under det första halvåret av vår verksamhet, när det gällt att ta emot patienter med mer uttalad kriminell belastning. Detta motiverades då med, att vi i början ansåg våra kontakter med kriminalvårdens eftervårdsorganisation vara för dåligt utbyggda. Denna inställning har vi senare frångått.

Detta innebär, att patientmaterialet ej kan betraktas som utvalt efter några särskilda principer utan får anses representativt för patienter, som frivilligt söker vid en öppen mottagning för drogmissbrukare. Vad ålderssammansättningen beträffar ligger, som framgått av tabellen, tyngdpunkten i de yngre ålderskategorierna på sätt som förefaller vanligt bland missbrukare i ett storstadsområde. De allra yngsta – främst då tonårsklientelet – synes emellertid efter hand i ökad utsträckning ha sökt sig till Mariakliniken, vars resurser utbyggts under senare år.

16.2.1 Besöksfrekvensen

Antalet nybesök utgjorde 1966 135, 1967 98 och 1968 59. Totala antalet nybesök och återbesök under de 3 åren har varierat mellan 550 och drygt 700. Att antalet nybesök visar en avtagande tendens torde sammanhänga med att mottagningen efter hand fått ett allt större antal tidigare patienter (återbesök) som konsumerat huvuddelen av mottagningstiden. Men eftersom inte några fall har avvisats, torde också den ökade kapacitet som tillkommit genom Mariakliniken, specialkliniken vid Rålambshovs sjukhus och särskilda konsulter vid Roslagstulls sjukhus ha bidragit till att minska den belastning som rådde på mottagningen 1966–1967.

En annan aspekt bör även beröras i detta sammanhang, nämligen drogmissbrukarnas benägenhet att utebli från beställd konsultationstid. Under 11 månader 1966 uteblev sålunda 149 patienter från avtalad tid, under 1967 232 och under 1968 181 patienter. I deras ställe infann sig i växlande antal andra, som behövde hjälp, men arbetet har ändock förryckts på ett sätt, som gjort belastningen synnerligen ojämn. Vissa dagar har mottagningen kunnat besökas av 20–22 patienter medan antalet andra dagar uppgått till mindre än 10. För att reducera dessa olägenheter så mycket som möjligt, har vi nödgats kalla patienterna till mottagningen med relativt täta tidsintervall.

16.2.2 Vilka motiv leder drogmissbrukaren att söka vård?

Över $^2/_3$ av våra patienter har sökt kliniken för hjälp med avvänjning. Att utifrån denna siffra dra någon slutsats om klientelets

vårdmotivation är omöjligt. Cirka en femtedel har sökt för att erhålla s.k. legal förskrivning av läkemedel. Övriga har kontaktat oss för att främst erhålla vård på psykiatriskt sjukhus.

16.2.3 Hur har kontakten etablerats med mottagningen?

30,7 % av patienterna har kommit via läkare i enskild eller allmän tjänst. Genom anhörigas försorg har 27,8 % av klientelet sökt vår hjälp. Endast 17 % av patienterna har sökt kliniken på »eget initiativ». Övriga har sökt genom förmedling av arbetsgivare, kuratorer, socialassistenter vid nykterhetsnämnden eller andra s. k. nyckelpersoner. De utgör sammanlagt 24,6 %. Av våra uppgifter att döma synes sålunda det sociala trycket från omgivningen mera ofta än det »egna initiativet» föra drogmissbrukaren till oss. Det är med dessa siffror som bakgrund lättare att påvisa drogmissbrukarens i allmänhet låga motivationsgrad för vård.

16.2.4 Missbruksmönster hos materialet

Vilka medel brukas av Stadshagsklientelet och vilket intagningssätt är det vanligaste förekommande? Finns det skillnader i missbrukssätt mellan olika ålderskategorier eller sociala kategorier? För att kunna besvara dessa frågeställningar, har uppgifter inhämtats varvid den av narkomanvårdskommittén använda blanketten har följts med undantag av att kategori 4 och 5 sammanslagits till sömn + rogivande medel. Dessutom har kategori 7 rubricerats som »okänt medel». Missbruksmedlens fördelning på olika ålderskategorier visas av tabell 2 och diagram.

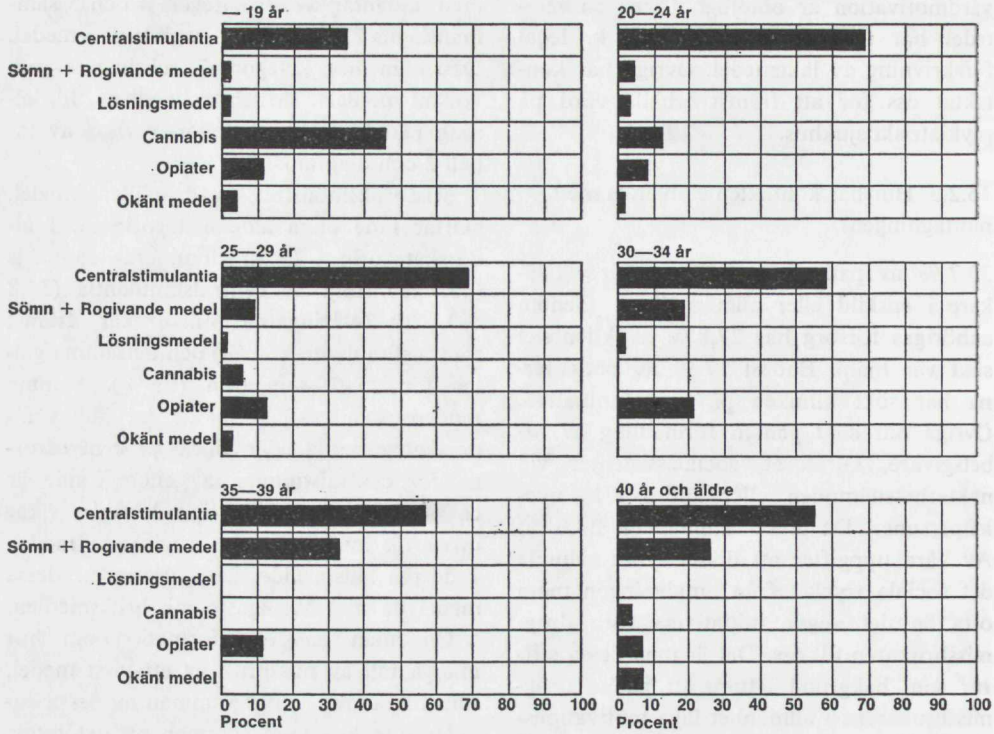
Missbruksmönstret, vad gäller medel, skiftar i de olika ålderskategorierna. I ålderskategorin – 19 år dominerar cannabis (45,7 %), följt av centralstimulantia (34,8 %). 20–24-åringarna missbrukar främst centralstimulantia (69 %) och detsamma gäller för 25–29-åringarna (69 %). Samma tendens kan iakttas för de tre äldsta ålderskategorierna, där dock procentsiffrorna för centralstimulantia genomgående är ca 10 % lägre. Med stigande ålder ökar missbruk av sömn- och rogivande medel. I de två äldsta ålderskategorierna är dessa medel de näst vanligaste missbruksmedlen.

Om man önskar information om hur många fall av missbruk av ett visst medel, som förekommer, blir summan av dessa enheter inte lika med summan av det totala antalet individer, då en individ kan använda flera olika medel. Antalet missbruksmönster i vår rapport är 427, fördelade på 306 individer.

Ett rimligt antagande är, att det intravenösa missbruket är relativt vanligare bland etablerade missbrukare än hos nybörjare. Injektionsförfarenhet kan förmodas vara ett kriterium på ett mera avancerat stadium i missbrukskarriären. Detta antagande besannas hos Stadshagsklientelet, vilket ta-

Tabell 2. Missbruksmedel och ålder

Missbruksmedel	Ålder—19		20—24		25—29		30—34		35—39		40 eller äldre		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Cannabis	21	45,7	23	12,1	4	5,4	—		—		1	3,7	49	11,5
Opiater	5	10,9	17	8,9	9	12,2	11	20,8	4	10,8	2	7,4	48	11,2
Centralstimulantia	16	34,8	131	69,0	51	69,0	31	58,5	21	56,8	15	55,5	265	62,1
Sömn + Rogivande medel	1	2,2	9	4,7	7	9,5	10	18,9	12	32,4	7	25,9	46	10,8
Lösningsmedel	1	2,2	7	3,7	1	1,4	1	1,9	—		—		10	2,3
Okänt medel	2	4,4	3	1,6	2	2,8	—		—		2	7,4	9	2,1
Summa	46	100,2	190	100,0	74	100,3	53	100,1	37	100,0	27	99,9	427	100,0



bell 3 visar.

Av tabellen framgår vidare den höga andelen injicerande inom ålderskategorin 20 –24 år (46,3 %). Även vid per oral intagning och vid inhalation dominerar denna ålderskategori. Vid stigande ålder tenderar injicerandet relativt att avta till förmån för per oral intagning. *Detta torde förmodligen sammanhänga med att äldre missbrukare i högre grad än de yngre är mer traditionsbundna beträffande sitt val av missbruksmedel.*

I syfte att söka utröna graden av tillvänjning är missbrukets varaktighet av intresse. Tabell 4 ger information om detta.

Cirka 30 % av klientelet har missbrukat läkemedel 1 år eller mindre. Av dessa återfinns huvuddelen (84) inom de tre yngsta ålderskategorierna. Över 10 % av missbrukarpopulationen har missbrukat i 9 år eller längre. Till denna kategori hör bl. a. ett antal svåra opiatmissbrukare, som trots ett flertal sjukhusvistelser, ej kunnat avvänjas och som sökt främst för att erhålla s. k. legal förskrivning av läkemedel. Bland dessa har även påträffats 2 fall av avancerat

Tabell 3. Ålder och intagningssätt.

Ålder	Injektion		Per os		Inhalation	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
—19	22	7,4	2	2,8	22	39,3
20—24	138	46,3	21	29,2	31	55,4
25—29	56	18,8	15	20,8	4	5,4
30—34	40	13,4	13	18,1		
35—39	25	8,4	12	16,7		
40 eller äldre	17	5,7	9	12,5		
Summa	298	100,0	72	100,1	56	100,1

Tabell 4. Ålder och duration.

Ålder	Missbrukets duration (antal år) för 283 patienter där uppgift erhållits								
	0—1	2	3	4	5	6	7	8	9 eller längre
19	31	10	5	4	—				
20—24	40	22	—	11	6	4	2	3	4
25—29	12	10	6	2	5	1	2	3	12
30—34	3	5	9	—	4	1	2	3	10
35—39	5	3	8	3	1	–	—	2	8
40 eller äldre	5	3	4	—	—	2	1	1	5
Summa	96	53	32	20	16	8	7	12	39

missbruk av codein-fosfatkakor. Sjukhistorierna återges här nedan.[1]

1. Man, 29 år. Tidigt faderlös. Missbruk av codeinfosfatkakor, sedan mer än 3 år. Ursprungligen visst missbruk av alkohol, sedan 1959 missbruk av preludin och andra centralstimulantia. Efter att i 4 år ha använt centralstimulerande medel övergått till codeinfosfatkakor i doser om ca 200 pr dag. Missbruket debuterade i anslutning till personliga svårigheter. Kände sig lugn och avspänd efter en dos på ca 25 tabl. men fick vid högre doser hallucinatoriska upplevelser. Haft svåra abstinensbesvär särskilt i samband med utomlandsvistelser med smärtor i armar och ben på grund av ojämn tillgång till tabletter, förenade med en känsla av frossa. Vårdad å psykiatriskt sjukhus 2 gånger, men har ej kunnat avvänjas. Under ambulant behandling kunde doserna sänkas till 90 kakor per dag. Besökte under 1966 mottagningen relativt ofta, men släppte sedan kontakten med oss. Vid efterundersökning visade det sig, att patienten avlidit genom suicidium.

Diagnos: Persona pathologica.

Dödsorsak: Suicid, drunkning.

2. Man, 34 år. Uppväxt i ett hem med slitningar mellan föräldrarna, som sedermera skildes. Började efter skolans slut spela som amatör, men övergick sedermera till att utöva yrket som professionell. Började dricka alkohol vid 15 års ålder och gjorde sig skyldig till ett par fylleriförseelser. Missbrukade en kortare tid meskalin, men återgick sedan till alkohol. Försökte sedan sluta med detta, började i nästan omedelbar anslutning härtill använda codeinfosfatkakor och kom snabbt upp i en dos av 200–250 per dygn. Upplevde detta som en förbättring jämfört med spriten, ansåg sig leva mer socialt och kunde lättare sköta sitt arbete. Dock plågad av obstipation och måste vid ett tillfälle akut sändas till kroppssjukhus på grund av blödande hämorroider. Har gjort flera försök att sluta, men får då abstinensbesvär med svettningar, oro, känner sig »skakis», får värk i benen och andnöd. Under ambulant behandling erhåller han istället tabl. metadon à 5 mg. × 3, varvid codeinfosfatdosen efterhand kan reduceras för att till sist helt utsättas. Vi medverkade även till intagning å psykiatriskt sjukhus, där avvänjning skedde, varefter den polikliniska efterkontrollen fortsatte. I eftervården ingick även en tids vistelse å en stiftsgård. Fri från drogmissbruk vid observationstidens slut.

Vad missbruk av cannabis beträffar förekom detta under vårt första verksamhetsår endast i några enstaka fall. Däremot tenderade antalet cannabismissbrukare att öka under första halvåret 1967, varvid 16 patienter med detta missbruk registrerades. Detta trots att cannabismissbruket till stor del börjat uppträda i Stockholm redan 1965. Enligt vår erfarenhet har av dessa missbrukare några få helt slutat, medan andra efter kortare eller längre tid övergått till att istället använda centralstimulerande medel. Missbruk av cannabis har i några fall utvecklats till ett relativt svårt beroende, vilket må belysas av följande fall.

Man, 20 år. Ogift studerande. Fadern död när pat. var 3 år. Omhändertagen av sin mor, som är sjukpensionerad på grund av kroppssjukdom. Uppvuxen som enda barnet under knappa ekonomiska villkor. Efter avslutad skolgång genomgått viss hantverksutbildning. Svårigheter under studierna på grund av oppositionell läggning, bl. a. en gång slagit ner en lärare. Började röka haschisch 3 år före kontakten med oss. Vill nog bli fri från det, men kan inte, »kroppen vill liksom ha giftet». »Genom rökning blir man vän med alla, man blir lugn, allt blir skönt.» Medger dock att upp-

[1] Patientberättelserna får *ej* återges i massmedia.

Tabell 5. Socialgrupper och kön.

Soc. grpr	Män		Kvinnor		Totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Soc. grp I	7	3	1	1,4	8	2,6
Soc. grp II	25	10,6	4	5,7	29	9,5
Soc. grp III	203	86,0	65	92,9	268	87,6
Okänt	1	0,4	—	—	1	0,3
Summa	236	100,0	70	100,0	306	100,0

levelserna växlar och inte alltid är positiva. Vid besök på mottagningen verkar han trött, sliten och mager, gör ett nästan härjat intryck, har svårt sitta stilla. Grundstämningen dysterpessimistisk. Enligt modern magrat nära 10 kg., slutat studera, springer mest ute, röker varje dag, måste ha hasch till varje pris. Vid ett tillfälle befunnit sig i ett hallucinatoriskt tillstånd och då varit nära att hoppa ut från en balkong. Efter ca 3 månader förlorar vi kontakten med patienten.

16.2.5 Missbrukarens sociala situation

Det har varit vår ambition att också belysa materialet ur social synvinkel med hjälp av relevanta sociala bakgrundsdata såsom uppgifter om bl. a. socialgruppstillhörighet, civilstånd, bostadssituation och arbetssituation. Vid indelningen i *socialgrupper* har klassificeringen grundats på den av statistiska centralbyrån utgivna yrkeslistan. Fördelningen framgår av tabell 5.

Tabell 5 visar det dominerande inslaget av socialgrupp III fördelat på såväl kön som sammanslaget till en grupp. Sålunda föreligger en tydlig överrepresentation av denna socialgrupp jämfört med en normalpopulation, där cirka 50 % av befolkningen beräknas höra till denna socialgrupp. Man bör observera att någon könsskillnad ej kan påvisas, vad avser socialgruppstillhörigheten.

Tabell 6. Civilståndsfördelningen.

Civilstånd	Antal	‰
Ogift	213	69,6
Gift	49	16,0
Frånskild	42	13,7
Änka/Änkling	2	0,6
Summa	306	99,9

Andelen ogifta är påfallande hög (69,6 %). Missbrukspop. uppvisar avvikelser från totalpop. för samtliga ålderskategorier vad avser civilståndsfördelningen. Andelen ensamstående (ogifta + frånskilda) är väsentligt högre för ålderskategorierna 20–24 år resp. 25–40 år i missbrukspop. än i totalpop., vilket tabell 7 visar.

Vid en kartläggning av våra patienters bostadssituation, måste denna givetvis ses i relation till bristsituationen i övrigt i samhället. Med hänsyn till den åldersfördelning, som tidigare presenterats, finner man en stor andel, 44,4 %, boende hos sina föräldrar. Anmärkningsvärt är emellertid, att endast enstaka patienter vid samtal med kuratorn angivit hjälp med anskaffande av bostad som skäl för kontakt med mottagningen.

Tydligen är missbrukarnas möjligheter att ekonomiskt realisera en bostad ytterligt begränsade. Detta torde säkert kunna sättas i samband med arbetssituationen. För att ge svar på frågan om arbetssituationen har patienternas egna intervjusvar använts. Dessutom har uppgifter inhämtats om åtnjutande av socialhjälp samt uppgifter om sjukpenningplacering. Det senare för att öka tillförlitligheten av våra uppgifter.

Då större delen av missbrukspopulationen är intravenösa missbrukare av centralstimulerande medel, har arbetssituationen korstabulerats med intagningssättet som tabell 9 visar.

Inom gruppen »har arbete» föreligger en dominans för per orala drogmissbrukare (44 %), följd av inhalation-kategorin (34,1 %). Sämsta förutsättningen att sköta ett arbete tycks föreligga för intravenösa

Tabell 7. Civilståndsfördelningen inom resp. ålderskategori (procenttal).

	—19 år				20—24 år				25—40 år el. äldre			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
Civilstånd	MP	TP	MP	TP	MP	TP	MP	TP	MP	TP	MP	TP
Ogift	100,0	99,8	100,0	96,2	89,9	80,7	84,6	57,4	45,5	22,4	35,7	12,1
Gift	—	0,3	—	3,7	9,0	19,1	7,7	42,0	28,6	74,6	25,0	83,1
Frånskild	—	—	—	—	1,1	0,1	7,7	0,6	25,9	3,0	35,7	4,9
Änka/Änkling	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Förklaringar: MP=missbrukspop. TP=totalpop. består av folkräkningen 1965.

Tabell 8. Kön och bostadssituation.

Bostad:	Egen		Inneb.		hotell		hos föräldr.		Saknar bostad			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	S:a	%
Män	56	23,7	46	19,5	12	5,1	110	46,6	12	5,1	236	100,0
Kvinnor	22	31,4	12	17,1	6	8,6	26	37,1	4	5,7	70	99,9
Summa	78	25,5	58	19	18	5,9	136	44,4	16	5,2	306	100,9

Tabell 9. Arbetssituation och intagningssätt.

Intagningssätt:	Inhalation		Injektion		Per os		Summa	
Arbetssituation	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Har arbete	14	34,1	69	29	12	44,4	95	31
Saknar arbete inkl. (stud. hemmafru, pensionär)	27	65,9	169	71	15	55,6	211	69
Summa	41	100,0	238	100,0	27	100,0	306	100,0

Tabell 10. Sjukpenningklassificering i materialet.

Sjukpenning-klasser	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Summa
Män	38		18		1	1	4	4	5	7	5	13	13	13	27	18	16	15	7	3	1	208
Kvinnor	19	5	3				1	1	1	1	8	5	8	3	1	1	1					58
Summa	57	5	21		1	1	5	5	6	8	13	18	21	16	28	19	17	15	7	3	1	266

	Sjukpen-ningklass	Tillhör ej S.A.F.	Sjukpension	Avlidna	Okänt	Summa
Män	208	9	7	8	4	236
Kvinnor	58	4	3	3	2	70
Summa	266	13	10	11	6	306

30—914398

Tabell 11. Socialhjälp.

	Före missbruk	*Under* missbruk	*Ej* soc. hj.	Okänt
Män	50	124	56	6
Kvinnor	14	30	22	4
Summa	64	154	78	10

missbrukare (29 %). Ser man till gruppen »saknar arbete», föreligger här en jämnare fördelning missbrukskategorierna emellan, vilket belyser drogmissbrukarens stora problem på arbetsmarknaden.

Det stora antalet 0-klassade individer i materialet anger, att många ej varit i arbete under drogmissbruket. Denna siffra (57) är sannolikt för låg med hänsyn till viss eftersläpning vid registrering.

Över $^2/_3$ av patienterna har sålunda åtnjutit socialhjälp antingen före eller under missbruket. *Större delen av patienterna, 154, uppbär socialhjälp under pågående missbruk, dvs. över 50 %.*

16.2.6 Förekomst av hepatit i materialet

De senaste årens intravenösa drogmissbruk har medfört att allt fler personer drabbats av s. k. inokulationshepatit. Under åren 1966–1967 uppträdde dessa fall relativt sparsamt bland våra patienter, men under 1968 har antalet fall kraftigt ökat. I början av vår verksamhet fick den på mottagningen tjänstgörande sjuksköterskan i diagnostiskt syfte ta blodprov, som sedan analyserades vid kliniska laboratorier, Beckomberga sjukhus. Under 1968 övergick vi emellertid regelmässigt till att remittera patienter, som kunde misstänkas ha gulsot, för provtagning och bedömning vid Roslagstulls sjukhus. Främsta orsaken till vår förändrade praxis var givetvis de större resurser som Roslagstulls sjukhus besitter. Till beslutet bidrog också de trånga och därför mindre tillfredsställande lokaler vi disponerar med risk för överföring av smitta i samband med blodprovstagning.

Vid sammanställning av vårt material har vi erhållit uppgifter beträffande de av våra patienter, som sökt vid Roslagstulls sjukhus och därvid diagnostiserats som inokulationshepatiter. Därjämte förekommer ytterligare några fall som behandlats för hepatit vid andra infektionssjukhus utanför Stockholmsområdet. Sålunda diagnostiserade fall ha rubricerats som »säkra fall». Därjämte förekommer ett antal fall, där i anamnesen förekommit uppgifter om symtom, som gör det sannolikt att antaga förekomsten av hepatit, men där patienten inte regelmässigt konsulterar läkare. Dessa fall har betecknats som osäkra fall. Med tillämpning av sålunda redovisade kriterier har resultatet av denna bedömning utfallit på sätt som framgår av tabell 12.

Resultatet visar således, att om säkra och osäkra fall sammanräknas, 51,7 % av männen och 45,7 % av kvinnorna ådragit sig hepatit, sedan deras missbruk debuterade. Grovt räknat innebär detta, att varannan missbrukare drabbats av denna sjukdom. Fördelningen på kön är tämligen jämn.

Det är mot bakgrunden av detta resultat

Tabell 12. Kön och hepatit (Gulsot); absoluta- och procenttal.

	Säker hepatit		Misstänkt hepatit		Ej hepatit		Summa	
Kön	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Män	111	47	11	4,7	114	47,9	236	100,0
Kvinnor	28	40	4	5,7	38	54,3	70	99,9
Summa	139	45,4	15	4,9	152	49,7	306	100,0

uppenbart, att ett intimt samarbete bör utvecklas mellan en mottagning för drogmissbrukare och närbelägna infektionssjukhus. *Ett sätt att lösa problemet är, att på sätt som redan skett vid Roslagstulls sjukhus, knyta psykiatrer till infektionsklinikens öppna mottagning.* Genom en sådan lösning underlättas också det samarbete med blodgivarcentralen, som är erforderligt för att förhindra att drogmissbrukare i samband med blodgivning för smittan vidare.

16.2.7 Förekomst av alkoholism i materialet

Det är ej ovanligt att bland drogmissbrukare träffa på individer, som i sin förhistoria uppvisar ett uttalat alkoholmissbruk. Sålunda fann Anchersen (1947) i ett material av morfinmissbrukare i Norge 40 % alkoholister. Retterstöl och Sund (1964) påvisade, att 40 % av drogmissbrukarna i deras material hade alkoholproblem. Omvänt gäller att hos många alkoholsjuka inte sällan påträffas missbruk av lugnande och rogivande medel. Åmark (1951) fann dock i ett representativt material bestående av 644 alkoholister endast 12 % (75) drogmissbrukare, vilket denne ansåg vara ett sent symtom i den kliniska bilden vid alkoholism. I sjukhusenkäten (SOU 1967: 25 sid. 101) har alkoholmissbruk angivits som en intagningsdiagnos i 11,2 % av fallen.

I vårt eget material har vi försökt att bestämma förekomsten av alkoholmissbruk, varvid vi tillämpat den definition Tähkä (1966) använt. »Alkoholism är ett beteendemönster, som objektivt karakteriseras av ett periodiskt eller kontinuerligt bruk av alkohol i större mängder, vilket påverkar individens sociala relationer, hans ekonomi eller fysiska kondition på ett sätt, som kan betecknas som skadligt och subjektivt genom oförmåga eller bristande vilja att sluta dricka eller modifiera sina dryckesvanor.»

Vi har vidare genom nykterhetsnämnden erhållit uppgift om de av våra patienter, som varit kända av nämnden på sätt som framgår av tabell 13.

Det visar sig sålunda, att 104 patienter (34 %) före drogmissbrukets debut uppvisat ett alkoholmissbruk av sådan grad, att nykterhetsnämnden fått kännedom om fallen. Av dessa är 94 män (39,8 %) och 10 kvinnor (14,3 %). I 89 fall (29,1 %) har nykterhetsnämnden haft anledning att vidtaga åtgärder sedan drogmissbruket väl etablerats.

Olika skäl har av patienterna anförts som motiv för övergång från alkohol till narkotiska preparat. Nyfikenheten i förening med viljan att pröva något nytt, inflytande från kamrater i de kretsar där man umgås, känslan av att som många framhåller »uppleva sig mer fullvärdigt social, känna sig mindre på dekis». Andra har menat, att det har varit lättare att sköta ett arbete med narkotika i kroppen, vilket anses uteslutet så länge man är påverkad av alkohol.

När drogmissbruk träder i alkoholmissbrukets ställe, slutar många helt med spriten. Så dock inte alla. Ett mindre antal anger, att de kombinerar drogmissbruk med alkohol, andra föredrager att dricka i intervall fria från narkotika. Alkoholen utnyttjas i dessa fall ibland som ett lugnande medel – s. k. »neråttjack» – och får därvid ofta ersätta de snabbverkande barbiturater, som användes i motsvarande syfte.

Tabell 13. Känd av nykterhetsnämnd.

	Före missbruket		Under missbruket		Ej känd		Summa	
Kön	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Män	94	39,8	67	28,4	75	31,8	236	100,0
Kvinnor	10	14,3	22	31,4	38	54,3	70	100,0
Summa	104	34,0	89	29,1	113	37,0	306	100,1

16.2.8 Alkoholism bland föräldrar

Den höga frekvensen av tidigare missbruk av alkohol bland våra patienter inspirerade oss till att mera systematiskt söka efterforska hur föräldrarnas alkoholsituation varit. Denna analys har inte kunnat baseras på en personlig undersökning av varje enskild förälder, utan vi har fått begränsa oss till utfrågning i samband med sjukhistoriens upptagande. Därvid har vi kompletterat våra data med sjukjournaler och objektiva informationer från olika nyckelpersoner såsom socialarbetare, kuratorer, skyddskonsulenter och andra. Med tillämpning av den av oss använda definitionen har alkoholmissbruk påträffats hos 25 % (75) av föräldrarna. Motsvarande siffra i Herulf och Sunessons (1967) material uppgick till 37 % sådana missbrukare, huvudsakligen hos fadern. Med hänsyn till att materialet till mer än 50 % består av alkoholmissbrukare bör man rimligen förvänta sig en högre frekvens av alkoholmissbrukare även bland föräldrarna. Åmark (1951) fann bland fäderna till individer i ett material av alkoholmissbrukare 26 % alkoholism. Här finns inte anledning att närmare diskutera bakgrunden till detta samband, men det bör framhållas, att de sedvänjor och möjligheter till flykt undan svårigheter och konflikter i föräldrahemmet, som barnen konfronteras med under sin uppväxt, lätt tjänar som mönster för dem, när de själva en gång råkar i motsvarande situationer.

16.2.9 Miljöfaktorer bland drogmissbrukare

Miljöfaktorernas betydelse för personlighetsutvecklingen och uppkomsten av psykiska störningar av olika slag har länge tilldragit sig ett stort intresse. Det bör därvid framhållas, att individens reaktion självfallet inte enbart är beroende av miljöns inflytande utan även av personlighetsstrukturen, och resultatet därför ett uttryck för samspelet mellan arv och miljö. Påträffas en förhöjd frekvens av dåliga miljöfaktorer i ett undersökt material är tolkningen av detta fenomen inte lätt. Faktorer, som disponerar för dåliga miljöförhållanden, kan inte sällan vara ett uttryck för psykisk sjukdom eller psykisk abnormitet hos föräldrarna och således ytterst vara frukten av hereditära faktorer. Vidare kan individer, som företer avvikande drag i personligheten eller lider av psykisk sjukdom, söka sig till en miljö, där ej några krav ställes på dem.

I ett antal tidigare publicerade arbeten om drogmissbruk har miljöfaktorernas roll diskuterats av skilda författare. McLaughlen (1959) hävdar, att majoriteten patienter kommer från dåliga miljöförhållanden – broken homes – ett resultat, som Retterstöl och Sund (1964) emellertid ej kunnat verifiera i sin undersökning.

Mot bakgrunden härav har vi ansett det vara av värde att även söka belysa miljöfaktorernas roll.

Tabell 14 visar olika uppväxtmiljöer fördelade på kön.

Mer än hälften av klientelet (57,9 %) är uppvuxna i s. k. broken homes (ofullständiga hem). 54,3 % av männen och 70,1 % av kvinnorna kommer från sådan uppväxtmiljö. Även om det är av betydande intresse att söka belysa sådana faktorer, som är betingade av faderns eller moderns attityd till barnen, personliga konflikter mellan för-

Tabell 14. Kön och uppväxtmiljö.

	Normal uppväxtmiljö		Broken home		Okänt		Summa	
Kön	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Män	84	35,6	128	54,3	24	10,2	236	100,1
Kvinnor	17	24,3	49	70,1	4	5,7	70	100,1
Summa	101	33	177	57,9	28	9,2	306	100,1

Tabell 15. Broken-home-faktorer i materialet.

Grupp	Män		Kvinnor		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
1. Född u.ä.	13	5,5	9	12,9	22	7,2
2. En eller båda föräldrar döda	16	6,8	10	14,3	26	8,5
3. Föräldrar skilda	66	28	16	22,9	82	26,8
4. Uppfostrad utom hemmet	7	3	4	5,7	11	3,6
5. Konflikter i hemmet	26	11	10	14,3	36	11,8
6. Goda hemförhållanden	84	35,6	17	24,3	101	33
7. Hemförhållanden okända	24	10,2	4	5,7	28	9,2
Summa	236	100,1	70	100,1	306	100,1

äldrar och barn etc., har vi vid analysen fått begränsa oss till att värdera sådana miljöfaktorer, som är lätta att verifiera. I överensstämmelse med de principer, som bl. a. tillämpats av Ljungberg (1957) och Stenstedt (1959), har materialet med avseende på olika miljöfaktorer indelats i följande grupper. Grupp 1 omfattar patienter, som är födda utom äktenskapet, och där föräldrarna i fortsättningen ej gift sig eller bott tillsammans. Grupp 2 omfattar alla fall, där endera eller båda föräldrarna avlidit innan patienten fyllt 15 år. Grupp 3 omfattar dem vilkas föräldrar ingått skilsmässa innan patienten fyllt 15 år och grupp 4 sådana fall, som icke kunnat hänföras till någon av de redan nämnda grupperna, men där vederbörande patient fått tillbringa flera år av sin uppväxt hos släktingar, på barnhem eller motsvarande. Till grupp 5 har hänförts individer, i vilkas hem förekommit stridigheter eller konflikter på grund av alkoholism eller dylikt. Till grupp 6 har hänförts fall där uppgifter om dåliga hemförhållanden saknas och till grupp 7 fall där miljösituationen ej kunnat kartläggas.

Ett försök till jämförelse mellan vårt material och totalpopulationen har utförts. Det visar sig därvid, att någon säker skillnad ej kan påvisas mellan vårt material och totalpopulationen, vad avser grupperna 1 och 2. Däremot föreligger en signifikant förhöjd frekvens av grupp 3, föräldrar skilda (26,8 %) i jämförelse med motsvarande skillsmässofrekvens i totalpopulationen (4,7 % för män i åldern 40–49 år, resp. 8 % för kvinnor). Vid den bedömning, som har skett av skilsmässans betydelse som miljöfaktor, har hänsyn ej tagits till det förhållandet, att en skilsmässa i vissa fall kan vara en lösning på en många gånger outhärdlig familjesituation och således innebära något positivt. Analysen ger således vid handen, att förekomsten av broken-home i vårt material, är väsentligt förhöjd i jämförelse med vad som gäller för totalpopulationen.

16.2.10 *Kriminaliteten bland drogmissbrukare*

Förekomsten av kriminalitet bland drogmissbrukare har diskuterats i litteraturen. I ett material av morfinmissbrukare fann Anchersen (1947) sålunda, att en fjärdedel av dessa hade varit i konflikt med rättvisan – ett resultat, som han emellertid anser sammanhänga med personlighetsstrukturen, vilken enligt denne författare utgör orsaken till såväl narkotikamissbruket som brottsligheten. Stumpfl (1935), von Bayer (1935) och andra har visat, att kriminalitet ofta är förbunden med en psykopatisk personlighet. Kolb (1962) framhåller utifrån sin erfarenhet av opiatmissbrukare, att opiummissbruk snarare än att bidraga till en ökad brottslighet förefaller att undertrycka en sådan. Retterstöl och Sund (1964) påträffade i sitt material 6,5 % (8) män,

Tabell 16. Kriminalitet och kön; absoluta- och procenttal.

Kriminalitet	Män		Kvinnor		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Före missbruket	63	26,7	2	2,9	65	21,2
Under missbruket	47	20,0	10	14,3	57	18,6
Såväl *före* som *under* missbruk	34	14,4	1	1,4	35	11,4
Ej känd kriminalitet	92	39,0	57	81,4	149	48,7
Summa	236	100,1	70	100,0	306	99,9

som gjort sig skyldiga till kriminella handlingar, däremot ingen kvinna.

I vårt eget material har vi erhållit information beträffande kriminell belastning genom övervakare, skyddskonsulenter och andra nyckelpersoner. Ytterligare information i detta hänseende har erhållits beträffande patienter, som genomgått rättspsykiatrisk undersökning. Uppgifterna är således ej inhämtade genom kriminalregistret. Ekonomiska skäl har omöjliggjort detta. De redovisade uppgifterna om kriminell belastning bör således uppfattas som minimisiffror. Resultatet av vår analys framgår av tabellerna 16 och 17.

Kriminalitet tycks för männens del vara lika vanligt före missbruk (26,7 %) som under missbruk (20 %). Vad avser kvinnor tenderar kriminalitet att uppträda i samband med missbruk. Dessa siffror är dock alltför osäkra som underlag för slutsatser, då uppgifter saknas för nära halva klientelet (48,7 %). Ser man till uppväxtsituationens betydelse för en framtida social anpassning resp. missanpassning, märker man en påtaglig förhöjning av kriminaliteten vid s. k. broken homes jämfört med normal uppväxtmiljö, vilket tabell 17 belyser.

Vid redovisning av kriminaliteten fördelad på olika brottsrubriceringar, blir vissa tal så små, att en uppdelning ej blir meningsfull. Syftet med undersökningen i detta hänseende har endast varit att få en approximativ uppfattning om den totala kriminella belastningen hos klientelet, ej att genomföra någon detaljstudie inom området.

16.2.11 Dödlighet

Dödligheten bland psykiskt sjuka är förhöjd i jämförelse med den för genomsnittsbefolkningen, som visats av flera författare i vårt land främst genom arbeten av Essen-Möller (1935), Alström (1942) och Larsson och Sjögren (1954). Man förväntar sig därför en ökad dödlighet för individer, som missbrukar olika typer av narkotika. En sådan överdödlighet har bl. a. påvisats av Rüdin (1955) i ett material, bestående av 437 morfinmissbrukare. En

Tabell 17. Uppväxtmiljö och kriminalitet i absoluta tal och procenttal.

Kriminalitet									
	Före missbr.		Under missbr.		Såväl före som under missbr.		Ej känd krim.		Summa
Uppväxtmiljö	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Normal uppv. miljö	21	32,3	18	31,6	12	34,3	58	39,2	
Broken home	42	64,6	36	63,2	19	54,3	83	55,4	
Okänt	2	3,1	3	5,3	4	11,4	8	5,4	
Summa	65	100,0	57	100,1	35	100,0	149	100,0	306

Dödsorsak	Män	Ålder	Kvinnor	Ålder	Totalt
Intoxikation	2	(32,38)	—		2
Suicid	2	(29,49)	2	(25,47)	4
Suicid, osäkra	2	(33,44)	1	(39)	3
Drunkning	1	(32)	—		1
Bilolycka	1	(21)	—		1
	8		3		11

förhöjd dödlighet har också påvisats av Retterstöl och Sund (1964) i ett material av 152 missbrukare av olika slags narkotika, samtliga vårdade på universitetsklinik. Däremot saknas publikationer, som redovisar dödligheten i representativa material bestående av t. ex. missbrukare av centralstimulerande medel.

I föreliggande material har av de patienter, som sökt vid mottagningen under 3-årsperioden, 11 patienter avlidit. Dödsorsakerna framgår av nedanstående sammanställning.

Medelåldern för de avlidna är 35,4 år. Denna är således högre för de avlidna än för materialet som helhet, vilket innebär, att risken för suicid eller överdos är ett relativt sent inslag i missbruksbilden. Det bör noteras, att dödsorsaken väsentligen ej är en följd av kroppssjukdom, utan sammanhänger med risker, förorsakade av ett avancerat drogmissbruk. Något fall av hängning har ej påträffats bland dem som suiciderat. Beträffande den patient, som drunknade, diskuteras omständigheterna kring detta fall i den kasuisitiska rapport, som följer rörande de avlidna (appendix). Den person, som avlidit i samband med trafikolycka var endast passagerare. Några omständigheter, som i detta fall pekat på drogmissbruk som en bidragande orsak till olyckshändelsen, har inte framkommit.

16.2.12 Suicid

Förekomsten av suicid i en genomsnittsbefolkning är högre bland män än bland kvinnor och varierar dessutom med civilstånd. Sålunda har änkor, änklingar och frånskilda en klart högre suicidfrekvens än gifta och ogifta, vilket pekar på suicid som en utväg för den ensamstående människan i en konfliktsituation. Antalet suicid i Sverige åren 1956–1960 uppgick i städer till 20,5 per 100 000 invånare. Retterstöl och Sund har i sitt nyssnämnda material påvisat en signifikant förhöjd frekvens av suicid i jämförelse med i genomsnittsbefolkningen. I vårt material har påvisats 2 säkra suicid bland män och 2 bland kvinnor. Därtill kommer osäkra suicid bland ytterligare 2 män och 1 kvinna.

Med osäkra suicid har vi avsett sådana fall, där övervägande skäl talar för självmord, men där några uttalade suicidtankar inte yppats, före dödsfallet eller där t. ex. avskedsbrev och andra dokument saknas. Inalles har således, om säkra och osäkra fall sammanräknas, 7 fall påträffats, dvs. 2,3 %. Denna siffra är signifikant förhöjd vid jämförelse med genomsnittsbefolkningen.

16.2.13 Suicidalförsök

Ofta kan ett suicidalförsök vara ett sätt att påkalla hjälp i en pressande situation, men i flertalet av våra registrerade fall har försöken haft en allvarlig innebörd som uttryck för äkta livsleda. Bland flera av de som suicid redovisade fallen har suicidalförsök tidigare förekommit. Detta framstår som rätt naturligt, när för många tillvaron rasar i spillror, hemmet upplöses, familjen vräkes och barnen skingras. Samtidigt pågår kanske skilsmässoförhandlingar och arbetet är på väg att förloras.

Suicidalförsök har emellertid endast registrerats, om de varit allvarligt menade, uppmärksammats av anhöriga eller utomstående. Likaså om de föranlett intagning på sjukhus. Denna gränsdragning har gjorts

för att utmönstra sådana fall, som ej varit allvarligt menade eller endast varit avsedda som demonstration. Med hänsyn till att ett suicidalförsök av de flesta uppleves som något de helst vill glömma, är det givet, att dessa siffror bör uppfattas som minimisiffror.

Med ovan angivna kriterier som utgångspunkt har suicidalförsök gjorts av 25 män och 19 kvinnor, eller totalt (44) 14 % av våra fall. Risken för suicidalförsök är således en faktor att ta hänsyn till, när det gäller missbrukare. I samma mån som en meningsfull kontakt kan etableras med en mottagning, en institution eller en medmänniska, synes emellertid risken för suicidalförsök och suicid minska. I de fall, där patienten till slut lyckats, har det till övervägande del varit frågan om sådana patienter, som av olika skäl släppt kontakten med mottagningen. Ett sådant skäl kan vara att man löpt linan ut och inte längre har något att vänta av tillvaron. I en sådan situation önskar drogmissbrukaren sannolikt inte heller kontakt med någon.

I detta sammanhang vill vi betona värdet av vad man skulle kunna rubricera som en efteruppsökande insats. Vi har i mån av tid låtit kuratorn ringa sådana patienter, som inte hört av sig, och där vi haft skäl anta, att missbruket fortsatt. Vi har därvid lyckats återknyta kontakten i ej så få fall.

16.3 *Psykopati och personlighetstyper i ett missbruksklientel*

Den premorbida personlighetens betydelse för utveckling av narkotikamissbruk har diskuterats av en rad författare. Sålunda fann Retterstöl och Sund (1964) bland 122 missbrukare, som personligen undersökts, en markerad övervikt av psykopatiska personligheter vid jämförelse med en kontrollgrupp bestående av psykiskt sjuka med skiftande diagnoser.

De flesta författare synes eniga om att personlighetsstrukturen har stor betydelse för utvecklingen av ett narkotikamissbruk och det framhålles bl. a. att antalet s. k. normala personligheter i en missbrukspopulation sannolikt är mycket ringa. Förekomsten av olika personlighetsavvikelser växlar dock mellan olika undersökares material.

I föreliggande undersökning har vi gjort vissa försök att klassificera de patienter som konsulterat mottagningen. Målsättningen har härvidlag fått sättas lågt av flera skäl. Den tid, som står till förfogande för en analys av den enskilda patientens premorbida personlighet vid en öppen mottagning, måste givetvis bli begränsad, vartill kommer att många patienter endast besökt mottagningen någon eller några få gånger. Vidare är missbrukarna som regel i ett mycket dåligt skick när de anländer, nergångna såväl fysiskt som psykiskt och ofta påverkade av narkotika. Hos vissa patienter har missbruket dessutom pågått så länge, att det är rimligt att antaga att personligheten redan kunnat taga skada av det långvariga missbruket. Andra är som redan framhållits etablerade alkoholmissbrukare redan före drogmissbruket och företer tecken till begynnande psykisk nivåsänkning. Mot bakgrunden av dessa erfarenheter har vi således endast sökt bedöma sådana patienter, som har en tillräckligt lång observationstid och som dessutom i ett icke ringa antal fall vårdats på psykiatriskt sjukhus, varifrån journalen gett oss ytterligare informationer. Ett ytterligare skäl till begränsningen av antalet patienter sammanhänger med att av de 2 ursprungligen tjänstgörande läkarna endast L. Ljungberg haft tillfälle att följa verksamheten under hela 3-årsperioden.

16.3.1 Principer för psykiatrisk klassificering

Klassificering av personligheten i ett psykiatriskt material är svår. Olika metoder har kommit till användning vid undersökning av psykiskt sjuka och principiella synpunkter på svagheten i dessa metoder har diskuterats i litteraturen. I enkelhetens intresse har vi vid analysen av vårt material använt oss av sådana rubriceringar som kommer till användning i det psykiatriska vardagsarbetet. Det rör sig således väsent-

ligen om empiriska rubriceringar utan förankring i någon form av »skola» eller särskild form av filosofi. Detta innebär, när det gäller klassificering av avvikande personligheter och s. k. psykopater, att endast det mest framträdande draget i personligheten betonats och detta oberoende av om det i själva verket föreligger en kontinuerlig variation eller icke. Bedömningsgrunderna kommenteras helt kort i det följande.

Psykopati. Till denna grupp har hänförts individer som »lider av sin abnormitet eller under vilken abnormitet samhället lider» för att använda en beskrivning av den tyske psykiatern Schneider (1955). Detta innebär, att de psykiska abnormdragen nått en sådan utpräglingsgrad, att de sociala relationerna till hem, arbetsplats eller myndigheter störes. Psykopaten saknar i regel den konventionella medborgarens ansvarskänsla och kan utnyttja sin omgivning utan att detta synes skapa några egentliga inre konflikter. Personliga misslyckanden externaliseras gärna, dvs. skylles på omgivningen eller olyckliga omständigheter. Den psykiska störningen i dessa fall engagerar således vilje- och känslolivet, medan intellektet inte influeras. Under senare år har termen sociopati använts synonymt med begreppet psykopati.

Hysteroid personlighet. Den hysteroida personligheten har ansetts karakteriserad av en emotionell lättrörlighet, suggestibilitet och viss brist på stabilitet i förhållandet till andra människor. Lätthet att lära kombineras med förmåga att snabbt glömma, tendens föreligger att imponera och dupera. Den hysteroida personligheten entusiasmeras lätt, men uthålligheten är ofta begränsad.

Psykoinfantilism. Till denna grupp har hänförts individer med en bristande personlig mognad väsentligen i enlighet med de kriterier Lindberg (1950) förlänat detta begrepp. Det rör sig således om personer som är starkt affektivt bundna till och beroende av anhöriga, make eller maka, goda vänner eller någon auktoritativ person. Det allmänna uppträdandet präglas av naivitet och vid yttre påfrestningar reagerar de ofta med trotsreaktioner eller ospecifika insufficienstillstånd. Den psykoinfantile har svårt att fatta ståndpunkt, är osjälvständig och lättledd och behöver därför ledning och stöd för sitt handlande. Självkänslan växlar som regel och pendlar därvid mellan självöverskattning och självunderskattning.

Psykasteni. Till denna grupp har hänförts individer som besväras av en känsla av otillräcklighet, som gör sig gällande såväl inom känslolivet som vid intellektuell aktivitet. Den psykasteniska personligheten plågas av inre spänning, osäkerhet, litar inte på sig själv och blir lätt uttröttad. Den psykiska spänningen resulterar ofta i psykosomatiska besvär såsom huvudvärk och yrsel, vartill kommer oförmåga att koppla av och benägenhet för irritation när ställda anspråk uppleves för stora.

Primär intelligensdefekt. Några testningar av våra patienter vid mottagningen har inte företagits, däremot är inte så få testade i samband med vård å psykiatriska sjukhus. Till denna grupp har främst hänförts sådana patienter som uppgivit skolsvårigheter och därvid placerats i hjälpklass på grund av oförmåga att följa den vanliga skolundervisningen.

Psykos. Vid diagnostiseringen av tillstånd som schizofreni och paranoid psykos har de kriterier tillämpats som användes i vårt dagliga arbete och som finner stöd i läroböcker i klinisk psykiatri, t. ex. Mayer-Gross, Slater och Roth (1954). Hit har emellertid endast hänförts psykotiska tillstånd som uppstått oberoende av narkotikamissbruket eller som i varje fall synes sakna ett uppenbart samband med missbruket ifråga.

Neuros. Hit har hänförts ett antal skiftande reaktionssätt och insufficienstillstånd, vilka ej kunnat hänföras till någon av de övriga grupperna.

Förekomst av psykiska rubbningar (psykopati, psykoneuros) respektive olika personlighetstyper bland patienterna efter tidigare angivna kriterier framgår av tabell 18.

Det antal fall som personligen bedömts

Tabell 18.

	M	%	K	%	M+K	%
Psykopathia	60	42,6	13	30,2	73	39,7
Psykoneuros	34	24,1	10	23,3	44	23,9
Psykoinfantilism	26	18,4	7	16,3	33	17,9
Psykastenia	5	3,5	8	18,6	13	7,1
Hysteroid personlighet	14	9,9	4	9,3	18	9,8
Ej avvikande personlighetsdrag	2	1,4	1	2,3	3	1,6
	141	99,9	43	100,0	184	100,0

har begränsats till att omfatta 184 fall.

I föreliggande undersökning har således 39,7 % av missbrukarna rubricerats som s. k. psykopater. De, som psykoneuros betecknade, uppgår till 23,9 % och utgör därmed den näst största gruppen.

Det bör noteras, att intet fall av tvångsneuros påträffats.

Dessutom har 17,9 % uppvisat psykoinfantila drag, 9,8 % hysteroida drag och slutligen 7,1 % psykasteniska drag i den premorbida personligheten. *Endast 1,6 % har klassificerats som ej avvikande personlighet.*

På grund av de subjektiva faktorer, som vidlåder klassificeringar av detta slag, måste man vara försiktig, när det gäller att draga slutsatser på basen av här redovisade siffror. Även med reservation för de svagheter, som vidlåder personlighetsbedömning, må följande slutsatser dock tillåtas. Här redovisade siffror ger en viss uppfattning om i hur hög grad psykopati och neuroser belastar ett klientel av drogmissbrukare. Vidare stöder analysen den kliniska uppfattningen, att det inte synes existera någon enhetlig personlighetstyp, som disponerar för uppkomsten av drogmissbruk.

16.3.2 Förekomst av homosexualitet i materialet

Säkra uppgifter, som belyser förekomsten av homosexualitet i genomsnittsbefolkningen, saknas. I litteraturen har framhållits, att förekomsten av homosexualitet synes växla mellan olika länder och olika kulturkretsar. Frekvensen i genomsnittsbefolkningen anses variera mellan 1–4 % (Mayer-Gross, Slater and Roth, 1954). Någon undersökning, som tagit sikte på att bestämma förekomsten av homosexualitet i en genomsnittsbefolkning, har ej utförts. Homosexualitetens betydelse diskuteras av Retterstöl och Sund (1964) som bland 122 narkomaner fann 4 säkra fall (3,3 %), nämligen 3 bland männen och 1 bland kvinnorna. I vårt material har manifest homosexualitet påträffats bland inalles 11 patienter, nämligen 7 män och 4 kvinnor, dvs. 3,6 %. Det är emellertid ej möjligt att härav draga några bestämda slutsatser beträffande homosexualitetens betydelse för utveckling av drogmissbruk, eftersom frekvenssiffror saknas för svensk genomsnittsbefolkning.

Denna siffra visar god överensstämmelse med det resultat Retterstöl och Sund erhållit.

16.3.3 Förekomst av psykoser och primär intelligensdefekt i materialet

Psykoser. Retterstöl och Sund (1954) har i sin undersökning ej påvisat några fall av schizofren eller schizofreniform psykos, vilket leder till slutsatsen att denna psykosgrupp inte torde disponera för utveckling av drogmissbruk. I vårt eget material har påträffats ett fall av schizofreni med ett smygande förlopp. För fallet redogöres helt kort här nedan.[1]

Man, 33 år. Uppväxtförhållanden och skolgång utan väsentlig anmärkning. Arbetat inom tryckeribranschen, bytt anställning ett antal gånger, utan att därför kunna betecknas som någon hoppjerka. Parallellt med sitt arbete försökt vidareutbilda sig genom studier. Lider sedan många år av en hudsjukdom

[1] Patientberättelserna får *ej* återges i massmedia.

(psoriasis) som periodvis är besvärande och gör honom nedstämd. Alltid varit inbunden och haft svårt för kontakt med människor, särskilt kvinnor; upplever sig tämligen misslyckad. Märkte vid 16–17 års ålder en viss personlighetsförändring, tyckte medmänniskorna stod utanför honom själv, började uppleva att andra personers tankar kunde påverka honom. I samband med ett tidigare besök vid psykiatrisk poliklinik testad enligt Rohrschach, vilket mynnade ut i ett utlåtande som styrkte den kliniska misstanken på en smygande schizofreni. Vid testning enligt CVB-skalan erhållit en IK = 100; dvs. är normalbegåvad. Började vid 23 års ålder missbruka alkohol och fortsatte härmed några år. Fick i samband med behandling för sin alkoholsjukdom restenil för att dämpa sin oro, upplevde denna medicin lugnande och kunde till slut inte vara utan. Kom senare i kontakt med svarta börsen, där han köpte preludin, som han använde under veckosluten. Oftast rörde det sig om något hundratal tabletter som löstes i vatten och injicerades. Kunde dock i stort sköta sitt arbete. Har periodvis kunnat hålla upp i någon månad eller mera då pengar saknats för erforderliga inköp av preludin. Upplever att injicerandet höjer självkänslan, framkallar eufori och minskar kontaktsvårigheterna med omvärlden.

Mera ur kuriositetssynpunkt kan det vara skäl, att redovisa för ett fall, som tolkats som schizofreni och där patienten upplevt sig som narkoman utan att detta dock kunnat verifieras.

Man, 34 år. Hereditet för schizofreni. Efter genomgången folkskola fört en ambulerande tillvaro mellan föräldrahemmet och olika ungdomshem. Endast sporadiskt arbetat. Vårdad för schizofreni redan i 20-årsåldern, därefter ytterligare ett antal gånger. Under sjukdomsperioderna sluten, misstänksam, aggressiv och med förföljelseidéer. Straffriförklarad efter att ha gjort sig skyldig till grovt egenmäktigt förfarande. Sökte mottagningen i Stadshagen och uppgav vid första besöket att han sedan flera år missbrukat narkotika, som han själv tillverkade, bl. a. etylmorfin i som han uttryckte det »jättedoser». Utgifterna för medikamenterna av olika slag tyngde emellertid budgeten på sådant sätt, att endast »legal tilldelning» skulle kunna rädda hans ekonomi. Efter vad som sedermera inhämtats, har patienten under många år gått omkring »på stan» medförande olika kemikalier, men saknar enligt en av de psykiatrer som skött honom förutsättningar att göra några kemiska synteser. Uppfattas inte heller som narkotikamissbrukare. Den sjukes uppfattning om ett mångårigt narkotikamissbruk är en vanföreställning och således ett symtom på grundsjukdomen.

I materialet har vidare påträffats 2 fall av långvariga paranoida psykoser, som utvecklats innan läkemedelsmissbruket började.

För ett av dessa fall redogöres här nedan.

Kvinna, 51 år. Född u. ä. Uppvuxen i fosterhem. Efter genomgången skola utbildat sig till lärarinna. Efter en svår personlig motgång begynnande nervositet, som tidvis stegrades till verklig ångest. Ofta kallat på jourhavande läkare i samband med nattliga ångestattacker. Alltid sovit oroligt och drömt mycket. Började tidigt använda rogivande mediciner främst barbiturater för att dämpa sin nervositet. Efterhand ökande doser som ledde till intagning på sjukhus. Där uppfattad som normalbegåvad men med hysteroida drag i personligheten. Vid några tillfällen gjort försök att skada sig själv. Började småningom utveckla vissa s. k. sensitiva symtom, fick för sig att omgivningen talade om henne och intresserade sig för hennes förehavanden. Trodde att omgivningen kunde lista ut vad hon tänkte och kände. Dessa symtom har kvarstått under åren. Besvärades i fortsättningen svårt av dessa som »tvångsföreställningar» rubricerade upplevelser, vilka uppenbarligen utgjort ett ytterligare motiv för fortsatt missbruk av rogivande läkemedel oberoende av ångesten. Vårdad på psykiatriska sjukhus ett dussintal gånger, främst betingat av snabba återfall efter utskrivning från sjukhus. Är numera sjukpensionerad och vistas sedan flera år på ett sjukhem, helt fri från missbruk.

Depressioner. I enstaka fall har vi funnit, att personer med benägenhet för förstämningstillstånd av s. k. endogen natur tillika missbrukat centralstimulerande medel. I sådana fall har behandling med antidepressiva medel använts. Det var mot bakgrunden av några sådana fall som vi kom att vidga våra indikationer med antidepressiva till att även omfatta patienter med lätta dysforiska och depressivt färgade tillstånd. I intervallen mellan missbruksperioderna befinner sig narkotikamissbrukaren – främst då av centralstimulerande medel – ofta i ett dysforiskt-depressivt tillstånd. I dessa fall har vi ansett det vara av värde att försöka behandla patienten på samma sätt som om

det gällde en depression. Dessa aspekter har inte kunnat systematiseras men resultatet har dock varit tillräckligt uppmuntrande för att vi ansett oss böra fortsätta med behandlingen.

Primär intelligensdefekt. I vårt material har endast påträffats 3 sådana fall, nämligen hos två män och en kvinna. Detta antal är för litet för att tillåta några säkra slutsatser, men torde dock ge visst stöd för uppfattningen, att primär intelligensdefekt ej spelar någon avgörande roll för utveckling av ett narkotikamissbruk.

Analysen har visat, att någon avvikelse beträffande förekomst av psykoser och primär intelligensdefekt i materialet ej kunnat påvisas vid jämförelse med genomsnittsbefolkningen.

16.4 *Prognosen*

Vid varje prognosundersökning framstår det som önskvärt att, om möjligt, söka följa ett fall och dess vidare utveckling från tidpunkten för sjukdomens debut. Detta är emellertid mera sällan möjligt vid klinisk forskning, utan ett material får användas även om observationstiden börjar vid en senare tidpunkt. Som framgår av den tidigare redogörelsen har ca 13 % (39) av våra missbrukare en missbrukstid, som överstiger 9 år och bland dessa återfinns ett antal, vars missbruk debuterade redan under 40-talet. Under den tid, som förflyter mellan missbrukets debut och tidpunkten för konsultationen hos läkare, hinner emellertid vissa patienter tillfriskna, respektive avlida. Därvid riskeras, att såväl de lätta som svåra fallen går förlorade vid analys av ett material, som hämtats från sjukhus eller polikliniker. En ytterligare faktor, som förskjuter tidpunkten för konsultationen, är den låga motivationsgrad klientelet uppvisar. Det är därför rimligt att antaga, att ju lindrigare missbruket är av t. ex. cannabis, ju mindre sannolikhet föreligger för en missbrukare att bli föremål för observation. Det motsatta förhållandet torde gälla för avancerade missbrukare av t. ex. centralstimulerande medel. Betydelsen av dessa faktorer torde i en framtid kunna reduceras med en effektiv uppsökande verksamhet som tidigare för missbrukarna i kontakt med samhällets hjälporgan. När vi i det följande gjort vissa försök att värdera hur resultatet utfallit, dvs. sökt bedöma främst den eftersträvade drogfriheten, bör hållas i minnet, att denna sannolikt är resultatet av en rad samverkande faktorer, som inte med säkerhet kan sättas i relation till några bestämda terapeutiska eller andra åtgärder från vår sida. Det torde vara mest realistiskt att betrakta resultatet som ett uttryck för missbrukets »natural history» (naturliga förlopp).

För båda könen gäller en stor andel fortsatt missbruk (39,5 %). Endast en mindre del uppger sig ha slutat missbruka (15 %). Kategorin »omhändertagna å annan institution» avser sådana som vid observationstidens slut befunnit sig i fängelse, på ungdomsvårdsskola, inom sluten sjukvård el. dyl. Denna kategori utgör 25,2 % av klientelet.

Vid en jämförelse av prognos och observationstid kan konstateras att prognosen

Tabell 19. Prognosen och kön.

	Män		Kvinnor		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Har slutat missbruka	35	14,8	11	15,7	46	15,0
Fortsatt missbruk	96	40,7	25	35,7	121	39,5
Omhändertagna å annan inst.	57	24,2	20	28,6	77	25,2
Okänt	48	20,3	14	20,0	62	20,3
Summa	236	100,0	70	100,0	306	100,0

Tabell 20. Observationstid och prognosen.

Observationstidens längd	Har slutat missbruka		Fortsatt missbruk		Summa	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0— 6 mån.	27	27	73	73	100	100
7— —36 mån.	19	28,4	48	71,6	67	100
Summa	46	27,5	121	72,5	167	100

tycks vara oberoende av observationstidens längd. Att observera är att endast cirka 50 % av våra patienter är bedömda i tabell 20. Detta förklarar den ovanligt höga andelen patienter, vilka slutat sitt missbruk.

16.5 *Samarbete med olika samhällsorgan*

16.5.1 Barnavårdsnämnden

Antalet missbrukare under 21 år som sökt mottagningen uppgår till ca 24 % (76). Som jämförelse kan nämnas, att 1955 i vårt land antalet kända missbrukare under 21 år, uppgick till 1,4 %. Det antal fall, som på grund av sin ålder lyder under barnavårdslagen, är således anmärkningsvärt högt. Att antalet inte är större torde bl. a. sammanhänga med att dessa i viss utsträckning sökt vid mottagningar inom den psykiska barna- och ungdomsvården, hos barnavårdsnämndens läkare eller vid Mariakliniken. När det gällt samarbete med barnavårdsnämnden har detta bestått i att där så varit nödvändigt föranstalta om vård å ungdomsvårdsskola. Vidare har i några fall placering i enskilda hem kommit till stånd. I samråd med barnavårdsnämnden har vi också i vissa fall förordat att någon av föräldrarna tillsammans med sin son eller dotter för längre eller kortare tid lämnat Stockholm för att komma bort från missbruksmiljöerna.

Beträffande vår inställning till att föranstalta om anmälan av patienter till barnavårdsnämnden, vill vi deklarera följande. I vårt arbete vid mottagningen har vi strävat efter att få till stånd ett samarbete under frivilliga former, eftersom vi självfallet saknat möjligheter att tvinga en missbrukare att underkasta sig öppen vård. I många fall har emellertid missbruket varit så uttalat och situationen så förtvivlad, att vi bedömt en anmälan till nämnden som den enda utvägen. Vi har därvid brukat råda föräldrarna att själva söka kontakt med barnavårdsnämnden. Ett sådant ställningstagande har vi motiverat med att vi inte velat riskera att genom ett anmälningsförfarande förlora kontakten med drogmissbrukare, som av rädsla för barnavårdsnämnden hellre avstår från att söka hjälp.

16.5.2 Arbetsvården

Med hänsyn till att ett så stort antal missbrukare vid första besöket uppgivit, att de saknar arbete, framstår givetvis samarbetet med arbetsförmedling och arbetsvårdsorgan som en väsentlig uppgift för en öppen mottagning. Arbetet har bedrivits i huvudsak enligt följande riktlinjer.

I första hand har vi sökt stimulera patienten att söka arbete genom arbetsförmedlingen och medverkat till att denne på så sätt erhållit ett lämpligt arbete i den öppna marknaden. Detta har emellertid lyckats i ett mycket ringa antal fall.

I flertalet fall har emellertid en närmare utredning erfordrats beträffande de medicinska och sociala förutsättningarna, innan lämpliga arbeten kunnat föreslås. Vi har därvid haft som regel att remittera patienten till en arbetsvårdsexpedition för bedömning, varvid vi i en remiss lämnat arbetsvårdsexpeditionen erforderligt medicinskt faktaunderlag. I vissa fall har arbetsvårdsexpeditionen utan mer omfattande utredning kunnat föreslå lämpligt arbete, i andra ha förslag lämnats om lämplig utbildning åt

patienten. I inte så få fall har emellertid en närmare och mer ingående bedömning av klienten erfordrats, varvid arbetsvårdsexpeditionen för anlagsprövning etablerat samarbete med psykotekniska institutet i Stockholm.

Genom arbetsvården har ett antal av våra patienter erbjudits att genomgå olika slag av omskolningskurser. På grund av sin dåliga allmänkondition har många emellertid haft svårt att följa undervisningen, varför denna ofta avbrutits. *Vi har också exempel på att drogmissbrukaren som bänkkamrat fått icke missbrukande elever, som efter kort tid introducerats i missbruket.*

Den verksamhet som här skisserats har emellertid mött svårigheter av olika slag. Arbetsvården i Stockholm arbetar under svåra förhållanden och med betydande väntelistor. Likväl har det varit möjligt att få flertalet av oss remitterade fall bedömda i den mån patienten själv medverkat. Den oförmåga att hålla avtalade tider som tidigare påpekats har också arbetsvården fått erfara. Även då klienten infunnit sig till avtalat besök vid arbetsvårdsexpeditionen, men sedan remitterats till psykotekniska institutet, har det i många fall inträffat, att denne ej infunnit sig där. Åtskilligt arbete har därför nedlagts utan att resultera i konkreta åtgärder.

Missbrukarens negativa attityd har belastat samarbetet med arbetsvården och har enligt vår uppfattning minskat arbetsvårdstjänstemännens benägenhet att engagera sig för våra patienter, en inställning som är fullt förståelig. Någon lösning på detta problem torde inte kunna erhållas med mindre missbrukarna hänvisas till en enbart för dem avsedd arbetsvårdsexpedition, där toleransen efter hand kan höjas för de specialproblem, som dessa patienter erbjuder.

16.5.3 Nykterhetsvården

Som tidigare framhållits har ett stort antal av våra patienter tidigare varit kända av nykterhetsnämnden. Ett icke ringa antal har också behandlats vid de särskilda mottagningar, som finns i Stockholm för vård av alkoholsjuka. I den mån alkoholmissbruket upphört eller avtagit och efterföljts av ett narkotikamissbruk, har vi ansett det naturligt, att dessa patienter behandlats vid vår mottagning. Vi gjorde dock på ett tidigt stadium den erfarenheten, att vissa drogmissbrukare fortsatte att besöka alkoholmottagningarna. I de flesta fall synes detta ha varit uttryck för en strävan att ha flera replipunkter främst med förhoppningen att erhålla önskad medicin på flera ställen samtidigt. För att undvika onödigt dubbelarbete nödgades vi i fortsättningen kontrollera huruvida vissa patienter alltjämt var aktuella, där de tidigare behandlats för alkoholsjukdom.

Samarbetet med den särskilda informationsbyrå, som sedan hösten 1968 drivs i nykterhetsnämndens regi i Stockholm, har begränsats till några få fall. Det rörde sig därvid om akuta fall, som påträffats av personal från den uppsökande verksamheten under den tid byrån ej hade egna läkare. Vid undersökning hos oss visade det sig, att någon form av omhändertagande var önskvärd eftersom missbrukarna var i behov därav, dock utan att sjukhusvård var nödvändig. I detta som i andra sammanhang har vi känt behov av tillgång till någon form av härbärgesplatser. I den mån inte en särskild vårdcentral kommer till stånd kan man genom att disponera sådana härbärgesplatser få rådrum för att sedan bättre kunna bedöma behovet av hjälpåtgärder. Särskilt gäller detta fall som motsätter sig vård på psykiatriska sjukhus och som inte heller är så nergångna att de uppfyller villkoren för ett tvångsmässigt omhändertagande enligt lag om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall.

16.5.4 Socialkurativa synpunkter

Arbetet vid mottagningen har bedrivits så att vi låtit kuratorn ta den första kontakten med patienten eller dennes anhöriga för att få ett så fylligt underlag som möjligt för den kommande bedömningen. Denna ar-

betsmodell tillämpas bl. a. inom barnpsykiatrin, men riktigheten av detta förfaringssätt kan, som framgår av sjuksköterskans redogörelse, i det följande ifrågasättas. De problemställningar kuratorn mött i sitt arbete har väsentligen kunnat hänföras till följande huvudgrupper.

16.5.5 Bostadsfrågan

Patienternas bostadssituation har belysts i tab. 8. Självfallet har kuratorns möjligheter att hjälpa i detta hänseende varit begränsade. I ett mindre antal fall med särskilt ömmande omständigheter har vi försökt stärka patientens ställning i bostadskön genom läkarintyg men utan egentlig framgång. Med hänsyn till missbrukarnas relativt låga ålder har de hunnit stå för kort tid i bostadskön för att kunna påräkna någon bostad. Därtill kommer, att ej så få patienter förlorat sin tidigare bostad genom vräkning i och med att denna förvandlats till en s. k. knarkarkvart. Det är anmärkningsvärt att så många som drygt 44 % bor hos sina föräldrar. När andra möjligheter uttömts återstår för det stora flertalet inte någon annan utväg än att flytta hem till föräldrarna.

16.5.6 Yrkesutbildning

Det stora flertalet fall saknar egentlig yrkesutbildning. I det trängda läge, som rått på arbetsmarknaden under några år, har våra patienter självfallet ej kunnat konkurrera med den utbildade arbetskraften. Den bristande uthållighet missbrukarna visat i sitt arbete, har också utgjort ett handikapp. Det har därför endast i begränsad omfattning varit möjligt att ordna plats genom arbetsförmedlingen. Arbetsvårdens insatser i detta sammanhang har redan belysts.

16.5.7 Ekonomi

Drogmissbrukarens dåliga ekonomi, ofta på gränsen till ekonomisk ruin, är ett välkänt fenomen. Kuratorns insatser får i detta sammanhang ofta begränsas till att hänvisa till socialbyråer och frivilligorganisationer såsom Frälsningsarmén och Stadsmissionen. Vi har upplevt bristen på resurser för social service så starkt, att vi anser oss böra förorda att varje öppenvårdsmottagning får ett utbyggt samarbete med socialvården, helst i form av en s. k. inbyggd socialbyrå integrerad med den övriga verksamheten. M. a.o. en organisation av den typ som ursprungligen var planerad vid Rålambshovskliniken.

Redan tidigare har vi i avsnittet om suicid och suicidalförsök belyst kuratorns roll i vad vi kallat den efteruppsökande verksamheten. Med hänsyn till att kuratorn haft det största antalet tjänstgöringstimmar per vecka har hon förutom kontakt med de anhöriga på ett naturligt sätt blivit en kontaktperson med olika myndigheter och institutioner. Hennes arbete har också medfört ett betydande antal förfrågningar från polis, övervakare och personundersökare.

Kurator Sarap har utifrån sin erfarenhet velat betona hur förvånansvärt ringa kunskap missbrukarna och deras anhöriga alltjämt har om narkotikas skadeverkningar, trots den upplysning, som samhället bedriver i narkotikafrågan. Inte heller förefaller kännedomen om de olika hjälpresurser som tillkommit de senaste åren ha nått ut till allmänheten i någon nämnvärd grad.

16.6 *Sjuksköterskornas erfarenheter*

Sjuksköterskan har hand om tidsbeställning och får således den första kontakten med patienterna och deras anhöriga. Hon framhåller bl. a., att hon ofta förmärkt en viss tvekan hos patienterna, när de fått klart för sig, att de först skall träffa en kurator. Inte så får har frågat om detta är nödvändigt. Detta torde bero på, att många redan har erfarenheter av olika samhällsorgan såsom barnavårdsnämnd, nykterhetsnämnd eller socialbyråer. En kuratorsutredning innebär således i regel bara en upprepning av vad de tidigare varit med om. De flesta vill med andra ord ha sjukvård. Redan tidigare har framhållits, att ett stort

antal patienter inte kommer till mottagningen. Även vid besök hos kuratorn uteblir många, vilket sammanhänger med att de flesta sover på förmiddagarna och därför har svårt att passa tider. När de väl kommer till mottagningen, har sjuksköterskan haft tillfälle att iakttaga hur mer erfarna missbrukare gärna söker kontakt med yngre. Det är således viktigt att ha tillgång till flera väntrum för att undvika onödig sammanblandning av patienterna med olika belastning i socialt och medicinskt hänseende.

Vad attityden till vården beträffar har vi intryck av att patienterna upplever den mänskliga kontakten som positiv. De kommer gärna upp för att prata eller ringer för att diskutera sina bekymmer även andra tider än mottagningsdagar. Även sedan många slutat, har de fortsatt att hålla kontakt med mottagningen genom brev eller vykort. Detta goda förhållande mellan sjuksköterskan och patienterna torde i vårt speciella fall sammanhänga med hennes ålder och erfarenhet, inte minst från många år inom alkoholistvården. Sjuksköterskan vill i detta sammanhang beträffande läkarna framhålla, att patienterna – bortsett från tonårsklientelet – gärna önskar kontakt med den läkare, som är äldst. Sannolikt söker drogmissbrukaren en fadersgestalt på samma sätt som sjuksköterskan blir ett moderssubstitut. Denna erfarenhet har nog överraskat oss. Vi trodde det var en fördel om läkaren var jämnårig med patienten.

I detta sammanhang bör även vikten av kontinuitet i arbetet understrykas, vilket innebär, att personalbyten bör undvikas.

Till sjuksköterskans synpunkter vill vi knyta några reflexioner. Att vi här särskilt uppehållit oss vid hur en erfaren befattningshavare upplevt verksamheten, sammanhänger med den pessimistiska syn, som råder på vården av drogmissbrukare. Vi är väl medvetna om bristerna inom detta vårdområde, men vore resultaten så nedslående som ofta framhävs kunde verksamheten lika väl upphöra. Det som gör, att vi fortsätter, är vår förvissning om att det gäller att få patienterna att hålla ut. Härvid kan den öppna vården fylla en funktion. Vi menar nämligen att den öppna vården i mindre grad ger anledning till de spänningar och konflikter som präglar den slutna vården, oftast förorsakade av patienter med ett starkt utagerande beteende. Vården på sjukhus är förenad med restriktioner som ur patientens synpunkt måste framstå som föga populära. Hit hör bl. a. inskränkning beträffande besök, frigång och permissioner. Dessa faktorer bortfaller helt i öppen vård. Vi har sökt driva en linje, som inneburit, att vi tolererat missbruket ganska länge och endast ordnat med intagning på vårdintyg, när så varit absolut nödvändigt. Vi har således eftersträvat en policy byggd på frivillighet så långt som möjligt och därvid fått acceptera, att patienten ofta uteblivit. Genom att satsa på sådana åtgärder som förekommer i öppen psykiatrisk sjukvård, har vi försökt hjälpa så gott vi kunnat. Sjukskrivit patienten när detta varit nödvändigt, varvid vi emellertid intagit en restriktiv attityd. Utfärdat remiss till psykiatriskt sjukhus, när detta ansetts erforderligt. Försökt ge en understödjande psykoterapi så mycket vi hunnit. Vi har gjort den erfarenheten, att det är främst de primära mänskliga behovens tillgodoseende, som intresserar, dvs. missbrukarens intresse av att få mat, kläder och tak över huvudet. Slutligen har vi på sedvanligt sätt arbetat för att diagnostisera och behandla deras kroppsliga sjukdomar, främst då hepatiterna.

I de senare fallen har vi, som tidigare framhållits, hänvisat till Roslagstulls sjukhus för kontroll – vård för en kroppssjukdom accepteras lättare än behandling för »nerverna». Huvudsaken är, att de sjuka kommer under kontinuerlig tillsyn. Vidare har vi försökt stimulera till att söka arbete, låtit kurator gripa in, när så varit erforderligt. *Med andra ord försökt agera utan hjälp av repressiva åtgärder och så mycket som möjligt i en atmosfär av improvisation och common sense.* Självfallet har detta förutsatt, att inte patienterna varit alltför psykiskt nedgångna. Därvidlag har dock paranoida symtom tolererats, medan svåra toxiska psykoser självfallet motiverat utfärdande av vårdintyg, vilket dock

inte behövt ske alltför ofta. Att så varit fallet torde sammanhänga med att en missbrukare, som är alltför nedgången, ej infinner sig på mottagningen.

Till sist vill vi i detta sammanhang betona, att den dåliga motivation, som drogmissbrukaren initialt uppvisar, efterhand kan förändras även om det kan ta en avsevärd tid i anspråk.

16.7 *Sammanfattande synpunkter på den öppna vårdens organisation*

När behandlingsaspekter diskuteras i samband med drogmissbruk bör beaktas, att missbruket i regel är symtom på en underliggande psykisk störning i form av avvikande personlighet eller tecken på neurotisk utveckling. Behandling av narkotikamissbrukare förutsätter därför att dessa underliggande störningar behandlas sedan själva avgiftningen är genomförd. Det är vidare viktigt att ha klart för sig att narkotikamissbruk karakteriseras av ett i regel långvarigt förlopp med perioder av uttalat missbruk omväxlande med intervall antingen helt fria från missbruk eller präglade av ett mer sporadiskt sådant. Det är därför realistiskt att alltid räkna med recidivrisken som en faktor av betydelse på samma sätt som när det gäller alkoholmissbrukare. *Vid upprättande av ett vårdprogram bör därför drogmissbruk betraktas som en kronisk eller potentiell kronisk sjukdom. Vårdorganisationen bör därför ta sikte på långtidsbehandling. Den öppna vården utgör mot denna bakgrund en naturlig länk i en kontinuerlig vårdkedja i enlighet med de principer som skisserades redan i kommitténs första betänkande.* Det får därvid anses önskvärt att om möjligt begränsa den slutna vården så att denna endast utgör en mindre del av den totala vårdtiden.

En öppenvårdsorganisation bör sträva efter att fånga upp färska fall och efter avgiftning på sjukhus följa patienterna på samma sätt som sedan länge sker inom tuberkulosvård och vård av cancersjuka. En sådan målsättning är givetvis inte lätt att uppnå. Den besvärande bristen på psykiatrer är f. n. en realitet som allvarligt inskränker möjligheterna att planera sjukvården på önskvärt sätt. Bristen på socialarbetare och kliniska psykologer hämmar också utbyggnaden. Tillgängliga resurser måste därför självklart utnyttjas rationellt. Den uppdelning av vårdansvaret på olika huvudmän som förekommer på vissa håll är inte ägnad att skapa en ökad effektivitet i arbetet. För att åstadkomma en erforderlig koncentration av resurserna bör från sjukhus fristående öppna mottagningar undvikas. I den mån särskilda mottagningar för drogmissbrukare förläggs utanför sjukhus bör detta endast ske under förutsättning att en anknytning till nykterhetsvården och/eller socialvård kommer till stånd. Den utbyggnad av socialmedicinskt block som planeras vid bl. a. Huddinge sjukhus och kärnsjukhuset i Skövde förefaller på sikt vara den bästa lösningen och bör därför kunna tjäna som mönster. Huvudregeln bör emellertid vara att den öppna mottagningen anslutes till befintligt sjukhus.

16.8 *Appendix*

I det följande återges i korthet sjukhistorierna för de 11 fall som avlidit.[1]

1. Kvinna, 47 år. Uppväxt och utveckling utan väsentlig anmärkning. Levde i ett lyckligt äktenskap, fick en son. Maken sedermera död efter några år i tbc. Alltid ansett sig ha »klena nerver». Efter makens död plågad av nattliga drömmar fyllda av sexuella symboler, upplevt sig som abnorm. Vid flera tillfällen gjort halvhjärtade suicidalförsök. Började efter hand övergå till lugnande och rogivande medel, typ meprodyl, barbitursyrederivat och liknande. Erhållit dessa medel vid kontakt med läkare under åren. Ofta varit påverkad av både sprit och tabletter, men dock lyckats sköta en enklare syssla som kommunalanställd, trots en daglig konsumtion av 25 st. meprodyltabletter. Höll kontakt med mottagningen under 1 mån, varvid vi medverkade till intagning på sjukhus. Därefter ingen kontakt. Vid efterundersökning upplystes, att pat. ca 8 mån. efter sista besöket hos oss tagit in på hotell och sagt sig ej vilja bli störd. Påträffades död på hotellet genom

[1] Patientberättelserna får *ej* återges i massmedia.

tablettintoxikation (barbiturater).

Bedömd som säkert suicid.

Diagnos: Psykoneuros.

Dödsorsak: Intoxicatio barbiturica.

2. Man, 32 år. Föräldrar skilda. Började använda fenedrintabletter redan i gymnasiet, övergick i 20-årsåldern till att använda morfin dagligen, ursprungligen några ml per dag, sedermera ökat till omkring 100 ml dagl. En tid gått hos en läkare, som försett honom med morfin »legalt». För att klara sin ekonomi gjort sig skyldig till checkbedrägerier och receptförfalskning. Straffriförklarad och vårdad på mentalsjukhus i olika omgångar. Även haft gulsot. Sökte ursprungligen mottagningen i Stadshagen för att få s. k. legal tilldelning, men sade sig sedermera vilja sluta – blivit »tjacktrött». Vi höll kontakt med pat. under 6 mån. och medverkade till intagning på mentalsjukhus vid 2 tillfällen. Vid ett vårdtillfälle på sjukhus förmått medpatienter att injicera. Vid ett annat vårdtillfälle injicerade han sig själv med morfin och tilltvingade sig slutligen utskrivning. Lyckas under behandlingstiden gå ner i doserna till ca 8–10 ml dagligen. Pat. uteblev sedan från mottagningen och 2 mån. senare erfor vi, att han omkommit genom drunkning på grunt vatten. Uppges då ha varit fri från morfin 1–2 veckor före dödsfallet. Enligt anhöriga förelåg ingen misstanke om suicid. Genom sin allmänt nedsatta kondition har pat. sannolikt haft svårt att på egen hand ta sig i land.

Diagnos: Psykopatia.

Dödsorsak: Drunkning.

3. Detta fall redovisat som nr 1 av de 2 fall, som missbruket codeinfosfatkakor, sid. 463.

4. Man, 49 år. Vårdad på psykiatriskt sjukhus upprepade gånger för perioder av förstämning och ångest, varav vid ett tillfälle efter suicidalförsök. Opererad för magsår, men smärtor kvarstod i viss utsträckning även efter operationen. Råddes av en bekant att försöka med preludin och upplevde därvid viss lindring av sina symtom. Använde först tabletter, övergick sedermera till att injicera. Började ungefär samtidigt använda hemineurin för att dämpa ångesten. Äktenskapet, som var barnlöst, började knaka i fogarna, varför hemskillnad uttogs. Vi hade under ca 2 mån. relativt täta kontakter med patienten för att möjliggöra viss stödterapi. Under denna tid minskar missbruket något. Konflikten i äktenskapet fördjupades emellertid alltmer och torde ha bidragit till patientens suicid några månader senare genom överdos av lugnande mediciner.

Bedömd som säkert suicid.

Diagnos: Schizoid personlighet.

Dödsorsak: Suffocatio veneficium.

5. Man, 21 år. Uppvuxen under goda förhållanden som nr 1 av 2 syskon. Vid första kontakten med mottagningen injicerat centralstimulerande medel sedan 2–3 år, främst preludin. Trots goda förutsättningar för studier avbrutit skolgången och börjat som tryckerilärling. Träffade därvid kamrater, som intresserade honom för »knark». Sedan fortsatt att injicera, men lyckades göra uppehåll under sin värnpliktstjänstgöring. Därefter snabbt återfall. Dömd för stölder till skyddstillsyn i 3 år. Kom till mottagningen genom övervakarens försorg. Ådrog sig gulsot under det fortsatta missbruket. Med hänsyn till det kärva läget på arbetsmarknaden förordade vi omskolning i samarbete med arbetsvården. Dessa planer hann inte fullföljas förrän patienten omkom vid en bilolycka. Förde ej själv bilen vid detta tillfälle. Det bör tilläggas, att pat. alltid själv ansåg sig som en s. k. olycksfågel, som ofta råkade ut för olika tillbud, bl. a. vid ett tillfälle ramlat av en spårvagn.

Diagnos: Psykoinfantil personlighet, i övrigt välbegåvad.

Dödsorsak: Traumatisk aortaruptur.

6. Kvinna, 39 år. Född u. ä. Fadern betecknas som svag och karaktärslös. Modern beskrivs som »stark och varm». Inga helsyskon, men 6 halvsyskon, av vilken flera haft svåra spritproblem. Efter avslutad skolgång arbetat som servitris för att därefter bli kassörska i restaurantbranschen. Gift under 6 år, maken svårt alkoholiserad. Äktenskapet barnlöst. Började själv använda alkohol för att döva tristessen, men också för att lindra vissa återkommande depressivt färgade trötthetstillstånd. Vårdades under årens lopp sammanlagt 10 gånger på olika psykiatriska sjukhus. Äktenskapet ledde till skilsmässa, varefter alkoholmissbruket ökade, så att intagning på alkoholistanstalt blev aktuell. Efter hand ett avtagande problem med alkoholen, men började i stället att dämpa sin ångest och olust med meprobamat, som konsumerades i doser om 10–15 tabl. dagligen. Vid några tillfällen i suicidalt syfte överdoserat dessa tabl. Pat. uppsökte mottagningen efter en sjukhusvistelse, och framstod under de 5 mån. vi följde henne som pessimistisk, tidvis sömnlös och utan egentlig motivation för att leva. Uteblev från ett återbesök och påträffades några dagar senare död i sin bostad efter att de föregående dygnen ha överdoserat rogivande tabletter i förening med alkohol.

Diagnos: Neurotiskt-depressivt tillstånd hos hysteroid personlighet.

Dödsorsak: Intoxocatio barbiturica.

7. Man, 38 år. Föräldrar skilda, uppfostrad i enskilt hem. Fadern missbrukat alkohol. Efter avslutad folkskola haft ett stort antal skiftande anställningar. Gift i 10 år. I äktenskapet 3 barn. Skild på grund av eget spritmissbruk.

Började efter hand missbruka centralstimulerande medel och höll på därmed i 3 år, innan kontakt etablerades med oss. Efter skilsmässan haft kontakt med kvinnliga narkotikamissbrukare. Använde de första åren preludintabletter, övergick sedan till injektioner. Ej straffad. Intogs genom vår förmedling en gång å psykiatriskt sjukhus. Pat. höll kontakt med mottagningen under drygt ett halvår, men återföll efter ovannämnda sjukhusvistelse. Ådrog sig senare gulsot. Släppte kontakten med oss och påträffades 4 mån. senare död i sin bostad av polisen i samband med en rutinkontroll av vissa s. k. knarkarkvartar. Död genom överdos, om suicid har ej säkert kunnat utrönas.

Diagnos: Persona immatura, omogen personlighet.

Dödsorsak: Narcotismus chronicus.

8. Kvinna, 25 år. Född u. ä. Fadern alkoholist. Uppvuxen under trista sociala förhållanden. Enligt uppgift våldtagen av berusad fader när hon var 12 år gammal. Bott hos modern med vilken hon ständigt levat i konflikt. Gått 6 klasser i folkskola. Besvärades under dessa år av blyghet och ångest, vågade inte gå i skolan, började skolka. Efter skolans slut aldrig haft ordnat arbete, bott hemma med sin dotter i en halvmodern enrumslägenhet, försörjd av modern och mestadels fått socialhjälp. Började vid 18 års ålder använda nevental och meprobamat för att dämpa sin ångest och sin osäkerhet. Måste ha 3–6 tabl. varje dag, en dos som småningom ökades till 10 tabl. dagl. Vårdad vid 2 tillfällen på psykiatriskt sjukhus för reaktiva depressionstillstånd, men började efter utskrivningen på nytt använda rogivande medel. Pacificerades efter hand alltmer. Dottern lämnades på daghem genom moderns försorg – själv tillbringade patienten tiden hemma, i regel sängliggande. I samband med arbetsvården försökte vi skaffa olika arbeten, men antingen gick pat. ej dit eller arbetade endast någon dag på varje ställe. Försök att förmå pat. acceptera inläggning på sjukhus ledde ej till något resultat, hade endast en önskan, nämligen att få medicin »legalt». I valet mellan förskrivning av oss resp. ett fritt vandrande mellan olika läkare, bestämde vi oss för att t. v. låta pat. behålla en daglig dos nevental. Fick hämta recept varje vecka, som utlämnades på ett namngivet apotek. Injicerade sig vid några tillfällen med preludin och fick efter en tid gulsot. Vi försökte åter skaffa nytt arbete, men pat. blev uppsagd efter några dagar. Fortsatta försök att övertala patienten att lägga in sig på sjukhus misslyckades. Pat. ringde vid ett tillfälle en av läkarna vid mottagningen kl. 02.30 på natten och ville då omedelbart få sjukhusvård. Välkänd på socialvården, som förlorat hoppet om att kunna arbetsplacera henne. Kuratorn försökte kontrollera, att patienten verkligen var på uppgivna arbeten. Patienten övergick senare alltmer till centralstimulerande medel, förvandlade snabbt moderns bostad till en knarkarkvart och måste flytta. Kom alltmer sällan till mottagningen, uppgav att hon skämdes för sitt missbruk och sina sönderstuckna armar. Efter att ha följt pat. i 1 år och 7 mån. upphörde kontakten med oss helt. Då det för oss var uppenbart, att patientens missbruk fortsatte, kunde vi endast förorda, att vårdintyg utfärdades. Vid efterundersökningen ett halvår senare framgick, att pat. suiciderat.

Diagnos: Ångestneuros hos svårt karaktärsstörd person.

Dödsorsak: Veneficium.

9. Man, 33 år. Skilsmässobarn. Uppvuxen i ett hem fullt av stridigheter. Svåra, anpassningsproblem i skolan och småningom relegerad. Omhändertagen av barnavårdsnämnden och placerad i olika hem. Började använda alkohol vid 15 års ålder. Dömd för inbrott och langning. Sedan 1958 använt centralstimulerande medel och nembutal. Under årens lopp vårdad å mentalsjukhus sammanlagt 13 ggr och som regel avvikit från dessa. Övergick efter en fängelsevistelse till att använda metadon och tetrapon, preparat, som erhölls av s. k. legala missbrukare. Endast arbetat vid enstaka tillfällen. Ansåg sig själv vara »psykopat», upplevde sig misslyckad och utan möjlighet att reda upp sin tillvaro. Avvek vid ett tillfälle från sjukhuset genom ett fönster. Återvände samma väg medförande injektionsspruta och ampuller i agiterat tillstånd. Försvann åter genom fönstret och återkom ej. Vid upprepade tillfällen intoxikerat sig och förts till kroppssjukhus. Avvek också från sjukhuset sista gången han var intagen – vid detta tillfälle som kriminalpatient. Påträffades efter en tid död i sin lägenhet.

Diagnos: Psykopatia.

Dödsorsak: Förgiftning med gas.

10. Man, 44 år. Född u. ä. Uppfostrad i fosterhem. Modern vårdad för paranoid psykos. Efter skolans slut haft ett otal anställningar, sedermera dock fast anställning i en underordnad befattning. Till sin natur vek, känslig, självupptagen, dysforisk och med benägenhet för att känna sig utsatt för förtal och iakttagelser. Tidvis ångest, svårt att åka tunnelbana. Började småningom dämpa sina nervösa besvär med alkohol. Gick i långvarig psykoterapi. Upptäckte den lättnad sedativa medel har och började hemfalla åt missbruk av rogivande medel, främst barbitursyrepreparat. Vårdades under årens lopp ett stort antal gånger på psykiatriskt sjukhus för nervösa besvär och försök till avvänjning. Återföll dock regelmässigt efter utskrivning men lyckades i huvudsak klara sitt arbete. Föreslogs eftervård å mottagning-

en i Stadshagen och upplevde detta positivt, men ansåg inte det räckte med av oss ordinerade mediciner, utan höll samtidigt kontakt med andra läkare. Patienten upplevde denna brist på lojalitet mot oss synnerligen plågsamt och det är inte uteslutet, att detta bidrog till hans allmänna känsla av misslyckande. Suicid genom överdos av tabl.

Diagnos: Psykoneuros.

Dödsorsak: Intoxicatio barbiturica.

11. Man, 32 år. Skilsmässobarn. Modern svårt alkoholiserad. Ständiga stridigheter under uppväxtåren. Efter skolans slut endast haft kortare anställningar. Beskriver sig själv som hoppjerka. Började redan som 15-åring få betydande problem med sin alkoholkonsumtion, hemföll snabbt i kriminellt beteende, främst stölder och avtjänade ett flertal fängelsestraff. Säger sig under drygt 10 års tid endast ha varit utanför fängelset 3–4 gånger. Vårdad på psykiatriskt sjukhus vid flera tillfällen bl. a. efter suicidalförsök. Under vårdperioderna aggressiv och föga samarbetsvillig. Endast sällan haft bostadsfrågan ordnad, huvudsakligen tillbringat sin tid med att dricka alkohol. Efter någon eller några dagars alkoholkonsumtion har begäret efter narkotika väckts. Skaffat centralstimulerande medel, som köpts dyrt på den illegala marknaden för pengar, som någon »fästmö» stulit ihop. I grund och botten inställd på att sluta, men samtidigt rädd för att träffa likasinnade på sjukhusen. Under den tid han gick på mottagningen, försökte vi med arbetsvårdande åtgärder men utan resultat. Tillbringade genom vår förmedling en kort tid på folkhögskola, föreföll att trivas men skämdes för sina stickmärken, slutade och tog en kortvarig anställning på en verkstad. Gifte sig så småningom men knarkade ner sig under bröllopsresan. Efter att i ca 1 1/2 år haft kontakt med patienten, upphörde besöken hos oss, vilket patienten motiverade med att han helst ville undvika besök i Stockholm med hänsyn till de frestelser, han där utsattes för. Ett år senare död genom överdos av palfium.

Diagnos: Uppfattad som normalbegåvad men med tecken till tidig karaktärsstörning.

Dödsorsak: Intoxicatio palfium.

Litteraturförteckning

Alström, C. H.: Mortality in mental hospitals with a special regard to tuberculosis, Acta psychiat. et neurol. scand. Suppl. 24 Copenhagen 1942.

Anchersen, P.: On the prognosis of narcomania. Acta psychiat. scand. 22, 153: 1947.

Baeyer, W. von: Zur Genealogie psychopatischer Schwindler und Lügner, Sammlung Psychiat. u. Neurol. Einzeldarstellungen, vol. 7, Leipzig 1935.

Essen-Möller, E.: Undersuchungen über die Fruchtbarkeit gewisser Gruppen von Geisteskranken. Acta psychiat. et neurol. scand. Suppl. 8: 1935.

Herulf, B. Sunesson, T.: Unga narkotikamissbrukare i Stockholm. Läk.tidn. 64: 1936, 1967.

Goldberg, L.: Drug abuse in Sweden Vol. XX No. 1 och 2 1968.

Holmberg, M. B. & Jansson, B.: Experiences from an outpatient department for drug addicts in Göteborg. Acta psychiat. scand. vol. 44: 172: 1968.

Jonsson, C. O.: Några metodologiska synpunkter på psykiatriska personlighetsvariabler. Nord. Psyk. medlemsblad 7, Hft. 3: 1953.

Kolb, L.: Drug addiction. A medical problem. Springfield, Ill, U.S.A. 1962.

Larsson, T. and Sjögren, T. A.: Methodological, psychiatric and statistical study of a large Swedish rural population, Copenhagen 1954.

Lindberg, B. J.: Psychoinfantilism, Acta psychiat. et. neurol. Suppl. 61, 1950.

Ljungberg, L.: Hysteria, A clinical, prognostic and genetic study. Acta psychiat. et. neurol. scand. Suppl. 112, Copenhagen 1957.

Malzberg, B.: Mortality among patients with mental diseases, New York 1934.

McLaughlen, J. J. & W. H. Haines (1959): Drug addiction in Chicago. Illinois med. J. (Citerad efter Retterstöl och Sund 1964).

Maurer, David, W. and Vogel, Victor, H.: Narcotic and Addiction. Tredje upplagan. Springfield Illinois 1967.

Mayer-Gross, W., Slater, E. and Roth, M.: Clinical psychiatry, London 1954.

Narkotikaproblemet. Del 1. Kartläggning och vård. SOU 1967: 25.

Retterstöl, N. och Sund, A.: Drug Addiction and Habituation. Scandinavian University Books. Oslo 1964.

Rüdin, E.: Zur Sterblichkeit der Morphinisten. Arch. Psychiat. Nervenkr. 193, 98: 1955.

Schneider, K.: Klinische psykopatologie, Stuttgart 1955.

Statistisk Årsbok för Stockholms stad, 1968.

Stenstedt, Å.: A study in manic-depressive psychosis, Acta psychiat. et. neurol. scand. Suppl. 79, Copenhagen 1952.

Stumpfl, F.: Erbanlage und Verbrechen, in Foerster, O. und Rüdin, E.: Monographien aus dem Gesamtgebiete d. Neurol. U. Psychiat. vol. 61, Berlin, 1935.

Teigen, A.: Personligt meddelande 1966.

Tähkä, Veikko: The Alcoholic Personality, Helsingfors 1966.

Åmark, C.: A study in alcoholism, Acta psychiat. et neurol. scand. Suppl. 70, Copenhagen 1951.

17 Några synpunkter på öppen behandling av narkotikamissbrukande ungdomar. Rapport till narkomanvårdskommittén angående försöksverksamheten vid Mariapoliklinikens ungdomsavdelning

Staffan Norell Ove Rosengren

17.1 *Inledning*

Denna rapport från Mariapoliklinikens ungdomsavdelning bygger på erfarenheter från en verksamhet som hittills (maj 1969) omfattar bl. a. drygt 900 narkotikamissbrukande stockholmsungdomar. Sommaren 1968 gjordes en genomgång av 543 journaler (tiden 1.1.1967 t. o. m. 30.6.1968) som fått bilda underlag för en beskrivning av ungdomarna (bakgrundsproblematik, problembild, narkotikamissbruk etc.). Redogörelsen för arbetsformerna vid kliniken har kompletterats med vissa önskemål och förslag och i någon mån också mer allmänna synpunkter på behandlingsarbetet. Ett avsnitt ägnas de ungdomar som bedömts vara i behov av, placerats i eller redan varit placerade i andra vårdformer. Berättelsen gör inga anspråk på fullständighet; vissa frågor och synpunkter har bara antytts eller berörts i förbigående, medan andra fått ett jämförelsevis stort utrymme. I ett tilllägg görs ett försök till sammanställning och bearbetning av vissa frågeställningar av intresse för bedömningen av de här ungdomarnas problembild och den utveckling som skett i samband med den polikliniska behandlingen. Rapporten avslutas med en sammanfattning av önskemål och förslag. Avsnitten 4.2 och 6 bygger på ett material sammanställt för barnavårdsnämnden i Stockholm hösten 1968.

17.2 *Klinikens organisation*

Personal (den 1.1.1967): 1 bitr. överläkare, 1 underläkare + 1 underläkare på extra stat (kvällstid), 1 översköterska och 3 mentalvårdare (huvudman: Stockholms stads sjukvårdsstyrelse) samt 1 socialinspektör, 4 1:e socialassistenter och ett årligt anslag av ca 20 000 kr. för extra barnavårdspersonal (huvudman: Stockholms stads barnavårdsnämnd). Därtill kommer kontors- och ekonomipersonal. Slutligen finns laboratorieresurser för analys av rutinprover och toxikologiska prover.

En viss – men i relation till den ökade arbetsbelastningen (jfr. sid. 494) ganska blygsam – *personalförstärkning* har kommit ungdomsavdelningen till del. Den 30.6.1968 hade personalen förstärkts med 1 underläkare (tillfälligt disp. tjänst) och 2 1:e socialassistenter. Senare har medel för ytterligare personalförstärkning beviljats.

Vid ungdomsavdelningen finns 6 *sängplatser* (akutvårdsplatser). Huvuddelen av behandlingsarbetet ligger på *den poliklinska verksamheten*. Social personal finns på avdelningen dagligen kl. 06.30–23 resp. 24 lördagar och söndagar. Läkare tjänstgör på avdelningen måndag–fredag kl. 09–23 samt lördagar och söndagar kl. 16–24. Övriga tider fungerar läkare från Mariapoliklinikens vuxenavdelning som jourhavande läkare för ungdomsavdelningen (inneliggande

patienter och av polis införda ungdomar).

Avsikten har varit att ungdomsavdelningen i första hand skall ta emot alkoholpåverkade ungdomar (ungdomsfyllerister) för avgiftning/akutvård och ungdomar med alkoholproblem för poliklinisk behandling. Det har emellertid visat sig att missbruket i många fall omfattar såväl alkohol som narkotika (växelmissbruk eller i vissa fall blandmissbruk). *Narkotikaproblemet* har kommit att ta en allt större del av resurserna i anspråk. Ungdomsavdelningens uppgifter är i dessa fall utredning/bedömning (inkl. bedömning av lämplig vårdform), samt akutvård och poliklinisk behandling av ungdomar med narkotikaproblem. Avdelningen står öppen för ungdomar under 21 år från Stockholms stad.

En viss uppfattning om verksamhetens omfattning ger följande uppgifter om antalet *under året 1967 nyinskrivna patienter* vid ungdomsavdelningen:

Missbruksform:[1]	
a) alkoholmissbruk	774
b) sniffning (ev. + a)	21
c) narkotikamissbruk (ev. + a + b)	379
Summa	1 174

[1] *Anm.* Ungdomar med blandmissbruk (c+a, c+b eller c+a+b) har placerats i grupp c, då samtliga fall av narkotikamissbruk ansetts vara av intresse i det följande. Uppgifterna blir därmed också jämförbara med t. ex. siffrorna i tab. 2.

Ungdomar med alkoholproblem har alltså svarat för större delen (ca 66 %) av nybesöken under året, medan ungdomar med narkotikaproblem svarat för det största antalet återbesök (sid. 494) och därmed också tagit en större del av resurserna i anspråk.

I det följande kommer diskussionen att begränsas till den del av verksamheten som rör ungdomar med narkotikaproblem. Vad som sägs om arbetsformerna vid ungdomsavdelningen gäller emellertid i tillämpliga delar också de övriga grupperna.

17.3 *Patienterna*

Följande *beskrivning av patienterna* omfattar de 543 ungdomar under 21 år som använt narkotika och under tiden 1.1.1967 t. o. m. 30.6.1968 undersökts och/eller behandlats vid ungdomsavdelningen.

Journalerna vid ungdomsavdelningen innehåller anteckningar av läkare och socialarbetare rörande utredning, bedömning och behandling (i regel från flera återbesök under den aktuella perioden; ofta också från samtal med föräldrar, anhöriga, lärare etc.). De uppgifter som lämnas i tabellerna 1–12 bygger på en genomgång av 543 journaler. Sammanställningen av materialet har aktualiserat behovet av ett mer systematiskt och standardiserat förfarande vid insamlingen av data. En preliminär sammanställning av vissa på förhand preciserade frågeställningar rörande social anamnes och missbruksanamnes har också kommit till användning vid ungdomsavdelningen. Resurser för en konsekvent genomförd systematisering med möjlighet till kontinuerlig uppföljning och bearbetning av hela materialet saknas dock för närvarande. Ett sådant system skulle avsevärt förbättra möjligheterna till bedömning av problemens art och omfattning och till evaluering av behandlingsresultat (jfr. sid. 503).

I det följande beskrivs ungdomarna och deras problem med utgångspunkt från narkotikamissbruket, inte därför att detta varit det enda eller alltid dominerande problemet, utan helt enkelt därför att det i regel varit missbruket som fört dem till ungdomsavdelningen.

17.3.1 Hur har ungdomarna fått kontakt med avdelningen?

Ungdomsavdelningen har tagit emot ungdomar som omhändertagits av *polis* för fylleri. I samband med den utredning som företagits har det visat sig, att 183 ungdomsfyllerister (under tiden 1.1.-67 t. o. m. 30.6.-68) även missbrukat narkotika i någon form. Dessutom har 35 ungdomar, som omhändertagits narkotikapåverkade eller p. g. a. annan befattning med narkotika, under denna tid införts av polis. Sammanlagt 218 ungdomar som använt narkotika har alltså kom-

mit till avdelningen via polis.

Stockholms stads *barnavårdsnämnd* har under den aktuella perioden remitterat 78 narkotikamissbrukande ungdomar för utredning-bedömning och/eller behandling. Denna grupp innefattar ungdomar, som på anmodan av övervakare, ungdomshemspersonal eller – i flertalet fall – utredningsassistent vid barnavårdsbyrå, kontaktat ungdomsavdelningen.

Den tredje och största gruppen utgörs av ungdomar som *»frivilligt»* sökt kontakt med ungdomsavdelningen p. g. a. narkotikaproblem. Av 247 »frivilliga» har 138 kommit på eget initiativ, ev. efter påstötning från föräldrar eller kamrater; 32 har kommit till sitt första besök på remiss från annat sjukhus, 15 på remiss från skolläkare (ev. skolsköterska eller kurator) och 4 från PBU; 19 har inkommit via ungdomsslussen och 2 från Stiftelsen Ungdomskontakt; 20 har införts av barnavårdsnämndens fältassistenter (men f. ö. ej varit aktuella vid BvN) och 17 genom andra personer/institutioner.

Om man ställer missbrukets varaktighet i relation till det sätt på vilket ungdomarna fått kontakt med ungdomsavdelningen (tab. 1), visar det sig att de som har ett mindre omfattande missbruk vanligen införts av polis, medan de som har ett mer långvarigt missbruk i stor utsträckning sökt kontakt på »frivillig» väg.

17.3.2 Narkotikamissbruk, typ och omfattning

Av de 543 ungdomar som använt narkotika och under den aktuella perioden varit i kontakt med ungdomsavdelningen är 390 *pojkar* och 153 *flickor*. Beträffande *åldersfördelning* m. m., se tab. 3–8 (sid. 508 ff). Endast 22 ungdomar var vid första besöket *under 15 år*, men flera har börjat använda narkotika före 15 års ålder. Yngst var en 12-årig flicka som börjat missbruka centralstimulantia vid 11 års ålder. Längsta missbruksanamnes: 6 år – en 20-årig yngling som debuterat vid 14 år.

Tabell 1.

Missbruksanamnesens längd	»frivilligt»	BvN	polis
< 1 mån./sporadiskt	32	17	117
1—11 »	82	31	65
≥ 12 »	133	30	36
Summa (tot. 543)	247	78	218

Missbruksanamnesens längd anses i det följande omfatta hela den tid vederbörande använt narkotika (vid tidpunkten för det första besöket) oberoende av preparat och administrationssätt. Det vore självfallet av intresse att få en mer detaljerad bild av missbrukets omfattning (frekvens, doser, tidpunkt för intravenös missbruksdebut etc.) än den som här presenteras. Som tidigare framhållits saknas dock resurser för en kontinuerlig och systematisk uppföljning och bearbetning av materialet, vilket i detta och – kanske i ännu högre grad – följande avsnitt begränsat möjligheterna till en fyllig redovisning.

I de fall där *intravenöst missbruk av centralstimulerande medel* (främst Preludin, Ritalina, Amfetamin) förekommit, har denna missbruksform nästan genomgående kommit att dominera (307 fall; se tab. 2). I denna grupp har det med få undantag också förekommit ett mer eller mindre underordnat missbruk av cannabis och/eller centralstimulerande medel per os. I 257 fall omfattar missbruksanamnesen 6 månader eller mer.

I 125 fall har *peroralt missbruk av centralstimulerande medel* dominerat, medan även cannabis förekommit i många fall. Som framgår av tabell 2 är det i närmare hälften (60) av dessa fall fråga om ett sporadiskt eller mycket kortvarigt missbruk.

I återstående 111 fall har *cannabis* (i regel »hasch-rökning») dominerat bilden. I flertalet (95) fall rör det sig om en tillfällig eller sporadisk användning, ej sällan i förening med alkohol.

Uppgifter om – i regel kortvarigt eller sporadiskt – missbruk av *opiater* (t. ex. opium eller morfin intravenöst) och *LSD*, vanligen i samband med mer omfattande

Tabell 2. Narkotikamissbruk, typ och omfattning.

Sammanlagt (ungdomar under 21 år)*

Missbruksanamnesens längd	Huvudsakligen missbruk av: cannabis (»hasch»)	centralstim. per os (+ cannabis)	centralstim. intrav. (+ per os + cannab.)
< 1 mån./sporadiskt	95	60	11
1— 2 »	3	7	18
3— 5 »	4	12	27
6— 8 »	5	20	38
9—11 »	—	8	36
12—17 »	2	10	57
18—35 »	1	8	91
≥36 »	1	—	29
Summa (totalt 543)	111	125	307
Uppgifter om:			
opiater	1	8	93
LSD	3	1	28

* Tab. 2 är en sammanfattning av tab. 3—8.

missbruk av centralstimulerande medel, finns i 102 resp. 32 fall (se tab. 2, jfr. också tab. 3–8, sid. 508–510).

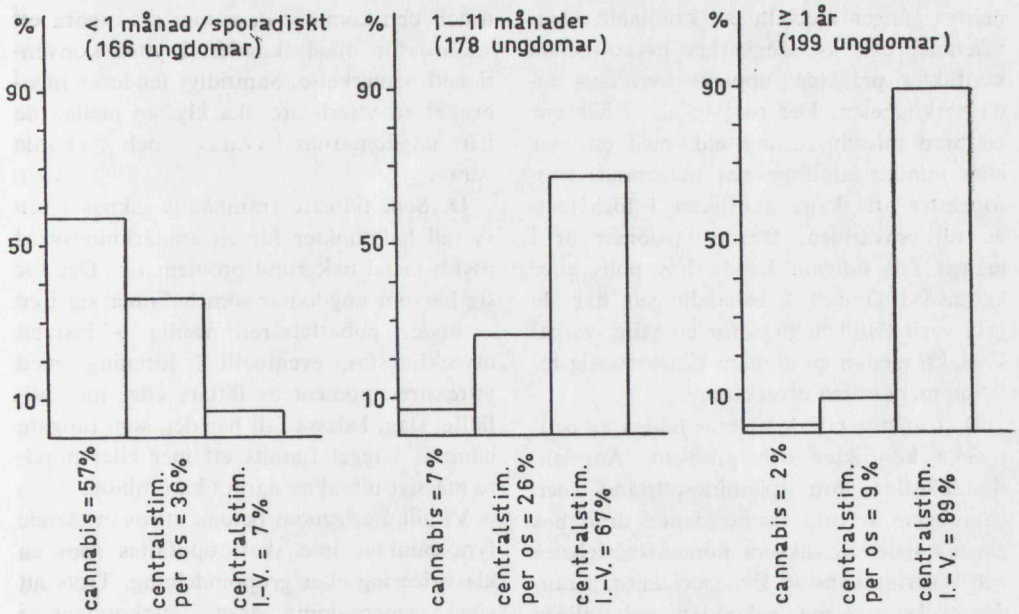
Journalanteckningar rörande missbruk av *sedativa* och *hypnotica* är ofta ofullständiga eller saknas. Erfarenheten visar emellertid att missbruk av barbiturater och diverse andra preparattyper (Valium m. fl.) varit vanligt förekommande, särskilt bland de ungdomar som missbrukat centralstimulerande medel intravenöst. Preparaten har använts – ofta i stora doser peroralt eller intravenöst – vid oro, sömnsvårigheter och »avtändningsbesvär» eller i berusningssyfte. (Jfr. sid. 494.)

Cannabis har varit debutpreparat i det stora flertalet fall – uppskattningsvis för drygt 70 % av de ungdomar som senare huvudsakligen missbrukat centralstimulantia; uppgifter ej tillgängliga i samtliga journaler. Övriga har nästan genomgående debuterat med peroral användning av centralstimulerande medel (dvs. centralstimulantia intravenöst har, liksom opiater och LSD, varit mycket ovanligt vid debuten). Beträffande *missbruksutvecklingen* kan i övrigt nämnas att flertalet av de ungdomar som injicerat centralstimulerande medel använt cannabis och/eller centralstimulerande medel per os en eller flera månader före den intravenösa missbruksdebuten. Dessa uppgifter, hämtade ur journalerna för de ungdomar som använt centralstimulerande medel, kan jämföras med den sammanställning av missbrukets typ och omfattning som gjorts för hela materialet.

Av tabell 2 framgår, att ungdomar med ett sporadiskt eller mycket kortvarigt (< en månad) missbruk i första hand använt cannabis och/eller centralstimulantia per os i över 90 % av fallen, medan ungdomar med en missbruksanamnes omfattande ett år eller mer till nära 90 % tagit centralstimulantia intravenöst. Diagrammen på sid. 489 baserar sig på siffrorna i tabell 2 (överst missbruksanamnesens längd).

17.3.4 Bakgrundsproblematik, problembild – några synpunkter

De över 500 narkotikamissbrukande ungdomar som här diskuteras utgör inte någon homogen grupp vare sig i fråga om bakgrundsproblematik, missbruksutveckling eller aktuell situation. Många kommer från »problemfamiljer» eller har tidigare visat tecken på psykiska och/eller sociala störningar av olika slag. Sålunda var 267 av



Anm: I detta material har alltså flertalet av de ungdomar som fortsatt använda narkotika under en längre tid utvecklat ett intravenöst missbruk av centralstimulerande medel. Däremot ger diagrammen självfallet inte någon bild av i vilken utsträckning ungdomar som tillfälligt eller under kortare tid använt cannabis eller centralstimulerande medel per os fortsatt missbruka narkotika eller börjat injicera centralstimulantia. Det bör kanske också framhållas att man hos ungdomar med ett avancerat narkotikamissbruk ofta finner en omfattande bakgrundsproblematik.

543 ungdomar (nära 50 %) *tidigare kända vid barnavårdsnämnden* (– flera av dessa dock p. g. a. sitt narkotikamissbruk). Av 379 narkotikamissbrukare (under året 1967) har 141 (ca 37 %) uppgifter om *alkoholmissbruk* och 54 (drygt 14 %) uppgifter om *sniffning i anamnesen*. Siffrorna är sannolikt i underkant. Ofta finns uppgifter om anpassningssvårigheter i hem, skola eller arbete, asocialt beteende och ev. kriminell aktivitet. Neurotiska symtom eller andra psykiska störningar har fört en del ungdomar till läkare, psykolog, rådgivningsbyrå e. d.

Trots att *ungdomar med tidigare anpassningsproblem dominerar bilden*, har i vissa fall mer påtagliga psyko-sociala störningar före missbruksdebuten ej kunnat påvisas. Särskilt i fall där användningen av t. ex. cannabis varit utbredd och accepterad i kamratkretsen/gänget finns exempel på utveckling av narkotikamissbruk bland ungdomar med förhållandevis goda inre och yttre förutsättningar.

Liksom varje försök att förklara uppkomsten och utvecklingen av ett narkotikamissbruk med en eller ett fåtal faktorer i de flesta fall ger en alltför schematisk och ofta felaktig bild av förhållandena, måste ett försök till uppdelning av missbrukarna i olika »typiska problemgrupper» leda till en förenklad och onyanserad bild av en mångfacetterad verklighet. Följande schematiska framställning bör inte uppfattas som ett försök till gruppindelning, utan snarare som *ett försök att beskriva några* av de *faktorer eller problemmönster* som – mer eller mindre uttalat, var för sig eller flera tillsammans – förekommit hos flertalet narkotikamissbrukare vid ungdomsavdelningen.

A. Hos många ungdomar har ofullständiga eller avvikande sociala normer avspeglat sig i asocialt beteende och/eller kriminellt agerande redan före missbruksdebuten. Narkotikamissbruket blir i dessa fall ofta, som ungdomarna själva uttrycker det, »bara en grej», ett led i en livsföring som av den

många gånger asocialt, ev. kriminellt identifierade, och av långvariga psyko-sociala konflikter präglade, upplevs som den enda verkligheten. Det rör sig alltså här om en bred missanpassningsbild, med ett mer eller mindre impulspräglat utagerande som fortsätter att skapa konflikter i förhållande till omvärlden. Dessa ungdomar är i många fall tidigare kända hos polis eller barnavårdsnämnd. I behandlingen har de ofta varit lättillgängliga för en ytlig, verbal kontakt, medan en djupare känslomässig relation mera sällan utvecklats.

B. I många fall domineras bilden av neurotiska konflikter och problem. Ängslan, skuldkänslor, inre spänningstillstånd och hämningar är ofta framträdande drag hos dessa ungdomar, liksom kontaktsvårigheter och isoleringskänslor. Ev. asociala utageranden tycks vara mer sekundära och utlösta av inre spänningstillstånd snarare än hämningslöst impulsstyrda. Narkotikan har här inneburit en kortvarig frist från oro, ängslan och ångest. På längre sikt har besvären i regel accentuerats i samband med missbruket. Dessa ungdomar har ej sällan tidigare besökt läkare eller psykolog p.g. a. »nervösa besvär». Påtagligt upplevda subjektiva besvär förenas här ofta med en grad av känslomässig mognad som ger möjlighet till insikt och behandlingsmotivation och i många fall en fördjupad behandlingskontakt.

C. Ofta leder skillnaden mellan vad de här ungdomarna »verkligen är» och vad de känner att de »borde vara» till en känsla av osäkerhet, otillfredsställelse och mindervärde. Förväntningar och krav från föräldrar, anhöriga och samhälle upplevs i relation till »misslyckanden» i verkligheten. För känsliga, sköra ungdomar med låg stresstolerans får problemen än större dimensioner. Ett behov att dra sig undan kraven, att finna andra värderingsnormer, målsättningar och ideal får ofta stöd i en gänggemenskap, där man tar avstånd från av samhället premierade målsättningar och vägarna att nå dessa mål. Narkotikamissbruket upplevs inte sällan som ännu ett led i såväl gruppgemenskapen som protesten och kommer dessutom att utgöra ett »alibi» för misslyckanden i yttre konventionell bemärkelse. Samtidigt tenderar missbruket att ytterligare öka klyftan mellan de här ungdomarnas »vara» och »borde vara».

D. Som tidigare framhållits saknas i vissa fall hållpunkter för en anmärkningsvärd psyko-social bakgrundsproblematik. Det rör sig här om ungdomar som befinner sig i en – under pubertetsåren vanlig – instabil utvecklingsfas, eventuellt i förening med yttre stressmoment av lättare eller mer tillfälligt slag. I dessa fall har det, som tidigare nämnts, i regel funnits ett mer eller mindre massivt utbud av narkotika i miljön.

Vi vill återigenom betona att ovanstående fyra punkter inte skall uppfattas som en klassificering eller gruppindelning. Trots att vissa gemensamma drag återkommer i många fall, bör de individuella olikheterna och variationerna i problembilden framhållas.

Ser man på de här ungdomarnas *uppväxtsituation* finner man att de ofta fått uppleva otrygghet och instabilitet i hemmiljön, och att relationerna till föräldrarna i många fall präglats av brist på känslomässig värme och närhet. Många kommer från splittrade familjer eller hem där föräldrarnas oenighet om, eller inkonsekvens i, uppfostran varit påtaglig. I vissa fall har en överbeskyddande eller behärskande fostrarattityd försvårat den unges frigörelse och utveckling mot en självständig social roll. Ibland har föräldrarnas egen asocialitet, kriminalitet eller alkoholmissbruk (i ett fåtal fall också narkotikamissbruk) och deras av misstro och avståndstagande präglade attityd till samhället fått tjäna som förebild för barnen. I många fall har alltså den unges relation till vuxenvärlden–samhället redan tidigt kommit att präglas av osäkerhet, misstro och distans.

Samtidigt som narkotikamissbruket och den därmed sammanhängande livsföringen ofta accentuerar tidigare konflikter och svårigheter, *för missbruket* också *med sig nya psyko-sociala problem.* Vi bortser här från de fall där missbruket haft en mer tillfäl-

lig karaktär (< 1 mån./sporadiskt) och står alltså (tab. 2) inför ett material där missbruk av centralstimulerande medel dominerat i mer än 95 % av fallen. Utan att närmare gå in på problemens art och omfattning skall några ofta återkommande drag[1] nämnas: A) Missbruket har i det stora flertalet fall medfört en försämrad studie-/arbetsprestation, ofta i samband med omfattande frånvaro. I många fall har ungdomarna avbrutit sina studier eller förlorat sitt arbete. B) Livsföringen i samband med missbruket (tillsammans med »gänget», i »kvartar» etc.) har ej sällan inneburit att den unge varit borta från hemmet under dygn eller veckor. Föräldrarna har ibland vänt sig till polis (för efterlysning) eller BvN (för anmälan). C) Akuta familjekonflikter, många gånger av allvarligt slag, har inte varit ovanliga i detta sammanhang. D) Dold eller uppdagad kriminalitet (i första hand snatteri, stölder o. d. har ofta förekommit. E) »Langning» eller försäljning av narkotika, vanligen i mindre omfattning, har också varit vanligt. F) Tidigare intressen, målsättningar och framtidsplaner har i regel kommit alltmer i bakgrunden. G) Kamratkontakter och umgängesvanor (både i förhållande till eget och motsatt kön) har ofta förändrats.

Psykiatriska komplikationer har inkluderat akuta paranoida reaktioner och psykotiska episoder, som dock mera sällan (i ett 10-tal fall) kvarstått mer än ett dygn. Sömnrubbningar och orostillstånd har varit vanligt förekommande. Dysforiska eller depressiva reaktioner har förekommit i många fall. Fyra *dödsfall* i samband med »olycksfall», där narkotikans ev. roll såvitt känt ej klarlagts, finns antecknade under tiden 1.1.1967 t. o. m. 30.6.1968. Bland *somatiska komplikationer* kan nämnas hepatit (se tab. 9), lokala bakteriella infektioner (i samband med intravenöst missbruk) och påtaglig viktminskning (vid missbruk av centralstimulantia).

17.4 *Ungdomsavdelningen*

17.4.1 Något om arbetsformer och behandlinkskontakt (se även avsnitten 17.4.2 och 17.5).

Många av de ungdomar som kommit för behandling har, som tidigare nämnts, haft anledning att känna sig stå i opposition till omvärlden eller känt sig inte kunna leva upp till yttre krav och förväntningar. De har därför också haft svårt att identifiera sig med det som samhälle och omvärld representerar, att solidarisera sig med den etablerade tillvaron och dess målsättningar. Trots försök att skapa egna livsmål och lyckoideal kvarstår samtidigt oftast en känsla av misslyckande och mindervärde, en känsla av att »stå utanför». Inre missnöje och otillfredsställelse projiceras i sin tur lätt på samhället och dess representanter. När *läkaren/socialarbetaren* i den terapeutiska relationen tvingas spela rollen av auktoritet och representant för en institution eller myndighet och med uppgift att tillvarata samhällets intressen, är han därför redan »be-

[1] Det vore självfallet av intresse att kunna ge en mer nyanserad bild av dessa förhållanden, korrelation till missbrukets typ och omfattning etc. (Jfr sid. 503.)

Tabell 9.

Uppgifter om hepatit i anamnesen		I % av antalet intrav. missbrukare
Pojkar under 15 år		
» 15—17 »	41 fall	53
» 18—20 »	96 »	69
Flickor under 15 »		
» 15—17 »	25 »	54
» 18—20 »	28 »	62
Summa	190 »	62

lastad» på ett sätt som avsevärt försvårar eller t. o. m. kan omöjliggöra en fortsatt behandling.

Ungdomarna har inte sällan kommit till behandlingen efter påstötningar från *föräldrarna.* Men även i andra fall har föräldrar och anhöriga i regel ett starkt intresse i behandlingen. Auktoriteten–fostraren har många gånger haft en störd relation till den unge och försöker ofta fortsätta att förmedla sin attityd via terapeuten. *Samhället,* kanske representerat av skola, barnavårdsnämnd, polis e. d., har också ett starkt intresse och mål i behandlingen, ev. förenat med vissa yttre krav. *Terapeuten* själv, slutligen, kommer under behandlingen ofta att befinna sig i »svåra» situationer, präglade av osäkerhet, kanske känslor av olust och obehag. Han har också möjlighet att i behandlingen komma med förslag, krav eller åtgärder som ur hans synpunkt kanske ter sig »tryggare», »säkrare» eller helt enkelt bekvämare. Det finns alltså en rad »intressenter» i behandlingsprocessen, och vad som är »bäst» för dem är inte nödvändigtvis »bäst» för patienten. Det är inte förvånande att missbrukaren själv i många fall kommer att inta en passiv attityd till omvärldens bemödanden och sin egen situation.

Falsk auktoritet och artificiell distans skapar lätt ett behandlingsklimat, där den unge upplever att behandlingen är mer ägnad att tillfredsställa andra än att hjälpa honom själv. Patienten/klienten blir gärna »objekt» i stället för »subjekt». En reaktion som ligger nära till hands är den passivt undanglidande. Om man vill få en ung människa att fungera i mer eller mindre komplicerade sociala relationer måste behandlingen kunna erbjuda en kontakt präglad av värme och närhet. Om en av målsättningarna är att få den unge att känna ansvar för sig själv och visa ansvar gentemot andra, måste också behandlingen vara en samarbetsprocess, där han väcks till medansvar och aktivt engagemang.

Den amerikanske psykiatern Otto A. Will jr. har beskrivit några av svårigheterna i den terapeutiska relationen vid behandlingen av en 20-årig narkotikamissbrukande hippyflicka: »To her I was a square, a member of the establishment, a 'shrink' so bound by training and ideology that anyone not sharing his own values was sick and likely to be locked up until he saw things in the 'right' way . . .», och »Perhaps I was annoyed at her wish to escape from a system which so many of us accepted and usually could avoid noticing; I didn't like my attention being called to it.»

Vid *ungdomsavdelningen* har det varit en strävan att möta ungdomarna och deras problem under öppna och okonventionella former. Avdelningen har – tillsvidare inhyst i en barack – erbjudit en vardaglig, personlig och föga »institutionell» atmosfär. Olika personalgrupper har kunnat mötas i ett nära och informellt samarbete, en gemenskap som också påverkat kontakten med de ungdomar som kommit för behandling. Här har det för terapeuten varit en målsättning att sträcka sig utanför rollen som läkare eller socialarbetare mot en öppen personlig kontakt. Personalens relativt låga genomsnittsålder har också underlättat en kommunikation på mer jämställd nivå. I regel har inga vita rockar förekommit och »du» använts som ömsesidigt tilltalsord. Så långt möjligt har ungdomarna tagits emot även utanför ett fixerat tidsschema. Erfarenheter från det praktiska arbetet har i hög grad tillåtits påverka och utveckla arbetsformerna vid kliniken och därmed också aktualiserat vissa praktiska förslag och önskemål (sid. 494 f.).

För att få en bild av den unges situation görs en utredning av uppväxt- och hemförhållanden, skol-/arbetssituation och fritidsaktiviteter, men också av hans psykiska och somatiska status, missbruk etc. I samband med den sociala och medicinska utredningen upptas i regel en tids inledande poliklinisk kontakt och observation. Syftet är i första hand att skapa underlag för en bedömning av lämplig behandlingsform och förutsättningarna för en fortsatt poliklinisk behandling. En uppgift blir självfallet att motivera den unge för en fortsatt adekvat vård eller behandling, men också att öp-

pet diskutera och stimulera alla konstruktiva och realistiska förslag från hans egen sida. Av de narkotikamissbrukande ungdomar som under den aktuella perioden varit i kontakt med ungdomsavdelningen har, efter detta inledande skede (som i regel omfattat 2–4, ev. flera besök), ungefär hälften bortfallit. Dessa ungdomar har a) befunnits vara i behov av, eller redan varit placerade i annan vårdform (se sid. 499 f), b) *ej* tillhört Stockholms stad eller c) *ej* bedömts vara i behov av fortsatt behandling – men i många fall kallats för kontrollsamtal i ett senare skede. Den sistnämnda gruppen omfattar huvudsakligen ungdomar med lättare eller mer obetydliga psyko-sociala störningar och ett sporadiskt eller mycket kortvarigt missbruk. Ungefär hälften av ungdomarna har alltså fortsatt en poliklinisk behandling vid avdelningen.

Arbetsformerna vid ungdomsavdelningen har skapat förutsättningar för en mycket långt gående samordning av sociala och medicinska vårdinsatser. En läkare och en socialarbetare svarar gemensamt för behandlingen i det enskilda fallet. Problemens art – och kanske i ännu högre grad förutsättningarna att etablera en från terapeutisk synpunkt givande kontakt – avgör vem som kommer att svara för huvuddelen av behandlingskontakten. Speciella problem i behandlingen och frågor av mer allmänt intresse diskuteras vid regelbundna personalkonferenser och vid mer improviserade sammankomster.

De ungdomar som kommer för behandling står ofta under en akut yttre stress, en konfliktsituation i förhållandet till föräldrarna, ett förlorat arbete eller en avbruten skolgång, trassliga kamratrelationer, kanske en »förstörd» ekonomi osv. Problemen är många och situationen kan ofta subjektivt te sig »hopplös», hindren oöverstigliga. Genom praktiska hjälpåtgärder kan en del av svårigheterna elimineras och den omedelbara stressen reduceras, samtidigt som behandlingskontakten och -motivationen utvecklas. Socialarbetarens uppgift är här inte att överta, utan att stimulera till initiativ, ansvar och aktivt engagemang. För att i den fortsatta behandlingen skapa förutsättningar för en successiv stabilisering av den unges sociala situation, krävs i regel en fortlöpande social vägledning och ofta en aktiv kontakt med föräldrar, skola, arbete etc. Socialarbetaren svarar också för förmedling och uppföljning av kontakter med arbetsförmedling, arbetsvårdsbyrå, socialbyrå osv. Genom barnavårdsnämnden ges möjlighet till ekonomisk hjälp för vissa ändamål (utbildning, utrustning och uppehälle e. d. i vissa fall).

Fortlöpande samtal med rådgivning, stöd och ledning för ungdomarna och i vissa fall även deras föräldrar har, liksom andra former av stödjande psykoterapi, utgjort en väsentlig del av behandlingsarbetet. I vissa fall har en mer insiktsbetonad samtalsterapi med begränsade målsättningar kunnat bedrivas. Ett begränsat antal ungdomar har bedömts lämpade för – och i några fall också kunnat remitteras för – en mer omfattande insiktsbetonad psykoterapi. En kortare tids inläggning på någon av avdelningens akutplatser har kunnat ske på medicinska, psykiatriska eller i vissa fall sociala indikationer, eller för avgiftning vid akut intoxikation. I många fall har behandlingen av långvariga eller återkommande ångest- och orostillstånd, sömnrubbningar och liknande skapat särskilda problem. Frågor som hör samman med användningen av sedativa och hypnotica i sådana fall (»läkemedel åt läkemedelsmissbrukare») är av särskilt intresse (se nedan). Den medicinska behandlingen av somatiska komplikationer såsom hepatit, bakteriella infektioner etc. och psykiatriska komplikationer såsom akuta psykotiska reaktioner skall inte närmare beröras i detta sammanhang. Det förtjänar att omnämnas, att dessa ungdomar ofta drar sig för att självmant uppsöka läkare p. g. a. somatiska besvär, antingen dessa direkt sammanhänger med missbruket eller ej. I den fortlöpande behandlingskontakten vid ungdomsavdelningen har vissa sjukdomar (luftvägsinfektioner, gastrit, ulcus och gonorré är några konkreta exempel från journalerna) »fångats upp» och behandlats eller remitterats för behandling.

Tabell 10.

Antal läkarbesök under tiden 1.1.1967 t. o. m. 30.6.1968

1	besök:	128 ungdomar
2— 4	»	165 »
5— 9	»	126 »
10—14	»	43 »
≥15	»	81 »
Summa:		543 ungdomar

(*Anm.* Återbesök efter den 30.6.1968 och besök hos socialarbetare redovisas ej i tab. 10, som alltså inte ger någon bild av behandlingens omfattning i det enskilda fallet.)

Återbesöksfrekvensen har varierat avsevärt alltefter de aktuella problemens art och omfattning, från 3–4 besök/vecka till stödjande samtal eller »kontrollsamtal» med någon månads mellanrum. Kontakten med de 543 ungdomar med narkotikaproblem som här diskuteras, representeras under tiden 1.1.1967 t. o. m. 30.6.1968 av ett utrednings- och behandlingsarbete motsvarande sammanlagt ca 5 500 besök hos socialarbetare och 3 819 läkarbesök. De senare fördelar sig enligt tabell 10.

Många av de här ungdomarna besväras under behandlingen av oro, ångest och sömnsvårigheter etc. Kravet på »en medicin som verkligen hjälper» kan grunda sig på påtagliga subjektiva besvär och därmed sammanhängande svårigheter att fungera socialt, en påstådd eller verklig risk för återfall i vissa skeden och en allmän uppfattning om – kanske också tidigare erfarenheter av – behandlingens innebörd. I vissa fall finns indikationer för en förskrivning av sedativa eller hypnotica, i andra fall är indikationerna tveksamma eller saknas. Under alla förhållanden måste riskerna för missbruk av dessa läkemedel beaktas: Många ungdomar har tidigare erfarenheter av peroralt eller intravenöst missbruk av sådana medel (sid. 488), som tillhandahållits på den illegala marknaden. Andra har på denna marknad fått t. ex. centralstimulerande medel i utbyte mot recept på dämpande medel som en »generös» behandling försett dem med. Slutligen bör man beakta de här ungdomarnas ofta överdrivna intresse för och fixering vid »nervtjack» som en »lösning» på problemen. Det finns alltså skäl till en avsevärd restriktivitet och till försiktighet vid valet av preparat. Vid ungdomsavdelningen har medicinering aldrig förekommit som isolerad behandlingsform, men i vissa fall varit *ett led i en behandling där fortlöpande samtalsterapi i förening med social vägledning och aktivering stått i centrum.* Inga större kvantiteter har utlämnats, utan ungdomarna (som i dessa fall i regel återkommit flera gånger/vecka) har vid varje besök fått vad som motsvarat behovet fram till nästa återbesök. Riskerna för överdosering och missbruk har därigenom kunnat nedbringas, men självfallet inte helt elimineras.

17.4.2 Synpunkter, önskemål och förslag

Vad kan göras för att möta svårigheterna i den polikliniska behandlingen av unga narkotikamissbrukare? Vilka förbättringar kan uppnås genom en utveckling av arbetsformerna? I vilka avseenden bör resurserna byggas ut? Några frågor av intresse i detta sammanhang diskuteras i följande 10 punkter med utgångspunkt från de praktiska erfarenheterna från verksamheten vid ungdomsavdelningen:

A) *Möjligheter att ta emot ungdomarna utanför ett fixerat tidsschema.* Målsättningen bör givetvis vara bestämda återbesökstider, men ungdomar som kommer på »fel» tid, utan förhandsanmälning etc. får inte avvisas. En öppen mottagning för narkotikamissbrukande ungdomar bör under alla förhållanden ha möjlighet att fungera enligt »drop-in-principen», vilket också för den unge innebär en känsla av trygghet i behandlingssituationen. Därtill bidrar också:

B) *Dygnet-runt-jour.* Mottagningen bör inte vara begränsad till vissa tider på dagen eller vissa dagar i veckan. Det faktum

att ungdomsavdelningen nattetid (kl. 23/24.00–06.30) endast kan ta emot ungdomar som omhändertagits av polis medför att ungdomar som under denna tid självmant söker hjälp p. g. a. återfall, orostillstånd, paranoida reaktioner etc. måste avvisas.

C) Många ungdomars osäkerhet och ambivalens bidrar till att de uteblir från avtalade återbesök, vilket inte behöver betyda en negativ inställning till fortsatt kontakt. Ett sådant »avhopp» kan höra samman med livsföringen i samband med missbruket, återfall e. d., och svårigheterna förstärks vanligen av skuldkänslor över att ha »misslyckats», uteblivit från avtalad återbesökstid etc. Den avbrutna behandlingen följs i många fall av ett intensifierat missbruk, en allt starkare anknytning till rollen som »knarkare» och en känsla av att »ingenting hjälper». Ungdomar som på detta sätt »lyckats» avbryta en behandling tycker sig ofta få bekräftelse på en tidigare känsla av att »dom bryr sig i alla fall inte om vad som händer mig». Erfarenheter av detta slag har legat till grund för den *aktiva uppföljning* som – så långt resurserna räckt till – bedrivits vid ungdomsavdelningen. Målsättningen har varit:

1) att utan dröjsmål kalla uteblivna patienter per telefon, genom brev eller hembesök,

2) att inte avbryta en pågående behandling annat än genom personligt besök av den unge, där han inte längre bedömts vara i behov av fortsatt behandling eller där en fortsatt adekvat behandling ordnats på annat sätt.

En av de allvarligaste konsekvenserna av de bristande resurserna i den polikliniska verksamheten är utan tvivel att denna aktiva uppföljning inte kunnat bedrivas i full utsträckning.

D) Svårigheterna att nå dessa ungdomar, att följa upp behandlingen och att skapa en tillräckligt nära kontakt mellan kliniken och ungdomarna »på fältet» är några orsaker till behovet av en *uppsökande verksamhet*. Av intresse i detta sammanhang är inte bara möjligheterna att skapa motivation för en fortsatt behandling och att förmå nya missbrukare att söka vård, utan också möjligheterna till fortlöpande kontakt, stöd och aktivering, möjligheterna att skapa alternativ när det gäller fritidsaktiviteter, kamratkontakter etc. Resurser för en sådan verksamhet saknas i stor utsträckning. Ett begränsat *samarbete* med barnavårdsnämndens fältassistenter och i viss mån ungdomsslussen och Stiftelsen Ungdomskontakt har bedrivits med goda erfarenheter.

E) Ungdomar med narkotikaproblem kommer i många fall från »problemfamiljer» och missbruket skapar i regel ytterligare konflikter och slitningar inom familjen. Rädsla, osäkerhet och misstänksamhet skapar en atmosfär präglad av irritation och förebråelser (»du har väl inte varit ute och tagit nu igen? . . . visa armarna!» etc.) Inte sällan förstärks ev. motsättningar rörande uppfostran och andra konflikter mellan föräldrarna. Bakom deras ibland fördömande, bortstötande eller kanske överbeskyddande attityd döljer sig ofta skuldkänslor, osäkerhet och en känsla av misslyckande. Kan föräldrarna påverkas till ökad insikt och förståelse för problemen och kan deras ofta resignerade attityd i någon mån vändas till en aktivt stödjande insats, ökar möjligheterna till en gynnsam utveckling. Föräldrarna känner också ofta behov av ett stöd från någon som kan reducera deras känsla av att vara ensamma med ett »hopplöst» problem. Det torde vara överflödigt att ytterligare motivera behovet av att i många fall utvidga behandlingskontakten till att omfatta även föräldrarna (genom fortlöpande samtal, hembesök, telefonkontakt etc.). På grund av det snabbt växande antalet vårdbehövande ungdomar och de ännu bristfälliga resurserna har *ett aktivt »familjearbete»* av denna typ endast kunnat genomföras i ett begränsat antal fall.

F) Erfarenheterna från ungdomsavdelningen ger stöd för uppfattningen att *en långtgående samordning av medicinska och sociala vårdinsatser* är en grundläggande förutsättning för ett meningsfullt behandlingsarbete med unga narkotikamissbrukare. Ett sådant arbete kräver bl. a. resurser för bedömning och behandling av psykiska stör-

ningar, somatiska och psykiatriska komplikationer till missbruket, intoxikationstillstånd etc., samt resurser som möjliggör en aktiv social vägledning och sociala hjälpåtgärder i olika former, placering för vård i drogfri miljö med möjlighet till omhändertagande i vissa fall (sid. 497) osv. Vid ungdomsavdelningen har under drygt 2 år ett nära och informellt samarbete mellan medicinsk och social personal utvecklats med mycket goda erfarenheter.

G) Ungdomsavdelningen fungerar som *specialklinik* för utredning och bedömning av ungdomar med missbruksproblem. Detta förhållande medför utan tvivel en rad fördelar. Sålunda finns det ingen annan patient- eller problemgrupp som konkurrerar med missbrukargruppen om vårdresurserna. Samtidigt reduceras risken för nyrekrytering av missbrukare bland andra psyko-socialt instabila, kanske »disponerade» ungdomar inom samma vårdenhet. En specialiserad vårdform ger också ökade möjligheter att på ett rationellt sätt tillvarata och bearbeta praktiska erfarenheter när det gäller bedömning och behandling av ungdomar med narkotikaproblem. Ett problem som sammanhänger med att många ungdomar med likartade problem sammanförs under behandlingen är risken att nya, ur behandlingssynpunkt ogynnsamma kontaktvägar öppnas t. ex. i överfyllda väntrum. En väg ur denna svårighet erbjuder:

H) En uppdelning av verksamheten på flera mindre kliniker. Även i andra avseenden erbjuder *små enheter,* gärna lokaliserade till områden med omfattande problem, många praktiska fördelar. Genom att erbjuda vården där vårdbehovet finns, görs den mer lättillgänglig. Samtidigt ökar möjligheterna till en intensiv kontakt med såväl ungdomarna som deras föräldrar. Vidare underlättas samarbetet med fältarbetare, rådgivningsbyråer, skolor, polis etc. i området. Små enheter ger också vården den personliga, »icke-institutionella» prägel som framstår som så betydelsefull i arbetet med dessa ofta svårkontaktade ungdomar. Varje försök att på papperet »rationalisera» vården genom att skapa stora enheter kommer i praktiken att ge en ineffektiv vårdform.

En uppdelning av verksamheten på flera kliniker kommer att medföra vissa problem, exempelvis risken för att en missbrukare uppsöker flera mottagningar med dubbelmedicinering m. m. som följd. Detta och andra problem kan mötas genom:

I) *En nära samordning* av *och gemensam organisation* för de olika vårdenheterna, innefattande bl. a. gemensamt patientregister. Ett intimt samarbete med bl. a. gemensamma arbetskonferenser skulle också ge bättre möjligheter att tillvarata erfarenheterna när det gäller bedömning och behandling av ungdomar med narkotikaproblem.

Den personalförstärkning som kommit ungdomskliniken till del har varit nödvändig med hänsyn till den stora tillströmningen av ungdomar med narkotikaproblem. Men samtidigt har denna utveckling medfört, att de problem som följer med en stor enhet alltmer kommit i dagen. Det är därför vår uppfattning, att en fortsatt utbyggnad av resurserna för att möta det ökande behovet bör ske genom upprättandet av ytterligare enheter. *Ett konkret förslag:* två eller tre mindre polikliniker för behandling av ungdomar med missbruksproblem i Stockholm. Social och medicinsk personal, resurser för en aktiv uppföljning av behandlingen i det enskilda fallet (punkt C), möjligheter till en vidgad verksamhet med bl. a. uppsökande verksamhet och aktiv föräldrakontakt (punkterna D–E). Bör knytas direkt till en större klinik av typ ungdomsavdelningen med resurser för inläggning (sängplatser) och ständigt öppethållande (dygnet-runt-jour). En nära samordnad verksamhet (under ledning av t. ex. en överläkare och en barnavårdsinspektör) med gemensamma arbetskonferenser, gemensamma former för journalskrivning och registrering samt gemensamma resurser för uppföljning av verksamheten och bearbetning av materialet (sid. 503). Bör kunna fungera som en försöksverksamhet med möjlighet att låta erfarenheter och resultat av uppföljningen påverka den fortsatta verksamheten och ev. ytterligare utbyggnad av resurserna.

J) Av grundläggande betydelse för arbetet i den öppna vården är möjligheterna till placeringar i och samarbete med andra vårdformer, såväl på sjukvårds- som på barnavårdssidan. I arbetet vid ungdomsavdelningen har långa väntetider många gånger försvårat eller t. o. m. omöjliggjort sådana placeringar. *En förbättrad samordning med andra vårdformer* och i vissa avseenden ökade resurser framstår som mycket betydelsefullt för att den polikliniska verksamheten skall kunna fungera tillfredsställande (jfr t. ex. sid. 500).

17.5 *Tvång – frivillighet*

Barnavårdslagen medger *tvångsingripanden* bl. a. i fall där ungdomar under 21 år (20 år fr. o. m. 1.7.69) missbrukar narkotika. Samtidigt företräder lagen ett individuellt behandlingstänkande med sikte på att bereda ungdom den vård och behandling som är bäst ägnad att utveckla och stimulera vars och ens positiva förutsättningar. Indikationer för ingripande i dessa fall återfinns främst i lagens § 25 b. I första hand finns möjlighet till *förebyggande åtgärder* (§ 26) i form av *stöd- och hjälpåtgärder* (mom. 1), *behandlingsföreskrift* (mom. 3) eller *övervakning* (mom. 4). I andra hand medger lagens § 29 *omhändertagande* för samhällsvård med placering i enskilt hem eller ungdomshem. Slutligen finns möjlighet för barnavårdsnämnden att ansöka om *placering i ungdomsvårdsskola* för den omhändertagne (§ 36). Mera sällan (främst betr. ungdomar med psykotiska reaktioner e. d.) har *vårdintyg*, enligt lagen om beredande av sluten psykiatrisk vård i vissa fall, legat till grund för ett tvångsingripande. I de fall som kräver ett sådant ingripande ger alltså stark påverkan av föräldrarna etc. Det är lagstiftningen möjlighet till tvångsåtgärder i en rad olika former. Det bör självfallet vara en strävan att i tillämpningen av denna lagstiftning tillvarata möjligheterna till ett individuellt behandlingstänkande.

Många ungdomar har under olika former av påtryckningar, tvång eller hot om »andra åtgärder» kommit för behandling – t. ex. via polis, BvN, under mer eller mindre stark påverkan av föräldrarna etc. Det är naturligt att ungdomarna i en sådan situation ofta har en negativ förhandsinställning och inte väntar sig att få någon hjälp. Möjligheterna att etablera en behandlingskontakt och ett samarbete för en konstruktiv utveckling och förändring av den unges situation står i viss utsträckning i relation till hans inställning och förväntningar. Han kan därför många gånger finna belägg för sin uppfattning att behandlingen »inte är till någon hjälp». Samtidigt döljer sig bakom många ungdomars initialt negativa attityd till vård och behandling en osäkerhet, oro och ängslan och en känsla av misslyckande som i sig rymmer ett behov av, och en önskan om, hjälp och stöd. Den unge är i många fall så blockerad av sin problematik – av den osäkerhet och otrygghet som präglar hans tidigare erfarenheter och hans aktuella situation – att allt tal om målsättningar och framtidsplaner ter sig ganska meningslöst. Vad som kunde eller borde vara möjligheter till en positiv utveckling, en hoppfull framtid, ter sig bara som en förnyad konfrontation med problem han redan misslyckats med att lösa, svårigheter inför vilka han redan givit upp. Den unge upplever behandlingen inte som en möjlighet till hjälp och stöd, utan som ökade krav i en redan svår situation. Först när det kommer till stånd en grundläggande kontakt där ängslan och förtvivlan kan reduceras, kan han se på sin situation mer konstruktivt och själv medverka till en förändring.

Att en ung människa skall reagera adekvat på ett yttre tryck eller hot om tvång, straff etc. förutsätter att hon har en känsla av egenvärde och betydelse, att hon har förmåga att överblicka sin framtid och uppleva att den kan bli både bättre och sämre, att hon kan känna hoppfullhet lika väl som oro och rädsla i förhållande till sitt beteende. I annat fall förlorar de yttre kraven, hotet eller tvångsåtgärderna mycket av sin betydelse och innebörd.

Dessa synpunkter kanske i någon mån kan bidra till att klargöra behovet av, och

innebörden i, en initial kontakt som utgångspunkt för ev. tvångsingripande, omhändertagande, placering etc. En sådan kontakt är motiverad inte bara för att möjliggöra utredning-bedömning utan kanske främst av rent terapeutiska skäl. Därav följer också att en åtgärd (t. ex. placering) som är adekvat i sig, kan te sig inadekvat om den inte kommer in i ett från terapeutisk synpunkt meningsfullt sammanhang. Som exempel kan nämnas fall där man inte tillvaratagit självupplevda motiv för en förändring av den aktuella situationen, utan där plötsliga och oförberedda tvångsingripanden i stället bidragit till att förstärka den försvarsattityd och antisociala hållning som många av de här ungdomarna bär på. En placering kan alltså bli aktuell efter en kortare eller längre tids poliklinisk kontakt, vilket inte behöver innebära att den öppna behandlingen varit en »felsatsning», utan att den varit önskvärd eller nödvändig för att skapa bättre förutsättningar för den aktuella placeringen. Detta innebär inte att långa väntetider kan accepteras. En placering bör kunna företas när förutsättningarna för en gynnsam utveckling i den alternativa vårdformen ter sig optimala, varken förr eller senare.

Vi har i många fall en benägenhet att se – iaktta, studera, notera, diagnosticera – vad som är felaktigt och sjukt snarare än vad som är friskt och rymmer positiva utvecklingsmöjligheter. Det kan vara frestande att möta den unge narkotikamissbrukaren med en auktoritär »expert»-attityd, med »adekvata åtgärder» och snara, oförberedda tvångsingripanden. Allt detta bidrar lätt till att förstärka hans försvar, passiva hållning eller negativa attityd, istället för att stödja och stimulera de självupplevda motiven för en medverkan till förändring i positiv riktning. Ett dynamiskt behandlingstänkande, inte ett dogmatiskt åtgärdstänkande, bör vara vägledande för bedömningen av de här ungdomarnas situation och vårdens utformning. Detta gäller inte minst i tillämpningen av t. ex. barnavårdslagen, som i sig ger utrymme för sådana initiativ.

Som tidigare nämnts har ungdomarna ofta sökt kontakt med ungdomsavdelningen på frivillig väg, varför det varit en naturlig strävan att bibehålla behandlingens frivilliga karaktär – detta även om den polikliniska kontakten visat sig otillräcklig. Följaktligen har placeringar i t. ex. enskilt hem i flera fall företagits utan beslut om samhällsvård. Naturligtvis blir det här fråga om en bedömning från fall till fall: ofta har det från terapeutisk synpunkt erbjudit avsevärda fördelar att kunna arbeta med utgångspunkt från de möjligheter den frivilliga behandlingskontakten erbjuder, i andra fall har ett samhällsvårdsbeslut ansetts önskvärt eller nödvändigt för att ge placeringen ökad stabilitet.

Det bör framhållas, att detta resonemang grundar sig på erfarenheter från poliklinisk behandling av narkotikamissbrukande ungdomar, alla under 21 år, och att det även bland dessa ungdomar i ett antal fall varit motiverat att föra in vissa allmänpreventiva synpunkter i diskussionen av vårdfrågan (t. ex. vid mer omfattande »narkotikalangning» e. d.). Synpunkterna ovan hänför sig till ett individuellt behandlingstänkande relevant för flertalet av de ungdomar som varit i kontakt med ungdomsavdelningen.

17.6 *Ungdomar placerade i andra vårdformer*

En genomgång av journalerna för de 543 ungdomar som använt narkotika och under tiden 1.1.1967 t. o. m. 30.6.1968 varit i kontakt med ungdomsavdelningen, ligger till grund för följande uppgifter om behov av och placering i andra vårdformer m. m.

A) Många (267) ungdomar var redan vid tidpunkten för den första kontakten med ungdomsavdelningen kända av barnavårdsnämnden. Flera (103) av dessa var vid denna tidpunkt omhändertagna av och placerade genom barnavårdsnämnden. Se tabell 11.

Den andra gruppen (b) omfattar i första hand ungdomar som vistats i öppna ungdomshem i Stockholm. En del av dessa har, i samband med intoxikationstillstånd, psy-

kotiska reaktioner e. d., lagts in på någon av avdelningens akutplatser. I andra fall har en tids poliklinisk behandlingskontakt kommit till stånd (vanligen på begäran av ungdomshemspersonalen, övervakare eller ungdomarna själva). I denna grupp ingår dessutom ett antal ungdomar som permitterats från eller avvikit från upptagningshem utanför Stockholm och införts till eller själva vänt sig till ungdomsavdelningen.

Den tredje gruppen (c) inkluderar dels ungdomar som permitterats från eller avvikit från ungdomsvårdsskola, dels ungdomsvårdsskoleelever som placerats för vård utom skola.

B) I många fall har ungdomarna, efter inledande utredning och kontakt vid ungdomsavdelningen eller i samband med en fortsatt poliklinisk behandling bedömts vara i behov av en alternativ vårdform under kortare eller längre tid. I vissa fall har sjukhusvård varit indicerad p. g. a. somatiska eller psykiatriska komplikationer eller sjukdomstillstånd (sid. 491 och 493). I andra fall har övervägande sociala störningar och en fortsat missbruksutveckling motiverat en tids vård i drogfri miljö (enskilt hem, i vissa fall ungdomsvårdsskola etc.). En sammanfattning av antalet placeringar i andra vårdformer återfinns i tabell 12.

Gruppaktiviteten kring narkotika, de förväntningar som är knutna till den och den känsla av engagemang, samhörighet och identitet den erbjuder, blir för många ungdomar den del av tillvaron som i allt större utsträckning formar deras referensram, värderingar och relationer. Samtidigt ger gruppen sanktion för och stimuli till ett beteende som annars utlöser fördömande och skuldkänslor. Livsföringen innebär en allt starkare förankring i ungdomsgrupper, där narkotikamissbruk ofta förenas med asocialitet och kriminalitet i olika former. En väsentlig målsättning för behandlingen måste därför vara att skapa alternativ till den dynamiska utvecklingen i gruppen av problemungdomar och att utveckla den unges relationer och anknytning till ett socialt och meningsfullt sammanhang. Mot bakgrund av dessa och andra förhållanden står det klart att man i flertalet fall är benägen att föredra individuella vårdmiljöer (t. ex. enskilt hem) framför kollektiva (jfr. sid. 500).

I de fall där den polikliniska behandlingskontakten inte fungerat tillfredsställande och där mer omfattande psykiska och/eller sociala störningar inte omöjliggjort en placering i *enskilt hem,* har denna möjlighet i regel tagits upp till diskussion. Detta särskilt när relationsstörningar inom familjen och andra problem i hemmiljön spelat en framträdande roll. Genom att i den polikliniska kontakten tillvarata och stimulera den unges medverkan och engagemang, ökar förutsättningarna för att placeringen skall fungera tillfredsställande. Möjligheterna till en gynnsam utveckling ökar också om fosterföräldrarna är väl informerade och förberedda för sin speciella uppgift, och om såväl fosterföräldrar som den unge själv kan erbjudas en fortsatt kontakt och ett fortsatt stöd av den som tidigare svarat för den polikliniska behandlingskontakten. Detta ger behandlingen ökad *kontinuitet* och underlättar i ett senare skede en poliklinisk upp-

Tabell 11.

Redan placerade i	
a) enskilt hem	3 ungdomar
b) ungdomshem	47 »
c) ungdomsvårdsskola	53 »

Tabell 12.

Placering efter kontakt med ungdomsavdelningen:	
a) enskilt hem	29 + 21 F
b) ungdomshem	13
c) ungdomsvårdsskola	21
d) sjukhus	24
	S:a 87 + 21 F = 108

Anm. F = placering i familj som ordnats privat av t. ex. föräldrarna (utan medverkan av BvN), vanligen hos släktingar i landsorten e. d.

Anm. En del ungdomar har under den aktuella tidsperioden placerats flera ggr, ev. i olika vårdformer t. ex. först d) eller b), därefter a). Siffran 108 anger det sammanlagda antalet placeringar, medan antalet ungdomar som blivit föremål för placering är något lägre.

följning och eftervård. Personella resurser och möjligheter till en sådan aktiv uppföljning och därmed kontinuitet i behandlingsarbetet saknas f. n. i stor utsträckning.

Det har många gånger varit förenat med avsevärda svårigheter att få till stånd en placering i enskilt hem. Till följd av bristen på kvalificerade hem för detta ändamål har det uppstått väntetider. Av 29 fall, där ett sådant miljöombyte förmedlats av barnavårdsnämnden i Stockholm, finns preciserade uppgifter om väntetid i 16 journaler. Tiden från den dag då framställning gjorts till barnavårdsnämndens fosterhemsbyrå till den dag ett hem kunnat erbjudas, varierade från 1 till 16 veckor med ett genomsnitt av drygt 5 veckor. I några fall har en placering aldrig kommit till stånd. Väntetider på en eller flera månader har vanligen inneburit ett fortsatt eller accelererat missbruk, asocialitet, i många fall kriminalitet och en allt mer sviktande behandlingsmotivation. I några fall har en annan vårdform (t. ex. ungdomsvårdsskola) blivit aktuell innan placeringen kommit till stånd. Bristen på enskilda hem begränsar också möjligheterna att välja och få fram ett hem med de speciella förutsättningar som svarar mot önskemålen i det enskilda fallet. Svårigheterna att på ett meningsfullt sätt ordna fortsatt utbildning eller arbete i den nya miljön sammanhänger dessutom med andra förhållanden (bl. a. den lokalisering till landsbygd och mindre samhällen som av andra skäl ofta är önskvärd).

I många (21) fall har föräldrarna själva ordnat en tids miljöombyte hos släktingar, bekanta eller på annat sätt. För en del ungdomar med de nödvändiga förutsättningarna, och där missbruket varit av mindre omfattning, har t. ex. folkhögskola kunnat erbjuda en möjlighet till miljöombyte i förening med en fortsatt utbildning. Denna möjlighet bör naturligtvis inte utnyttjas annat än i därför särskilt lämpade fall, efter noggrant övervägande och förhandskontakt med vederbörande rektor.

För ungdomar som bedömts kunna klara en anpassning till ett kollektiv i storstadsmiljön, och där hem- eller bostadssvårigheter varit framträdande, har en placering i öppet *ungdomshem* i Stockholm varit ett tänkbart alternativ. Denna möjlighet har i regel inte utgjort något alternativ utan snarare ett komplement till en fortsatt poliklinisk behandling. I en del fall har en mer tillfällig vistelse i ungdomshem blivit nödvändig för ungdomar som varit i behov av men tvingats vänta på placering i annan vårdform. I sammanlagt 13 fall har ungdomar efter kontakt med avdelningen flyttat till ungdomshem.

I 21 fall har ungdomar med narkotikaproblem placerats i *ungdomsvårdsskola*. Det har i regel varit ungdomar som redan före missbruksdebuten visat prov på ett asocialt och kriminellt agerande, som sedan ytterligare förstärkts i samband med ett ofta omfattande och intensivt narkotikamissbruk. I många fall har det redan i ett tidigt skede funnits tecken till personlighetsstörningar och svårigheter i den sociala rollanpassningen (jfr t. ex. punkt A, sid. 489). Prognosen varierar givetvis, men torde i genomsnitt vara sämre än för övriga grupper.

En påtaglig försiktighet och i många fall tveksamhet när det gällt att placera ungdomar med narkotikaproblem i stora kollektiv (ungdomshem, ungdomsvårdsskolor) och särskilt i öppna eller halvöppna kollektiv i storstadsmiljön, grundar sig inte bara på risken för fortsatt missbruk eller spridning av missbruket inom en sådan vårdform utan kanske i ännu högre grad på de problem som sammanhänger med gruppdynamik och gruppåverkan (jfr sid. 499). *Det är vår uppfattning att man här, liksom i den polikliniska verksamheten* (punkt H, sid. 496) *så långt möjligt bör eftersträva en utveckling mot små vårdenheter med en personlig, »icke-institutionell» prägel.* Dessutom måste man här bl. a. när det gäller lokaliseringsfrågan, ta hänsyn till krav på en drogfri miljö.

Barnavårdsnämnden, sjukvårdsstyrelsen och socialstyrelsen svarar för olika delar av den vård som i dag erbjuds unga narkotikamissbrukare. En sådan uppdelning medför självfallet vissa olägenheter. I många fall där ungdomar med narkotikaproblem

varit i behov av en tids vård i drogfri miljö, har en ibland nästan obefintlig *samordning mellan olika vårdformer* omöjliggjort en akdekvat behandling med nödvändig flexibilitet och kontinuitet. I många fall har det också varit svårt att åstadkomma en tillräckligt nära *samordning av medicinska och sociala* vårdinsatser. Samtidigt har *bristande vårdresurser* ej sällan medfört långa väntetider och alltför korta vårdtider.

Ett annat problem har varit *det bristande antalet vårdalternativ*. Den polikliniska behandlingen har i många fall (under en 18-månadersperiod för ca 20 % av de narkotikamissbrukande ungdomar som kommit för behandling) visat sig otillräcklig i den meningen *att* den inte kunnat förhindra ett fortsatt eller accelererat missbruk, asocialitet, kriminalitet, tilltagande psykiska störningar, ev. somatiska komplikationer etc. och *att* en tids miljöombyte och vård i drogfri miljö ansetts nödvändig för att bryta denna utveckling. Ofta har dock bristande motivation, stabilitet och anpassningsförmåga i ett sådant skede försvårat eller omöjliggjort en placering i enskilt hem. När denna möjlighet trots otillfredsställande förutsättningar försökts i några fall, har resultaten till stor del varit nedslående (öppna konflikter med rymningar och fortsatt missbruk som följd etc.). Psykiska eller somatiska sjukdomstillstånd har i ett begränsat antal fall motiverat en tids sjukhusvård, men för det stora flertalet av dessa ungdomar har ungdomshem och ungdomsvårdsskola utgjort de enda vårdalternativen.

Vi återkommer här till de problem som sammanhänger med vård av ungdomar med narkotikaproblem i stora kollektiv. Dessa har delvis berörts tidigare – se sid. 500. Beträffande förutsättningar och vårdbehov för de ungdomar som här diskuteras, visar en genomgång av journalerna bl. a. *att* en placering i öppet ungdomshem i Stockholm sällan bedömts som en tillfredsställande form av »miljöombyte» i dessa fall; *att* flertalet av ungdomerna saknat den breda missanpassningsbild och massiva anamnes som i regel kännetecknat dem som placerats i eller varit placerade i ungdomsvårdsskola och *att* det i många fall funnits särskilda skäl till tveksamhet eller återhållsamhet när det gällt placering av psykiskt sköra eller labila, kanske lättpåverkade ungdomar i vårdkollektiv av denna typ. Svårigheterna att finna en lämplig vårdform för dessa ungdomar har medfört att de i många fall kommit att utgöra en »belastning» för vissa vårdformer (främst ungdomsavd., enskilda hem, ungdomshem) genom att vara särskilt krävande ur behandlingssynpunkt samtidigt som resultaten varit nedslående. Sannolikt skulle möjligheterna till en gynnsam utveckling i dessa fall avsevärt förbättras om en mer aktivt stödjande behandling kunnat erbjudas i ett tidigare skede.

Bland de försök som gjorts med alternativa former för vård i drogfri miljö skall ett tas upp i detta sammanhang: Genom barnavårdsnämnden i Stockholm ordnades sommaren 1967 ett miljöombyte för 4 narkotikamissbrukande ungdomar som tillsammans med ledare tillbringade en månad på en gård i Sörmland. Ungdomarna besökte Mariapol. för samtal och undersökning före avresan och efter återkomsten till Stockholm. De *möjligheter till aktivering i en liten grupp i drogfri miljö* som här skapades svarar väl mot behovet för flertalet av de »svårplacerade» ungdomar som diskuterats ovan och torde även i många andra fall vara ett värdefullt vårdalternativ. Några av erfarenheterna från detta försök kan kanske sammanfattas på följande sätt: A) Vårdtiden bör inte vara för kort (en månad torde under alla förhållanden vara i underkant). B) Särskilt intresse bör ägnas planeringen av stimulerande och omväxlande aktiviteter under vårdtiden, något som kanske i sista hand blir avgörande för möjligheterna att förverkliga målsättningarna. C) En meningsfull behandling kräver också resurser för att skapa förutsättningar för en förändring av ungdomarnas sociala situation när de återvänder till storstadsmiljön, bl. a. genom att i tid ordna ev. bostad, arbete/skolgång etc.

Önskvärdheten av en fortsatt och utvidgad försöksverksamhet med vård av narkotikamissbrukande ungdomar i små grupper

(max. 6–8 ungdomar) i drogfri miljö framgår av ovanstående. Av stor betydelse är självfallet urvalet av ungdomar (och naturligtvis också av ledare!) för en sådan grupp. Svårigheterna att i realiteten skapa en drogfri miljö bör kanske framhållas. Här ställs särskilda krav på lokalisering, resurser för kontroll samt restriktioner för besök och permissioner m. m. Samtidigt bör ungdomarna på allt sätt stimuleras till ett aktivt engagemang och medansvar och till en roll i många avseenden rakt motsatt den patient-/klient-roll som mer eller mindre omyndigförklarar en passiv vårdtagare i botten på vårdhierarkin. Även i dessa avseenden bör en liten vårdenhet/grupp ge ökade möjligheter, men i sista hand avgörande är naturligtvis personalens förmåga att möta ungdomarna i en positiv gemenskap. Möjligheten till identifikation med vården och dess målsättning är här av grundläggande betydelse.

Ett vårdalternativ av det här slaget bör knytas direkt till *en* poliklinisk enhet. Detta dels för att inte få en alltför heterogen eller »belastad» grupp, dels för att få till stånd en tillräckligt nära samordning och skapa kontinuitet i behandlingen samtidigt som tidsödande formaliteter och långa väntetider i görligaste mån elimineras och möjligheter till en enhetlig poliklinisk uppföljning och eftervård garanteras. En sådan samordning bör dessutom kunna trygga ett samarbete med läkare och socialarbetare (även under vårdtiden) och öka möjligheterna till en utvärdering av behandlingsresultat, som i dessa fall bör ske gemensamt för båda vårdformerna.

17.7 *Tillägg – ett försök till sammanställning: problembild/evaluering*

Vid ungdomsavdelningen saknas, som tidigare framhållits, resurser för uppföljning och bearbetning av materialet med avseende på problemens art och omfattning, evaluering av behandlingsresultat osv. Därmed saknas också de väsentliga förutsättningarna för att presentera en sammanställning baserad på ett systematiskt insamlande av data med avseende på vissa på förhand preciserade frågeställningar. Den redovisning som här följer har tillkommit under tidspress och utan möjlighet till betydelsefullt förarbete. Frågeställningarna har formulerats i efterhand, varför uppgifterna från journalerna i vissa fall fått kompletteras med intervjuer. Vissa svårigheter att objektivt gradera och definiera de olika frågeställningarna har inte kunnat ägnas tillräcklig uppmärksamhet. *Trots att denna sammanställning alltså bygger på förutsättningar som i flera avseenden är otillfredsställande,* hoppas vi att den skall bidra till att ge en bild av de här ungdomarnas situation och dessutom ge ett visst underlag för bedömning av utvecklingen i samband med behandlingen. Under alla förhållanden torde den ge belägg för önskvärdheten av särskilda resurser för att i fortsättningen möjliggöra en mer välplanerad och genomarbetad redovisning baserad på en större del av materialet.

Som utgångspunkt för undersökningen har vi valt de narkotikamissbrukande ungdomar som påbörjat en behandling och återkommit för minst 5 läkarbesök under tiden 1.1.1967 t. o. m. 30.6.1968 och under denna tid inte behandlats i annan vårdform. Av de 180 ungdomar som uppfyller dessa krav har ett slumpmässigt urval av 20 % = 36 ungdomar fått bilda underlag för denna sammanställning. Vissa faktorer (betr. skol-/arbets- och familjesituation, kamratrelationer, fritidsaktiviteter, kriminalitet och narkotikamissbruk) får här ge en bild av ungdomarnas situation under en viss tid (2 månader) före det första besöket[1] och under motsvarande tid före det sista besöket[2] under perioden. Utvecklingen under tiden från det förra till det senare tillfället har, som framgår av diagrammen, övervägande varit »positiv» med avseende på samtliga variabler, vilket inte hindrar att det i enskilda

[1] Stapeldiagrammet till vänster = 1, vilket alltså motsvarar förhållandena »före behandling». (Sid. 503 ff.)

[2] Stapeldiagrammet till höger = 2, vilket i flertalet fall inte motsvarar förhållandena »efter behandling», utan snarare »efter påbörjad/under pågående behandling».

1. SKOLA / ARBETE:

= arbetar ej / går ej i skola, men önskar arbete / skolgång

= arbetar ej / går ej i skola, önskar ej arbete / skolgång

A. FRÅNVARO. Arbetar / studerar med:

= lägre (ingen) frånvaro

= måttlig — hög (ca. 20–50%) frånvaro

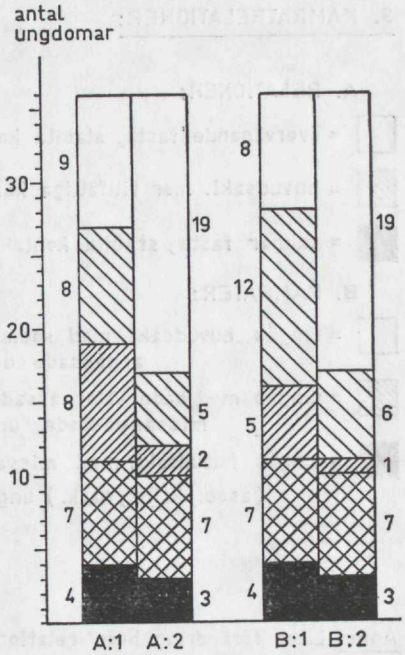
= mycket hög frånvaro

B. PRESTATION (VITSORD):

= hygglig — god (över minimikrav)

= acceptabel (motsv. minimikrav)

= otillräcklig (under minimikrav)



Anm.: Förändring främst betr. de ungdomar som redan haft arbete / gått i skola.

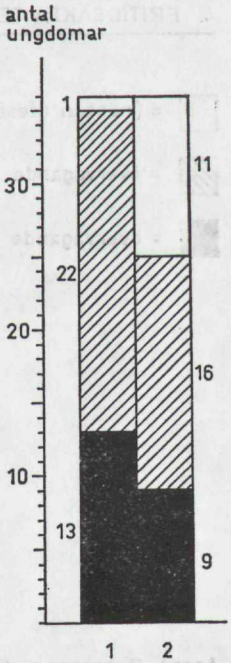
2. FAMILJERELATIONER:

Störningar / konflikter i förhållandet till föräldrarna / fostrarna:

= mer obetydlig

= måttliga — lättare eller mer tillfälliga

= allvarliga



Anm.. Försök till enhetlig bedömning, men svårigheter med gradering.

3. KAMRATRELATIONER:

A. RELATIONER:

= övervägande fasta, stabila kontakter

= huvudsakl. mer tillfälliga kontakter

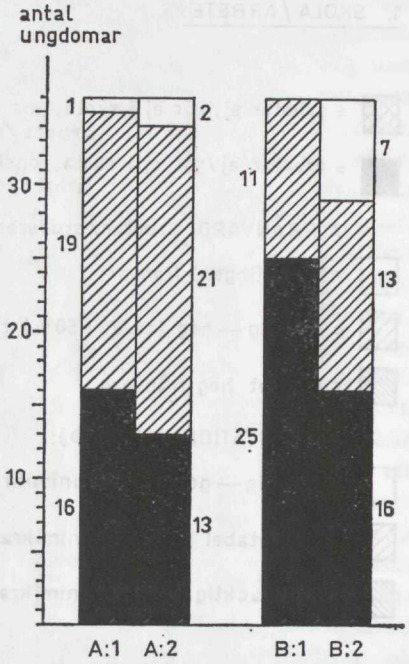
= saknar fasta, stabila kontakter

B. KAMRATER:

= umgås huvudsakl. med socialt välanpassade ungdomar

= umgås med både välanpassade och missanpassade ungdomar

= umgås huvudsakl. med missanpassade (asoc., krim., nark.) ungdomar



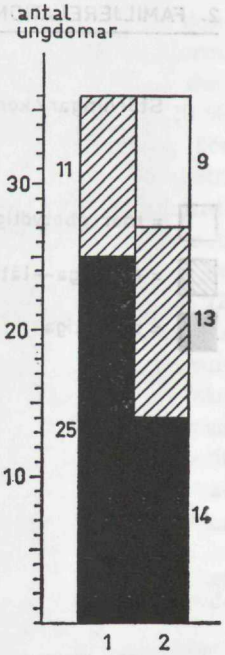
Anm.: Liten förändring betr. relationernas stabilitet kan förklaras av den förhållandevis korta observationstiden och av svårigheter i bedömningen.

4. FRITIDSAKTIVITETER:

= (nästan uteslutande) socialt accepterade fritidsakt.

= övervägande socialt accepterade, men även ej accepterade fritidsakt.

= övervägande socialt ej accepterade fritidsakt. ("knarkaktivitet", asocialitet etc.)



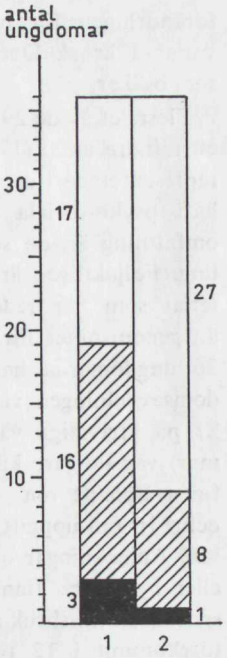
Anm.: Begreppen "socialt accepterade" resp. "ej accepterade" kan bli föremål för olika värderingar.

5. KRIMINALITET:

= inga uppgifter om kriminalitet

= snatteri, småstölder och liknande (lättare kriminalitet)

= måttlig — grav kriminalitet



Anm.: Såväl "dold" som "uppdagad" kriminalitet. Ej narkotikainnehav för eget bruk. Trots att uppgifterna endast avser en kort tidsperiod (2 mån.) är siffrorna sannolikt i underkant.

6. NARKOTIKAMISSBRUK:

A = cannabis

B = centralstim. per os

C = centralstim. I.–V.

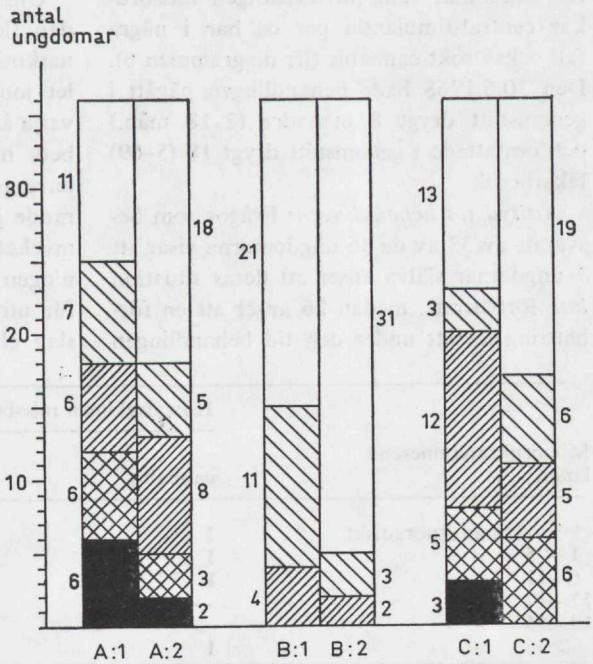
= ingen uppgift om missbruk

= mindre än 1 dag/vecka

= 1–2 dagar/vecka

= 3–4 dagar/vecka

= 5–7 dagar/vecka



fall skett en »negativ» utveckling och att förändringen för hela materialet i någon variabel är så liten att den får betraktas som osäker.

Flertalet av de 293 ungdomar som p. g. a. ett mindre antal (1–4) läkarbesök *inte* finns representerade i denna sammanställning har haft psyko-sociala störningar av mindre omfattning än de som fortsatt en behandling. Följaktligen är ungdomarna i det material som här redovisas mer »belastade» än genomsnittet för hela materialet. Av de 36 ungdomarna har 11 kommit till ungdomsavdelningen via polis, 4 via BvN och 21 på »frivillig» väg. Flertalet (26 ungdomar) var tidigare kända vid BvN. I 27 fall finns uppgift om alkoholmissbruk/fylleri och i 16 fall uppgift om sniffning i anamnesen. Anteckningar om missbruk av sedativa eller hypnotica finns i 11 fall. Ett i regel sporadiskt missbruk av opiater eller LSD har förekommit i 12 resp. 6 fall. Missbruksanamnesen i övrigt framgår av tabellen nedan.

Då intravenöst missbruk av centralstimulantia dominerat har det ofta förekommit ett mer eller mindre underordnat missbruk av cannabis och/eller centralstimulantia per os. De ungdomar som huvudsakligen missbrukar centralstimulantia per os har i några fall också rökt cannabis (jfr diagrammen/6). Den 30.6.1968 hade behandlingen pågått i genomsnitt drygt 8 månader (2–18 mån.) och omfattade i genomsnitt drygt 18 (5–69) läkarbesök.

Attityd till behandlingen: Frågor som besvarats av 33 av de 36 ungdomarna visar att 7 ungdomar själva anser att deras situation *inte* förbättrats, medan 26 anser att en förbättring inträtt under den tid behandlingen pågått. Av de sistnämnda anser ingen att förbättringen skett oberoende av behandlingen; 18 anser att behandlingen i viss utsträckning bidragit till förbättringen medan 8 anser att den i stor utsträckning är ett resultat av behandlingskontakten.

17.8 *Resurser för bearbetning av materialet*

Önskvärdheten av ökade möjligheter till uppföljning och bearbetning av materialet med avseende på problemens art och omfattning, evaluering av behandlingsresultat osv. har tidigare berörts i flera sammanhang (sid. 486, 487 och 502 f). De nuvarande formerna för journalskrivning vid ungdomsavdelningen har medfört att den genomgång och bearbetning av 543 journaler som ligger till grund för uppgifter och tabeller i denna rapport:

a) varit mycket tidsödande,

b) med avseende på flera väsentliga frågeställningar givit en ganska onyanserad och schematisk bild av förhållandena, ibland med onödiga felkällor (jfr t. ex. sid. 502).

c) Vissa förhållanden av stort intresse har överhuvudtaget inte kunnat redovisas, annat än som en grov uppskattning eller en allmän erfarenhet (jfr t. ex. sid. 491).

Ungdomsavdelningens arkiv omfattar redan flera tusen journaler för alkohol- och narkotikamissbrukande ungdomar och antalet journaler ökar med mer än 1 000 för varje år. Möjligheterna att i framtiden bearbeta materialet med de metoder som här använts och med utgångspunkt från nuvarande journalform får därför betraktas som mycket små. Resurserna vid ungdomsavdelningen har utnyttjats till bristningsgränsen för utrednings- och behandlingsarbete. Anslag eller personella resurser för bearbet-

Missbruksanamnesens längd	Huvudsakligen missbruk av		
	cannabis	centralstim. per os	centralstim. intrav.
<1 mån./sporadiskt	1	3	1
1— 5 »	1	1	2
6—11 »	1	3	3
12—17 »	—	2	7
18—35 »	—	—	9
≥36 »	1	—	1

ning av materialet saknas. Frågan är alltså närmast om – och i så fall hur – man skall skapa förutsättningar för att i fortsättningen rationellt kunna tillvarata erfarenheterna från försöksverksamheten vid ungdomsavdelningen. Ett hålkortssystem är en möjlighet som har diskuterats, men med hänsyn till det stora antalet frågeställningar/uppgifter i varje journal och det stora antalet journaler skulle även ett sådant material på kort tid bli ganska ohanterligt. Ett system med datajournaler skulle ge väsentligt större möjligheter och är på längre sikt kanske den enda tänkbara lösningen. Vi överlåter frågan om möjligheterna att bättre tillvara erfarenheterna från försöksverksamheten till huvudmän och andra berörda, medan journalmaterialet fortsätter att växa . . .

17.9 *Sammanfattning av önskemål*

1. En rad synpunkter och önskemål när det gäller utformningen och utvecklingen av *den polikliniska verksamheten* har tagits upp i anslutning till beskrivningen av arbetsformerna vid ungdomsavdelningen (sid. 494 f).
2. Behovet av ökade resurser för individuell vård i drogfri miljö genom en ökad rekrytering av *kvalificerade enskilda hem,* och vissa önskemål i samband därmed, har behandlats (sid. 499).
3. En fortsatt och utvidgad försöksverksamhet med *vårdalternativ,* som ger möjlighet till *aktivering i små grupper i drogfri miljö,* svarar mot vårdbehovet för en ganska stor grupp ungdomar (sid 501–502).
4. Önskvärdheten av en *bättre samordning mellan olika hjälpinsatser och vårdformer* har antytts i flera sammanhang, men inte diskuterats närmare inom ramen för denna rapport.
5. Behovet av *resurser för bearbetning av materialet* har tagits upp i flera avsnitt – se sammanfattning i avsnitt 17.8.

Tabell 3.

Pojkar under 15 år

Missbruksanamnesens längd	Huvudsakligen missbruk av cannabis (»hasch»)	centralstim. per os (+ cannabis)	centralstim. intrav. (+ per os + cannabis)
< 1 mån./sporadiskt	2	—	—
1— 2 »	—	1	—
3— 5 »	—	1	—
6— 8 »	—	—	—
9—11 »	—	—	2
12—17 »	—	—	1
18—35 »	—	1	—
≥36 »	—	—	—
Summa (totalt 8)	2	3	3
Uppgifter om:			
opiater	—	1	1
LSD	—	—	—

Tabell 4.

Flickor under 15 år

Missbruksanamnesens längd	Huvudsakligen missbruk av cannabis (»hasch»)	centralstim. per os (+ cannabis)	centralstim. intrav. (+ per os + cannabis)
< 1 mån./sporadiskt	3	3	—
1— 2 »	1	—	—
3— 5 »	1	—	1
6— 8 »	1	1	1
9—11 »	—	—	1
12—17 »	—	1	—
18—35 »	—	—	—
≥36 »	—	—	—
Summa (totalt 14)	6	5	3
Uppgifter om:			
opiater	—	—	1
LSD	—	—	—

Tabell 5.

Pojkar 15—17 år

Missbruksanamnesens längd	Huvudsakligen missbruk av cannabis (»hasch»)	centralstim. per os (+ cannabis)	centralstim. intrav. (+ per os + cannabis)
< 1 mån./sporadiskt	46	9	1
1— 2 »	2	3	4
3— 5 »	1	4	7
6— 8 »	2	5	11
9—11 »	—	4	11
12—17 »	—	4	13
18—35 »	—	3	24
≥36 »	—	—	3
Summa (totalt 157)	51	32	74
Uppgifter om:			
opiater	—	3	28
LSD	—	—	6

Tabell 6.

Flickor 15—17 år

Missbruksanamnesens längd	Huvudsakligen missbruk av cannabis (»hasch»)	centralstim. per os (+ cannabis)	centralstim. intrav. (+ per os + cannabis)
< 1 mån./sporadiskt	13	9	1
1— 2 »	—	1	5
3— 5 »	1	2	4
6— 8 »	1	5	5
9—11 »	—	3	4
12—17 »	1	2	9
18—35 »	—	—	13
≥36 »	1	—	2
Summa (totalt 82)	17	22	43
Uppgifter om:			
opiater	—	1	11
LSD	1	—	4

Tabell 7.

Pojkar 18—20 år

Missbruksanamnesens längd	Huvudsakligen missbruk av cannabis (»hasch»)	centralstim. per os (+ cannabis)	centralstim. intrav. (+ per os + cannabis)
< 1 mån./sporadiskt	29	29	9
1— 2 »	—	2	8
3— 5 »	1	5	8
6— 8 »	1	9	12
9—11 »	—	1	12
12—17 »	1	3	24
18—35 »	1	4	45
≥36 »	—	—	21
Summa (totalt 225)	33	53	139
Uppgifter om:			
opiater	1	3	38
LSD	2	1	14

Tabell 8.

Flickor 18—20 år

Missbruksanamnesens längd	Huvudsakligen missbruk av cannabis (»hasch»)	centralstim. per os (+ cannabis)	centralstim. intrav. (+ per os + cannabis)
< 1 mån./sporadiskt	2	10	—
1— 2 »	—	—	1
3— 5 »	—	—	7
6— 8 »	—	—	9
9—11 »	—	—	6
12—17 »	—	—	10
18—35 »	—	—	9
≥36 »	—	—	3
Summa (totalt 57)	2	10	45
Uppgifter om:			
opiater	—	—	14
LSD	—	—	4

18 Åtalsprövningar i Sverige år 1967 beträffande 15—18-åringar som begått narkotikabrott m. m.[1]

Hans Enroth Christer Måhl

18.1 *Inledande anmärkningar*

1967 genomförde Ulf Hilding en studie vid kriminalvetenskapliga institutet angående åtalseftergifter 1964–65 vid 6:e åklagarkammaren i Stockholm. Uppsatsen omfattar alla ålderskategorier. Det numera utbredda cannabismissbruket återspeglades endast i mindre utsträckning i de behandlade ärendena.

För att eventuellt kunna bidraga med material till en ytterligare kartläggning av narkotikamissbruket i Sverige valde vi att undersöka hur de olika åklagarmyndigheterna reagerat beträffande narkotikamissbrukare i åldern 15–18 år.

Under arbetets gång har emellertid undersökningens omfattning utökats i samband med att andra uppgifter kunde erhållas ur materialet än de ursprungligen tänkta. Vi kunde med andra ord inte bara studera den juridiska frågeställningen utan även undersöka olika preparats användning, omständigheter kring brotten, samt hur narkotikan geografiskt och socialt spreds i landet och mellan personerna.

Undersökningen genomfördes på så sätt att vi först genomsökte de åtalsprövningsprotokoll som de olika länsåklagarmyndigheterna är skyldiga att insända till riksåklagarämbetet (RÅ). Bland dessa framtogs de vilka avsåg brott mot narkotikaförordningen, varvid förundersökningsprotokollen, anmälan plus eventuell levnadsberättelse infordrades med RÅ:s hjälp.

Materialet omfattar alla de åtalsprövningar som har skett beträffande 15–18-åringar under år 1967. Emellertid har en individ bortfallit då akten ifråga ej var omedelbart tillgänglig. Denna person har prövats enligt RB (rättegångsbalken) 20: 7 p. 1. vid 6:e åklagarkammaren i Stockholm.

Vidare är bestämmelserna numera angående prövningar enligt § 69 BvL (barnavårdslagen) sådana att länsåklagaren icke längre behöver insända protokollen till RÅ utan enbart till statistiska centralbyrån. Tack vare genomgång av diariet på 5:e åklagarkammaren i Stockholm fann vi emellertid tio sådana fall och åklagarmyndigheten i Malmö hade ändock insänt protokollista över § 69-prövningar. Möjlighet finns alltså att vissa fall av § 69-prövningar i övrigt skulle förekomma, men detta förefaller ganska osannolikt.

Det bör redan nu påpekas att det inte är möjligt att dra några slutsatser om narkotikamissbruket i allmänhet i Sverige med utgångspunkt från föreliggande undersökning. Jämförelser skall ske enbart inom det material som framlagts då materialet är av

[1] Undersökningen har utförts vid kriminalvetenskapliga institutet vid Stockholms universitet (stencil 1968). Undersökningen omfattar 85 sidor. Vissa av de förhållanden undersökningen belyser behandlas också av andra undersökningar (främst de fyra första i denna volym). Här återges därför i något bearbetat sammandrag endast de partier av uppsatsen som ger ytterligare information.

mycket speciell karaktär, med avseende på att materialet omfattar yngre missbrukare, framförallt cannabismissbrukare.

Den terminologi beträffande narkotika vi använt oss av har varit den som förespråkats av narkomanvårdskommittén (SOU 1967: 25 sid. 18 ff).

18.2 *Presentation av materialet*

Antalet personer i denna undersökning är 208.

I vårt material har somliga personer gjort sig skyldiga till flera narkotikabrott under år 1967. Några personer har haft flera åtalsprövningar under året medan andra vid samma åtalsprövning prövats för flera narkotikabrott. Skillnaden mellan dessa två fall är huruvida åtalsprövningen hunnits med innan nästa narkotikabrott skett. Därför har vi i vissa tabeller använt oss av antalet åtalsprövningar, i andra antalet personer och i åter andra antalet narkotikabrott. Då det ej av praktiska skäl gått att redovisa skillnader av data mellan olika narkotikabrott i tabellerna skall vi här nedan redovisa hur dessa data i berörda fall har ändrats.

I tabellerna har i berörda fall förhållandet vid det första narkotikabrottet registrerats.

Antalet narkotikabrott fördelade på personerna är följande:

1 person har begått 4 narkotikabrott
1 person har begått 3 narkotikabrott
16 personer har begått 2 narkotikabrott
190 personer har begått 1 narkotikabrott

Sammanlagt förekommer 229 narkotikabrott.

Antalet åtalsprövningar fördelas enligt följande:

1 person har åtalsprövats 3 gånger
7 personer har åtalsprövats 2 gånger
200 personer har åtalsprövats 1 gång

Sammanlagt antal åtalsprövningar är 217.

Sammanlagt 42 personer har utöver narkotikabrott också gjort sig skyldiga till annat brott. Sådana andra brott betecknas i fortsättningen som »sambandsbrott».

Av tabell 1 kan utläsas att av alla åtalsprövningar 1/3 avser Stockholms stad och län (Gotland saknar här åtalsprövningar och i de fall som prövats i Stockholms län har samtliga personer gripits eller förhörts inom storstockholmsområdet). Den stora andel av åtalsprövningar som vissa län (t. ex. Örebro och Kopparberg) uppvisar beror snarare på att gängbildningar där har kunnat avslöjas än på att dessa län skulle ha ett större narkotikamissbruk än andra. Nästan hälften av alla åtalsprövningar under året

Tabell 1. Åtalsprövningar. Geografisk fördelning.

Antal åtalsprövningar år 1967	64 års lag	RB 20: 7 p 1.	§ 69 BvL	Totalt Antal	%
Sthlms stad	42	8	10	60	27,6
Göteborgs stad	15			15	6,9
Malmö stad	11		2	13	6,0
Sthlms o Gotl. län	9	6		15	6,9
Uppsala	1			1	0,5
Södermanland	8			8	3,7
Östergötland	1			1	0,5
Malmöhus	12			12	5,5
Göteb. o Bohus	1			1	0,5
Älvsborg	15			15	6,9
Värmland	11			11	5,1
Örebro	26			26	12,0
Västmanland	13	1		14	6,4
Kopparberg	20			20	9,2
Västernorrland	4			4	1,8
Västerbotten	1			1	0,5
Summa	190	15	12	217	100,0
Procent av hela materialet	87,6	6,9	5,5	100,0	

Tabell 2. Åtalsprövade personer. Kön.

Län	Summa män %	Summa kvinnor %	Totalt %
Storstadsområde	43	80	48
Övriga län	57	20	52
Summa	100	100	100
N:	183	25	208

är koncentrerade till storstadsområdena (Stockholms stad och län, Göteborg och Malmö). Närmare 90 % av alla åtalsprövningar har skett enligt 1964 års lag om unga lagöverträdare, vilket enligt vad vi erfarit står i överensstämmelse med RÅ:s instruktioner att prövning i största möjliga utsträckning bör ske enligt denna lag och inte enligt RB 20: 7 p 1. Angående antalet prövade enligt § 69 BvL hänvisas till den i uppsatsens inledning givna reservationen.

Genomgående har åtalsprövningarna ökat under året i storstäderna, vilket möjligen kan sättas i samband med att narkotikamissbruket (främst cannabis) bland ungdomar uppmärksammades av myndigheter och massmedia under sommaren 1967. Samtidigt intensifierade polisen sin verksamhet på detta område. De differenser mellan halvåren i övriga län som framgår av tabell 3 skulle kunna förklaras med att avslöjanden skett av gängbildningar.

Anmärkningsvärt är att $^4/_5$ av kvinnorna har gripits i »storstadsområdena» och utav dessa är 70 % gripna i Stockholms stad och län.

En halvårsvis fördelning av personerna (kön/geografisk bestämning) har gjorts i tabell 3.

För att få en uppfattning om huruvida det förekom åldersskillnader mellan könen sammanställdes tabell 4.

Totalt sett är kvinnorna här yngre än männen vid gripandet eller förhöret. Samma tendens föreligger vid en uppdelning

Tabell 4. Åtalsprövade personer. Ålder vid gripandet eller förhöret.

Ålder	Summa män %	Summa kvinnor %	Totalt %
15 år	14	44	17
16 »	31	36	32
17 »	48	20	45
18 »	7		6
Summa	100	100	100
N:	183	25	208

Tabell 3. Antalet åtalsprövade personer fördelade på halvår och kön.

	1:a halvåret		2:a halvåret		Summa män	Summa kvinnor	Totalt
	Man	Kvinna	Man	Kvinna	Ant.	Ant.	Ant.
Sthlms stad	12	6	32	7	44	13	57
Göteborgs stad	1	3	8	2	9	5	14
Malmö stad	4	1	8		12	1	13
Sthlms o. Gotl. län	7	1	7		14	1	15
Uppsala			1		1		1
Södermanland	8				8		8
Östergötland			1		1		1
Malmöhus			10		10		10
Göteb. o. Bohus	1				1		1
Älvsborg	11		1		12		12
Värmland	7		4		11		11
Örebro	15		10	1	25	1	26
Västmanland	7		7		14		14
Kopparberg			16	4	16	4	20
Västernorrland	2		2		4		4
Västerbotten	1				1		1
Summa	76	11	107	14	183	25	208
Procent av männen	41,5		58,4		100		
Procent av kvinnorna		44,0		56,0		100,0	

Tabell 5. Åtalsprövade personer. Sysselsättning och ålder.

Sysselsättning	Ålder vid gripandet el. förhöret				
	15 år Ant.	16 år Ant.	17 år Ant.	18 år Ant.	Totalt Ant.
Studerande	26	39	42	5	112
Förv.arbetande	4	13	24	7	48
Arbetslös	2	9	18	1	30
Omh. f. samhällsv.	4	4	7		15
Uppgift saknas		1	2		3
Summa	36	66	93	13	208
Procent av hela materialet	17,3	31,7	44,7	6,3	100

Tabell 6. Åtalsprövade personer. Boendeförhållande.

Boendeförhållande	Ålder vid gripandet el. förhöret				
	15 år Ant.	16 år Ant.	17 år Ant.	18 år Ant.	Totalt Ant.
Föräldrahemmet	30	56	76	12	174
Inneboende		1	2	1	4
Egen bostad			2		2
Omh. f. samh.vård	4	5	7		16
Elevhem v.skola	2	3	5		10
Uppgift saknas		1	1		2
Summa	36	66	93	13	208

Tabell 7. Åtalsprövade personer. Ålder vid första erfarenheten av narkotika.

Ålder vid första nyttjandet	Ålder vid gripandet el. förhöret				
	15 år Ant.	16 år Ant.	17 år Ant.	18 år Ant.	Totalt Ant.
13 år	2				2
14 »	4	5	2	1	12
15 »	22	18	4		44
16 »	1	33	31	3	68
17 »			40	8	48
Ej bruk.		3	2		5
Uppgift saknas	7	7	14	1	29
Summa	36	66	93	13	208

på »storstadsområdena» och »övriga län», vilket torde kunna sättas i samband med att kvinnorna i denna ålder vanligtvis umgås med något äldre män.

De flesta (193) var svenskar. Vidare var 10 från grannländerna, och 5 var utländska medborgare i övrigt.

De som är arbetslösa och omhändertagna för samhällsvård synes vara överrepresenterade i antal jämfört med totalbefolkningen i dess helhet avseende dessa åldersgrupper. Att de studerande är så många beror på att i de lägre åldersgrupperna obligatoriska skolutbildningen för de flesta kvarstår (tabell 5).

Som följd av personernas ringa ålder bor de flesta fortfarande i föräldrahemmet (tabell 6).

Av de personer som gripits eller förhörts har som framgår av tabellen de flesta inom resp. åldersgrupp prövat narkotika första gången vid samma ålder de gripits eller förhörts eller året innan (tabell 7).

Endast 7 % har vid första nyttjandet an-

Tabell 8. Åtalsprövade personer. Erkända narkotikabrott. Kön.

Brott	Län+kön										
	Sthlms stad o. län		Malmö stad		Göteborgs stad		Övriga län		Summa män	Summa kvinnor	Totalt
	Man	Kv.	Man	Kv.	Man	Kv.	Man	Kv.	Man	Kv.	Ant.
Olaga innehav +olaga befattning	53	12	2		3	5	64	5	122	22	144
Olaga innehav +olaga införsel			1	1			4		5	1	6
Olaga innehav +olaga befattning+ olaga överlåtelse	5	2	3		4		32		44	2	46
Olaga innehav +olaga införsel+olaga överlåtelse			6		2		4		12		12
Summa	58	14	12	1	9	5	104	5	183	25	208
Procent av männen	31,7		6,6		4,9		56,8		100,0		
Procent av kvinnorna		56,0		4,0		20,0		20,0		100,0	

vänt centralstimulantia; 82 % har vid första nyttjandet prövat cannabis.

18.3 *Brotten*

Arten av de erkända narkotikabrotten framgår av tabell 8.

Vid en jämförelse med olika delar av landet framgår att skillnaderna i fråga om narkotikabrott delvis är markanta. Männen i Stockholms stad och län som enbart har innehaft narkotika är ca 25 % flera än riksgenomsnittet. Av förundersökningsprotokollen framgår emellertid att många av dessa personer varit misstänkta för överlåtelse men vid förhör förnekat detta. Polis och åklagarmyndighet har i sin tur icke funnit sig föranledda att vidare utreda saken. Därför behöver skillnaden rent faktiskt ej vara så stor som 25 %.

Att en så stor del som ca 60 % av malmöklientelet har smugglat narkotika har sin förklaring i att dessa ungdomars naturliga inköpsställe ofta varit Köpenhamn.

Vissa uppgifter om beslagen framgår av tabell 9 och 10.

Sammanlagd mängd opium som beslagtagits vid 2 tillfällen (2 personer) är 34 gram.

Tabell 11 ger vissa uppgifter om de åtalsprövade brott som ej gällt narkotika.

Denna tabell omfattar 42 personer och

Tabell 9. Mängd cannabis som beslagtagits vid visitation el. husrannsakan.

Mängd cannabis	Antal beslag
— 1 gr	19
2— 4 »	6
5— 9 »	4
10—19 »	5
20—29 »	7
30— »	6
Summa	47

Tabell 10. Antal tabletter centralstimulantia som beslagtagits vid visitation el. husrannsakan.

Tabletter centralstimulantia	Antal beslag
—14 st.	3
15—39 »	3
40—79 »	3
80— »	3
Summa	12

Tabell 11. Arten av sambandsbrott.

Sambandsbrott (huvudbrottet)	Antal ärenden
Häleri	8
Trafikbrott	2
Stöld	21
Bedrägeri m. urkundsför.	3
Misshandel	2
Rån	2
Förskingring	1
Våldsamt motstånd	1
Olaga vapeninnehav	1
Upp. sakn.	1
Summa	42

den utvisar endast huvudbrottet, då vid redovisningen i åtalsbeslutet i de flesta fall endast huvudbrottet var angivet.

18.4 *Processuella tvångsåtgärder m. m.*

De tvångsåtgärder som skall belysas avser gripande, anhållande och häktning.

Med »Uppmärksammande av polis vid handhavande av narkotika» avses att polisen kan ha sett en person inneha narkotika eller misstänkt att narkotikaförsäljning pågått. Fall har även inträffat där polis genom haschlukt identifierat missbruk (tabell 12).

Med »Efter anmälan av tredje person» avses att en person uppmärksammat en polis på gatan att eventuellt handhavande av narkotika förekommit, eller att skolmyndighet eller annan myndighet anmält förekomst av narkotikamissbruk. I några fall har även en förälder anmält till polis att vederbörandes barn använt narkotika.

Med »Skäligen misstänkt för nark.brott» avses de fall då denna grund upptagits i polisanmälan och en mera specificerad grund för ingripande icke angivits.

Med »Övriga» avses gripna genom razzia i knarkkvart, på allmän plats eller efter efterlysning.

Att så stor del av personerna i »Övriga län» har gripits efter förhör med annan kan förklaras av att personerna där har varit benägna att i större omfattning berätta om sitt och andras narkotikamissbruk än personerna varit i t. ex. Stockholm. Förhörsprotokollen har inte tillnärmelsevis varit av lika stor omfattning i Stockholm som i övriga landet. Detta beror antagligen på stockholmspolisens arbetsbelastning och dess arbetsrutin i narkotikamål.

Främst i Stockholm har en stor del av personerna gripits på allmän plats. Anledning till detta är att polisen där känner till de platser där narkotikahandel förekommer och där kunnat sätta in större övervakning.

Sedan narkotikabrottet väl kommit till polisens kännedom har anhållande och häktning förekommit enligt tabell 13 och 14.

Beträffande tvångsåtgärder vidtagna i resp. län kan sägas att de olikheter som framstår mellan länen torde bero på att åklagaren i respektive distrikt uppfattat de

Tabell 12. Omständigheter som lett till gripande eller förhör.

Omständigheter som lett till gripande eller förhör	Län				
	Sthlm stad o län Antal	Malmö stad Antal	Göteb. stad Antal	Övriga län Antal	Totalt Antal
Samb. med annat brott efter förhör	5	1	1	4	11
Samb. med annat brott efter visitation eller husrannsakan.	12		2		14
Efter förhör med annan	10	4	10	94	118
Uppmärksammad av polis vid handh. av nark.	18	1	1		20
Efter anmälan av tredje person	14	1		4	19
»Skäligen misst. för nark.brott»	10	1	1	6	18
Omh. av polis pga. berusningstillstånd	4				4
Övriga	8	5		7	20
Uppgift saknas	3		1	1	5
Summa	84	13	16	116	229

Tabell 13. Åtalsprövningar. Vissa tvångsåtgärder. Narkotikabrott och sambandsbrott. Geografisk fördelning.

Län	Anhållen		Häktad		Ej anhållande eller häktning		Totalt
	Samb.	Ej samb.	Samb.	Ej samb.	Samb.	Ej samb.	Ant.
Sthlms stad	5	10			10	35	60
Göteborgs stad	1	1	2	3		8	15
Malmö stad	2	4		2	1	4	13
Sthlms o. Gotl. län	6				1	8	15
Uppsala						1	1
Södermanland						8	8
Östergötland						1	1
Malmöhus		2			2	8	12
Göteb. o. Bohus						1	1
Älvsborg		5			1	9	15
Värmland		7		3		1	11
Örebro		1			1	24	26
Västmanland	1				4	9	14
Kopparberg					1	19	20
Västernorrland	1				3		4
Västerbotten						1	1
Summa	16	30	2	8	24	137	217
Procent av hela materialet	7,4	13,8	0,9	3,7	11,1	63,2	100,0

Tabell 14. Åtalsprövningar. Vissa tvångsåtgärder. Olika typer av narkotikabrott och sambandsbrott.

Tvångsåtgärder	Olaga innehav + olaga befattning		Olaga innehav + olaga införsel		Olaga innehav + olaga befattning + olaga överlåtelse		Olaga innehav + olaga införsel + olaga överlåtelse		Totalt
	Samb.	Ej samb.	Samb.	Ej samb.	Samb.	Ej samb.	Samb.	Ej samb.	Ant.
Anhållen	10	9		2	6	14		5	46
Häktad				1	2	4		3	10
Ingen sådan åtgärd	18	109		3	6	21		4	161
Summa	28	118		6	14	39		12	217
Procent av hela materialet	12,9	54,4		2,8	6,5	18,0		5,5	100,0

olika brottens allvar på mycket skilda sätt. Vissa åklagare har t. ex. anhållit personer för rena innehavsbrott medan andra ej vidtagit åtgärder ens mot överlåtare. Detta kan bero på att när vissa åklagare har ställts inför de första narkotikabrotten på orten har de reagerat starkt på förekomsten av dessa brott.

18.5 *Åtalsprövningen*

Beslut att åtala i rena innehavsbrott har förekommit i ca 1/3 av prövningsfallen, där ej samband med annat brott förelegat. Vid olaga innehav + olaga införsel däremot har 5 av 6 personer blivit åtalade. Även i övrigt kan utläsas att åklagaren reagerat starkare vid överlåtelse och smuggling än mot dem som enbart innehaft narkotika (se vidare tabell 15).

Om man istället jämför åtalsprövningsbeslut med de missbrukare som använt narkotika en eller flera gånger (ej sambandsbrott) blir resultatet att hela 25 % av engångsmissbrukarna blivit åtalade. Av åtalsprövningar på flergångsmissbrukare har be-

[2] Se bilaga tabell XIV i originalrapporten.

Tabell 15. Åtalsprövningar vid olika brott.

Åtalsprövning	Erkända narkotikabrott och ev. samband med annat brott								Totalt
	Olaga innehav + olaga befattning		Olaga innehav + olaga införsel		Olaga innehav + olaga befattning + olaga överlåtelse		Olaga innehav + olaga införsel + olaga överlåtelse		
	Samb.	Ej samb.	Samb.	Ej samb.	Samb.	Ej samb.	Samb.	Ej samb.	Ant.
Åtal	6	37	5		8	27	10		93
Ej åtal	22	81	1		6	12	2		124
Summa	28	118	6		14	39	12		217
Procent av hela materialet	12,9	54,4	2,8		6,5	18,0	5,5		100,0

sluten givit ca 50 % åtal resp. ej åtal, fortfarande räknat på ej sambandsbrott.

Om man fördelar åtalsprövningsbesluten på resp. län (ej sambandsbrott) framkommer mycket varierande frekvenser. Då emellertid brottens grovhet icke genomgående är densamma kan detta påverka skillnaderna mellan länen. Dock kan sägas med utgångspunkt från grundmaterialet att de olika åklagarmyndigheterna i stor utsträckning har haft olika kriterier för beslut om åtal skall anställas eller ej mot personerna ifråga.

Ur tabell 16 kan en markant skillnad utläsas mellan dem som åtalats i Stockholms stad beträffande ej sambandsbrott jämfört med övriga landet. Endast en person har åtalats inom denna kategori i Stockholms stad. Det kan förtjäna att prövas i annat sammanhang om förklaringen är att barnavårdsnämnden i Stockholm aktivt inkopplas på många av fallen, medan i övriga landet barnavårdsnämndernas resurser är mindre.

Barnavårdsnämnders hörande och åtgärder belyses i tabell 17.

Den höga procent vid 1964 års lag om unga lagöverträdare vid åtal där barnavårdsnämnden ej är hörd beror på att då åklagaren finner åtal ur allmän synpunkt nödvändigt hör han ej nämnden i de flesta fall. I de fall personerna ej åtalas har detta ofta varit en följd av att man kunnat ta barnavårdsnämndens resurser i anspråk eller brottet bedömts som okynne eller förhastande. Vid fall enligt RB 20: 7 p 1. behöver nämnden ej höras. § 69 BvL ger åklagaren möjligheten att låta samhällsvården fortsätta sedan han hört ungdomsvårdsskolans styrelse. I ett par fall har åklagaren efter att ha hört barnavårdsnämnden ansett sig ur allmän synpunkt nödsakad att åtala vederbörande.

18.6 *Avslutande kommentar*

Då jämförelsematerial till vår undersökning saknas skall vi här försöka sammanfatta de mera uttryckliga tendenser man kan utläsa av materialet.

Vissa direkta skillnader mellan »storstadsområde» speciellt storstockholmsområdet och övriga landet har kunnat uppfattas avseende preparat- och könsfördelningen.

Tabell 16. Åtalsprövningar i Stockholm och övriga landet.

Län	Åtal		Ej åtal		Obs. Procent horisontellt Totalt	
	Samb. %	Ej samb. %	Samb. %	Ej samb. %	%	N
Sthlms stad	3	2	22	73	100	60
Övriga landet	8	50	10	32	100	157

Tabell 17. Ärenden angående åtalsprövning. Barnavårdsnämndens hörande och åtgärder.

Barnavårdsåtgärder	Åtalsprövning=åberopat lagrum						Totalt
	64 års lag		RB. 20: 7 p. 1		§ 69 BVL		
	Åtal	Ej åtal	Åtal	Ej åtal	Åtal	Ej åtal	Ant.
Varning	2	1					3
Omhändertagande för samhällsvård	1	23					24
Övervakning	2	21					23
Fortsatt omhändertagande för samhällsvård		5				11	16
BVN ej hörd	86	38		15			139
Övriga	2	8					10
Uppg. saknas		1				1	2
Summa	93	96		15		12	217
Procent av hela materialet	42,9	44,3		6,9		5,5	100,0

Kvinnorna i Storstockholm svarar för alla fall av förstagångsmissbruk bland kvinnorna av centralstimulantia och har i relativt större utsträckning än männen i Storstockholm börjat sitt missbruk med centralstimulantia. Användning av cannabis vid första nyttjandet är som en följd härav större i övriga landet än i storstockholmsområdet.

Malmö stad har en kvinna som använt centralstimulantia medan övriga elva kvinnor som använt centralstimulantia helt faller på Storstockholm.

Huruvida skillnader föreligger mellan olika län avseende processuella tvångsåtgärder (anhållen och häktad) är svårare att säga, men vissa slutsatser tycks man kunna dra. När det gäller frekvensen tvångsåtgärder har i ett län närmare 90 % av antalet åtalsprövade personer utan »sambandsbrott» blivit föremål för tvångsåtgärder medan i andra län icke några tvångsåtgärder vidtagits för motsvarande brott.

Det kan här påpekas att vid undersökningens genomförande uppmärksammats att åklagarmyndigheternas reaktioner mot narkotikamissbrukarna varit av mycket divergerande natur. Detta förklaras möjligen av att åklagarens personliga uppfattning om narkotikamissbruk spelat en stor roll huruvida tvångsåtgärder eller ej skulle vidtagas.

Vad det gäller åtalsprövningsbesluten framgår det med all tydlighet att här är skillnaderna ännu större mellan åklagarmyndigheterna i deras behandling av narkotikamissbrukarna. 45 % av åtalsprövningarna i hela landet resulterade i åtal för de narkotikabrott där ej samband med andra brott förelegat vid prövningen. Däremot blev resultatet för Stockholms stad att endast 2 % (1 person) åtalades medan för övriga landet siffran är 50 %. Av dessa 45 % (se ovan) har 1/4 (7 personer) av engångsmissbrukarna, eller 1/3 av dem som erkänt olaga innehav, åtalats.

Vid en jämförelse mellan åtal och ej åtal kan man diskutera vilket som är lämpligast, att åtala en person eller att överlämna vederbörande till barnavårdsnämnden för åtgärd. Det torde i många fall av den åtalsprövade uppfattas som en betydligt hårdare sanktion att överlämnas till barnavårdsnämnden än att erhålla ett antal dagsböter.

Erfarenheten från en genomgång av förundersökningsprotokollen visar att skilda kriterier tycks vara gällande för de olika åklagarmyndigheternas beslut om åtal skall ske eller inte. Vissa åklagare har exempelvis lagt gränsen för åtal vid försäljning av narkotika, medan andra lagt den vid olaga innehav.

Att emellertid skilda kriterier för åtalsbeslut förekommer framstår inte som rättvist mot de prövade personerna.

Av 42 brott som har prövats i samband med narkotikabrotten kan nämnas att 2

checkbedrägerier, 2 rån (narkotika), 1 förskingring samt ett antal hälerier är de brott som begåtts för att erhålla pengar till narkotika. Det största flertalet personer har finansierat sina inköp av narkotika genom att arbeta eller att använda sina fickpengar eller genom att sälja en del av den inköpta narkotikan vidare till andra.

Vidare skall anmärkas att av de 4 personer som gripits i narkotikapåverkat tillstånd icke någon greps i samband med att vederbörande utförde något annat brott.

KUNGL. ...
2 3 JAN 1970
STOCK...

Pris kr 35:-